

FERNANDO GARCÍA ALGÁS / CARDIÓLOGO INFANTIL

“La Clínica Rotger es el único centro privado que realiza diagnóstico prenatal de cardiopatías”

El Servicio de Cardiología Infantil de la Clínica Rotger de Palma es el único que dispone, entre las clínicas privadas, de la capacidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardíacas congénitas en el niño. Desde el 1/06/1998 (hace 13 años) el doctor Fernando García Algas y la doctora María de los Ángeles de la Fuente, trabajan en este ámbito que ha alcanzado, en esta clínica, de unos altos niveles de tecnología y con ello de resolución. El doctor García Algas explica a Salut i Força el trabajo y las prestaciones de esta unidad.

JUAN RIERA

P.- ¿Cuál es la función del servicio en el que trabajan usted y la doctora De la Fuente?

R.- El Servicio de Cardiología Infantil de la Clínica Rotger, incluido dentro del servicio de Cardiología General, que dirige el doctor Álvaro Merino, y del servicio de Cirugía cardíaca que dirige el Dr. José Albertos, se encarga de la asistencia de los pacientes con cardiopatías congénitas y adquiridas desde la época prenatal hasta la adolescencia, de los 14-16 años.

P.- Habla usted de diagnóstico prenatal?

R.- Efectivamente. El estudio cardiológico del niño se inicia en la época fetal, sobre las 16 a 18 semanas de gestación ya se puede realizar un estudio cardíaco adecuado del niño. La embarazada viene remitida a nosotros desde su ginecólogo por presentar una enfermedad materna que haga sospechar la posibilidad de enfermedad cardíaca en el niño o más frecuentemente porque en la ecocardiografía realizada sospechan la existencia de cardiopatía. Nuestra labor es confirmar el diagnóstico de la cardiopatía y sobre todo informar a los padres del pronóstico de esa enfermedad cardíaca. Por otra parte se prepara de forma adecuada el nacimiento del niño y se valora si es necesaria alguna actuación médica o quirúrgica tras el nacimiento,

P.- ¿Cuál es la incidencia de este tipo de patología?

R.- La incidencia de patologías cardíacas en el niño, que es a lo que nosotros nos dedicamos, viene a ser de unos 7 a 10 casos por cada 1.000 nacimientos vivos, lo que represen-

ta para los 10.000 partos anuales de Baleares de 70 a 100 pacientes con cardiopatías congénitas al año. De éstos se estima que entre un 30 y un 40% serán casos que necesitarán una intervención quirúrgica.

P.- ¿Cuánto es eso, más o menos?

R.- Es decir, que de este total estimado, unos 30 a 40 pacientes serán quirúrgicos, lo cual significa que necesitarán algún tipo de intervención al principio o a lo largo de su vida. Este tipo de cirugía cardíaca infantil aún no se hace en Baleares, porque a pesar que técnicamente los cirujanos cardíacos podrían realizarlas la infraestructura necesaria en el pre y posoperatorio es muy elevada para el número de pacientes. Es por eso que se derivan los casos a hospitales de la península. Desde aquí, especialmente a Barcelona, al hospital Sant Joan de Deu, con quienes nosotros mantenemos una especial relación por la gran valía de sus especialistas.

P.- ¿Qué tipo de enfermedades se diagnostica por estos procedimientos?

R.- Nosotros, los cardiólogos infantiles, en comparación con los cardiólogos de personas adultas, estudiamos la forma del corazón y los problemas que de ahí puedan derivarse, mientras que los cardiólogos de adultos estudian la función de un corazón de forma normal, que envejece y deja de funcionar por alguna razón. En el del niño los problemas vienen porque está alterada la anatomía cardíaca. En ese ámbito tenemos problemas de todo tipo, como estrechez o ausencia de apertura de una válvula cardíaca, comunica-



ción entre diferentes cámaras cardíacas, vasos que están cambiados de sitio, aurícula o ventrículo único ..., en muchos casos se presentan como urgencias médicas que precisan solución inmediata.

P.- La cirugía ayuda a estos niños

R.- Sí, en los últimos años se han desarrollado soluciones quirúrgicas excelentes. Todas estas patologías disponen de técnicas quirúrgicas con muy buenos resultados y muy buen pronóstico. Las intervenciones quirúrgicas posibles en niños con cardiopatías son muy variadas. Cada caso necesita una cirugía especial y diferente. Afortunadamente los resultados son altamente satisfactorios en la gran mayoría de los casos.

P.- ¿Y el pronóstico es bueno en esos casos?

