

# EDITORIAL



**Dr. Raúl Ríos Méndez**

**Especialista en: Pediatría Terapia intensiva infantil, Cardiología Infantil, Hemodinamia, Angiografía general y Cardiología intervencionista.**

**Ex – médico de planta en la Unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP) del Hospital de niños**

**Dr. Roberto Gilbert E. Guayaquil – Ecuador**

**Servicio de cardiología y hemodinamia infantil de la Fundación Favalaro (ICyCC), BsAs – Argentina**

Estadísticas internacionales han demostrado que entre el 0,8 y el 1,2 por 1000 de los recién nacidos (RN) vivos padecen alguna cardiopatía congénita (CC), de estos el 50% aproximadamente solo requerirán tratamiento médico y el otro 50% requerirán algún tipo de tratamiento ya sea quirúrgico o por cateterismo intervencionista (1); aunque últimamente algunos reportes, especialmente de países menos desarrollados, indican que hasta un 5% de los RN vivos padecen alguna CC, pues con la mayor sobrevivencia de neonatos, prematuros y los nuevos equipos de ecocardiografía se están detectando mayor número de casos que antes no se diagnosticaban (2,3,4).

Según datos de la UNICEF, solamente en el 2005 se registraron 295.000 nacimientos en Ecuador (5); entonces fácilmente podemos calcular (si tomamos en cuenta la primera tasa de incidencia) que aproximadamente 3.000 niños nacerán con patología cardíaca; de éstos, 750 requerirán alguno de los dos últimos tratamientos mencionados anteriormente. Enfatizo, esta cantidad de pacientes en un solo año.

¿Qué pasa con estos niños?. Varios fallecen sin ningún tipo de tratamiento, algunos reciben cirugías paliativas, pocos tienen cirugías correctoras que han sido realizadas por médicos nacionales o por fundaciones extranjeras, y otros sobreviven hasta la adolescencia o la edad adulta, con regular calidad de vida.

Según datos obtenidos del INEC (6), en Ecuador se reportaron 1251 pacientes egresados de los hospitales con malformaciones congénitas del sistema circulatorio de los cuales 124 pacientes fallecieron por estas anomalías, lo cual representa una tasa de letalidad hospitalaria del 9,9%. Me pregunto ¿Cuál fue la evolución de los otros 1127 pacientes?. Aproximadamente 550 habrían requerido algún tipo de intervención, ¿en cuáles de los centros de nuestro país se realiza ese número de intervenciones cardiovasculares sean quirúrgicas o hemodinámicas?. La respuesta es: simplemente en ninguno.

Este problema es aún mayor si revisamos lo que pasa en los niños menores de un año de edad con estas malformaciones, en los cuales, el mismo año se reportaron 455 egresos hospitalarios de los que 102 habían fallecido, lo que representa una tasa de letalidad del 22,4%; ¡esto es totalmente inadmisible! en pleno siglo XXI.

Estos datos son los que se registraron en un solo año a nivel hospitalario, a esto habría que sumarle los "soplos" diagnosticados en consultorios y en sanatorios privados que no se realiza un diagnóstico preciso sino hasta que presentan alguna sintomatología en la adolescencia o cuando son adultos, pacientes que mueren sin diagnóstico claro y que no se practica autopsia, los que fallecen en medios rurales, etc.

Cómo médico ecuatoriano abogado a esta especialidad y por haber vivido de cerca esta problemática en nuestros hospitales, donde la gran mayoría de cirugías cardiovasculares son solo paliativas, ej.: cerclaje de arteria pulmonar o alguna anastomosis sistémico pulmonar, me preocupa que la atención de niños con estas dolencias en nuestro país haya tenido escaso desarrollo con respecto a otros, inclusive de países como Colombia y Perú.

Actualmente en todo el mundo hay gran interés en la atención de pacientes con estas patologías (7), ya que está demostrado el gran impacto que tiene para disminuir la tasa de morbi-mortalidad infantil, la misma que sirve como indicador de desarrollo de salud de una nación. La ciencia ha progresado y hoy en día la mayoría de estos pacientes son tratados adecuadamente con una alta tasa de supervivencia y calidad de vida, convirtiéndose en individuos productivos para la sociedad.