R.- Como ya he dicho previamente el pronóstico global es muy bueno. Todas las cardiopatías en las que la solución quirúrgica consigue dejar dos ventrículos funcionales, el pronóstico es excelente en cuanto a calidad y expectativa de vida. En las cardiopatías más complejas, el pronóstico a cor-

to plazo también es bueno pero a largo plazo se hará necesaria nuevas intervenciones.

P.- Entiendo que el diagnóstico prenatal sea tan importante.

R.- Naturalmente, en los casos más complejos, como en el resto, se actúa mucho mejor si ya se conoce desde la etapa prenatal que existe esa cardiopatía. Este tipo de enfermedad congénita antes lo normal es que se descubrieran después del nacimiento, dado que no contábamos con el diagnóstico prenatal, en el que nosotros somos especialistas.

P.- ¿Y antes, qué sucedía, los niños no diagnosticados, llegaban a nacer?

R.- Los niños con esas enfermedades llegaban a nacer, dado que en el interior de la madre hay una circulación especial que permite compensar esos problemas. Sin embargo, en el momento del nacimiento, cuando ya se abre el pulmón, la tolerancia al problema es menor, muy mala, y hay que actuar de forma urgente. Antes, a los 10 o 15 días de vida, los recién nacidos con este tipo de problemas estaban

en una situación extremadamente grave para la recuperación. Ahora, normalmente, desde el primer día de vida ya lo sabes y ya tienes los medios preparados para tratarlos.

P.- ¿Cómo será la vida de estos niños?

R.- Estos niños en principio harán una vida rigurosamente normal y prácticamente solo estarán limitados para la práctica deportiva competitiva en algunas ocasiones. La actividad física habitual y la vida laboral la podrán realizar normalmente sin limitaciones. En los casos más problemáticos precisarán a los largo de su vida nuevas cirugías o cateterismo terapéuticos y en casos excepcionales por mala evolución podrán necesitar la realización de un trasplante cardíaco.

P.- Imagino que la tecnología juega un papel importante.

R.- Todo esto es posible, efectivamente, porque el diagnóstico prenatal ha avanzado mucho, especialmente en los últimos 10 o 15 años que es el periodo que nosotros llevamos trabajando en esta unidad de la Clínica Rotger. El gran avance lo ha marcado la llegada de los ecógrafos de alta definición

que aporta una calidad diagnóstica extrema. De hecho solo se utilizan sondas (los 'traductores pediátricos') diferentes que en los adultos. El aparato es el mismo. Con todo esto el diagnóstico prenatal es hoy fácil y seguro, mientras que antes era muy difícil. Pero hace falta una alta tecnología, de la que nosotros disponemos en la Clínica Rotger. Contamos con un ecógrafo de altas prestaciones en sala y otro de transporte, para utilizarlo en la UCI neonatal. El resto de técnicas son las mismas que se emplean con adultos, adaptadas, obviamente, para los niños: prueba de esfuerzo, holter, resonancia, TAC. La aportación más importante en cuanto a la calidad de vida ha venido dada por la mejoría en la cirugía cardíaca y cuidados pre y postoperatorios, incluidos los procedimientos de cateterismo intervencionista (intervenciones en el corazón a través de un catéter colocado a través de una arteria o vena).

P.- Que tipo de consultas son más frecuentes en cardiología infantil.

R. Los motivos de consulta más frecuente en cardiología infantil además de las anomalías cardíacas fetales indicadas, son la presencia de soplos, el dolor torácico, la fatiga, la palpitations y el síncope. Así como el dolor torácico y la fatiga en el paciente adulto puede indicar enfermedad grave en los niños rara vez está relacionado con enfermedad cardíaca y las exploraciones que disponemos son muy sensibles para descartar cualquier patología. En cuanto a las palpitations rápidas suelen estar indicando la existencia de una arritmia que debe ser estudiada. El síncope-lipotimia (pérdida de conciencia brusca) puede ser una reacción refleja al estrés sin importancia o puede ser una entidad muy grave si se produce en relación con actividad deportiva, en este segundo caso siempre es necesario un estudio cardiológico completo al menos con ecocardiografía y prueba de esfuerzo, para descartar arritmias graves en relación con esfuerzo.

P.- También trabajan ustedes en la detección de pacientes de riesgo de muerte súbita.

R.- Es un tema muy interesante socialmente por los casos que se han dado en deportistas de élite. Las comunidades



autónomas están poniendo en marcha programas de revisiones deportivas en niños de 6 a 16 años. En Baleares el Consell en cumplimiento de la Ley 14/2006 de 17 de octubre realiza 17.000 revisiones médicas cada año. En Barcelona están intentando legislar de modo que se efectúen una serie de pruebas y preguntas a los niños que vayan a realizar deporte federado. En EEUU, por ejemplo, no se hacen controles. En Italia, se hacen controles y se recomiendan unas directrices para la práctica del deporte federado. Las directrices que parecen recomendadas en deportistas federados menores de 35 años son una exploración física, un cuestionario de preguntas de salud y un electrocardiograma

P.- ¿En niños enfermos o incluso sin riesgo conocido?

R.- En principio es para todos los niños que quiera dedicarse a deporte escolar o federado, sin antecedentes de enfermedad, solo como precaución. Tras esas pruebas, si se llega a la conclusión de que es paciente de riesgo, se valoraría la necesidad de hacer otros estudios como prueba de esfuerzo y ecocardiografía. Estos estudios permitirían detectar algunas de

estas enfermedades con riesgo de muerte súbita.

P.- ¿En la Clínica Rotger se pueden hacer estas pruebas?

R.- Si. Normalmente las revisiones deportivas las realiza el médico de medicina deportiva o médico general, si tras las exploraciones realizadas se observa alguna anomalía, es cuando se remite a nuestra unidad donde se dispone de todos los medios necesarios para descartar este tipo de enfermedades.

R.- ¿Por qué se produce la muerte súbita?

R.- Normalmente la muerte súbita de origen cardíaco se produce por arritmias tipo taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. Los pacientes con enfermedades cardíacas congénitas tienen un riesgo mayor de arritmias que la población general. Por otra parte existen un grupo de enfermedades caracterizadas por alteración del músculo cardíaco llamadas miocardiopatías con mayor riesgo de arritmias y muerte súbita. La enfermedad con riesgo de muerte súbita de más difícil diagnóstico por presentar un corazón de forma y función normal en la eco-

cardiografía son un grupo de enfermedades con alteración de la conducción eléctrica por trastornos en el intercambio de los iones de la célula cardíaca llamadas canalopatías (síndrome de Brugada, síndrome de QT largo etc) que van a poner en riesgo la vida por arritmias.

P.- ¿Por cierto, se oye hablar mucho del 'soplo inocente'?

R.- Sí. El soplo inocente es un ruido que hace un corazón de funcionamiento normal. Si realmente es inocente, no es nada, es como ser rubio o ser moreno. El 70 o el 80% de la población tiene un soplo inocente. El pediatra detecta el ruido cardíaco anormal en un niño y aunque presupone que es un soplo inocente en un 2% de los casos sabe que se puede escapar una patología leve si no se realiza una ecocardiografía por lo que lo remite al cardiólogo infantil para completar el estudio. Normalmente las cardiopatías importantes asocian alguna otra clínica en el niño además de la existencia de un soplo. Si luego se habla de que la persona se murió del soplo, es claro que no era un soplo inocente. Tras la confirmación del diagnóstico de soplo inocente por el cardiólogo

infantil, el niño puede hacer vida normal incluidos deportes de alta competición y no precisara ningún otro control.

P.- ¿Y por qué se produce el soplo?

R.- El soplo, es un ruido, que puede ser producido por una causa inocua como las vibraciones o flujos cardíacos normales de el soplo inocente, o en otras ocasiones el ruido normalmente de mayor intensidad puede estar producido por una enfermedad cardíaca congénita o adquirida. El pediatra que ve al niño y escucha el soplo sospecha si se trata de un soplo inocente o puede ser una enfermedad importante en cuyo caso lo remite con mayor urgencia.

P.- Antes se deban más casos de soplos originados por problemas adquiridos graves?

R.- Antes, los soplos de nueva aparición estaban muy en relación con infecciones como la fiebre reumática, que ahora ya prácticamente no existe en España, desde que en los años 50 se generalizó el uso de los antibióticos. Esas personas que tenían un soplo, en muchas ocasiones estaba en relación con la afectación valvular por la enfermedad y tras pasar muchos años sin presentar problemas, posteriormente en su evolución por agravamiento clínico han necesitado intervención quirúrgica de recambio valvular. Lógicamente estos eran soplos por enfermedad cardíaca y no inocentes. En los niños la aparición de soplos no auscultados previamente puede estar en relación con enfermedades infecciosas víricas o bacterianas que pueden producir enfermedades graves del músculo cardíaco o de las válvulas tipo miocarditis o endocarditis y siempre necesitan estudio por cardiología.

P.- ¿Se ven muchos casos de estas características?

R.- No, las enfermedades cardíacas adquiridas graves son infrecuentes pero pueden ser de mucha gravedad, por lo que ante la aparición de cambios en la exploración cardíaca del niño se deben realizar siempre las exploraciones oportunas para confirmar la normalidad cardíaca. La sociedad actual no solo exige la detección de enfermedades si no ofrecer al entorno familiar la mayor certeza posible de que el niño está sano, puede realizar deporte y hacer una vida normal.