En nuestro país los cardiólogos infantiles e intervencionistas, así como los cirujanos cardiovasculares infantiles que trabajando en prestigiosas instituciones públicas y en sanatorios privados, no logran abarcar la gran demanda de niños que año a año se suman por esta patología; también se recibe la ayuda de fundaciones extranjeras que una vez cada año con todo un equipo de cardiólogos clínicos, cirujanos, enfermeras y técnicos acuden para realizar cirugías correctoras de cardiopatías medianamente complejas y procedimientos de cardiología intervencionista en un lapso de una a dos semanas, atendiendo entre 15 – 20 pacientes aproximadamente, lo cual significa haberle dado solución al 2,5% de la población enferma, ¿y el otro 97,5%?, sigue en lista de espera.

Por cada paciente no tratado que fallece, la sociedad y el estado pierde un valioso recurso humano y por ende, producción.

Por cada paciente no tratado o con tratamiento paliativo solamente, que sobrevive, aumenta la tasa de morbilidad, transformándose en un ser discapacitado y en un mayor gasto tanto para la familia, la sociedad y el estado.

Sir William Osler, el clínico más prestigioso a fines del siglo XIX, afirmaba en su libro "The principles and practice of medicine" que las cardiopatías congénitas tenían escaso interés clínico, porque muchas de ellas eran incompatibles con la vida. El tiempo ha demostrado el gran error de esta afirmación.

Creo que es hora de dejar de pensar de esta manera y darnos cuenta que nuestros niños tienen el derecho a tener una atención inmediata que limite su morbilidad y mejore su calidad de vida, como en cualquier otra parte del mundo; y de bajar aún más nuestra tasa de mortalidad infantil, que según la ONU (8) fue del 29/24 x 1000 (m/f respectivamente) en el 2006, que es alta si la comparamos con otro país sudamericano como Chile (6/8 x 1000).

Habemos varios médicos ecuatorianos radicados en otros países que tenemos esta inquietud, que por ver y comprobar sus progresos en esta rama de la medicina, estamos conscientes que no siendo un camino fácil, si se puede mejorar la calidad de vida no solo a los pacientes sino también a todo su entorno familiar y social; es por esta razón que no podemos ni debemos seguir estando pasivos y/o hacer caso omiso a todo lo que pasa a nuestro alrededor, más aún sabiendo que actualmente se pueden corregir varias cardiopatías en la infancia y no solo de brindarles tratamiento paliativo, y peor aún, de darles tratamiento puramente compasivo.

Por esta razón invito a los directivos e integrantes tanto de las sociedades de pediatría, cardiología, cirugía cardiovascular, enfermería y por supuesto al Ministerio de Salud Ecuatoriano, hospitales de la Junta de beneficencia, IESS, etc., para aunar esfuerzos desde donde nos concentremos en un objetivo el de ofrecer y garantizar una mejor y urgente solución a la problemática cardiovascular congénita de nuestros niños, que son nuestra futura generación.

Fuente:

1. Pak M. The pediatric cardiology handbook. 3a ed. Mosby Ed. Filadelfia – Estados Unidos, Pág.:2, 2003.
2. Chadha SL, Singh N., Shukla DK. Epidemiological study of congenital heart disease. Indian J. Pediatr;68(6): 507 – 10, 2001
3. Hoffman JJ, Kaplan S, The incidence of congenital heart disease. J Am Coll Cardiol, 39 (12): 1890-900, 2002.
4. Hoffman JJ, Kaplan S, Libertson RR. Prevalence of congenital heart disease. Am Heart J; 147(3):425-39, 2004.
5. [http://www.UNICEF.org/spanish/infobcountry/stats\\_popups.html](http://www.UNICEF.org/spanish/infobcountry/stats_popups.html)
6. INEC: anuario de camas y egresos hospitalarios 2004
7. Cleves MA, Ghaffar S, Zhao W, et al. First-year survival of infants born with congenital Herat defects in Arkansas (1993-1998): a survival analysis using registry data. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol; 67(9):662-8, 2004.
8. <http://www.who.int/countries/ecu/en/>