

Entrevista

Leonid Makarov
Irina Leontieva
Natalia Kotlukova
Elena Murashko

Protocolo de la reunión del grupo de expertos en cardiología pediátrica, relacionado con el problema de la clasificación, el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en los niños y adolescentes, en el marco del Simposio Mundial de Insuficiencia Cardiaca a través de Internet.

Participaron:

Leonid Macarov (LM): profesor, jefe del departamento de diagnóstico funcional del Centro Federal de Arritmias del Instituto de Investigaciones Pediátricas y Cirugía Pediátrica, primer vicepresidente de la Sociedad Rusa de Monitoreo Holter. Miembro de ISHNE.

Irina Leontieva (IL): profesor, Departamento de Cardiología del Instituto de Investigaciones Pediátricas y Cirugía Pediátrica;

Natalia Kotlukova (NK): profesor, Cátedra de Pediatría N 2 de la Universidad Estatal Rusa de Medicina, coordinador del centro cardiológico perinatal;

Elena Murashko (EM): doctor en ciencias médicas, docente de la cátedra de pediatría de la Universidad Estatal Rusa de Medicina

Objetivo de la reunión: discusión de las preguntas del Dr. A. Moss desde el punto de vista pediátrico.

LM: ¿cual es la prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) en la población pediátrica en Rusia? Según mis conocimientos, no hay datos epidemiológicos exactos en cuanto a la incidencia de la IC en la población pediátrica.

NK: no hay datos, relacionados con la IC en los niños de edad temprana. Es importante aclarar los aspectos etiológicos de la IC en estos pacientes. Las causas principales de la IC en los niños del primer año de vida son las cardiopatías congénitas (en 75% de los casos), con menor frecuencia, se relacionan con miocardiopatías y trastornos del ritmo cardiaco. Un cuarto de los niños con cardiopatías congénitas, necesitan tratamientos quirúrgicos urgentes, dado al desarrollo

de IC. En el 25% de los casos, primero se realiza tratamiento médico y luego, dentro de un tiempo óptimo, se efectúa la cirugía. Las taquicardias paroxísticas, las disfunciones arritmogénicas complicadas en los niños de edad temprana, con frecuencia provocan síntomas de IC. Las miocardiopatías, que se manifiestan durante el primer año de vida, siempre se acompañan de los síntomas de IC.

IL: las causas de IC en pediatría son distintas de las de adultos. En los niños de edad más avanzada, que fueron operados en el momento apropiado, las causas más frecuentes son miocardiopatías (dilatada y restrictiva), hipertensión pulmonar, las arritmias complejas crónicas. Las enfermedades inflamatorias como miocarditis, pericarditis, endocarditis infecciosa con afectación valvular, a menudo, provocan IC. Cabe destacar el problema de IC aguda secundaria a la pericarditis exudativa con el riesgo de taponamiento cardíaco y rápido progreso de los síntomas, que requieren tratamiento de urgencia. También, aumenta la cantidad de las afecciones miocárdicas asociadas con enfermedades sistémicas del tejido conectivo, como vasculitis, sobre todo, la enfermedad de Kawasaki. Las cardiopatías secundarias a enfermedades genéticas, patologías neuro-musculares, mitocondriales, también, contribuyen al desarrollo de IC.

LM: ¿existen los datos de la incidencia de IC en cardiopatías?

IL: todos los niños con miocardiopatía dilatada presentan algún grado de IC.

LM: segunda pregunta: ¿cual es la clasificación más apropiada de la IC en pediatría?

NK: la clasificación más apropiada para la edad pediátrica es la de Strazhesko y Vasilenko, modificada por Belokon, para la pediatría. La clasificación internacional (NYHA) no es aceptable para los niños, ya que implica la evaluación subjetiva del estado del paciente. La clasificación pediátrica debe asentarse en la evaluación objetiva. Por eso, la más apropiada es la clasificación de Belokon, que evalúa objetivamente la frecuencia respiratoria y FC.

IL: en la edad pediátrica es importante la evaluación de la IC izquierda y derecha, lo que contempla la clasificación de Belokon. En los últimos años, la clasificación NYHA fue aceptada en la cardiología clínica. La desventaja principal es la necesidad de la evaluación subjetiva del paciente. Sin embargo, esta clasificación puede usarse en los adolescentes para estandarizar los estudios de investigación.

EM: la clasificación más apropiada es la de Belokon, ya que incluye la evaluación objetiva y distingue la IC izquierda y derecha.

¿Cómo se realiza la prevención de la IC?

LM: la IC puede asociarse con algunas enfermedades somáticas como miopatías, patología pulmonar crónica. Es importante el tratamiento apropiado de estas patologías.

NK: la IC puede desarrollarse en la edad temprana, acompañando las enfermedades infecciosas, sobre todo, la neumonía. El tratamiento adecuado de estas patologías es la base de la profilaxis de IC.

IL: el aspecto muy importante de la prevención de la IC es su detección precoz en la fase subclínica. Por ejemplo, la miocardiostrofia, que es común entre los niños, frecuentemente, se complica con IC subclínica, y si no está tratada a tiempo, puede progresar a IC clínica. El uso de las pruebas con el esfuerzo físico, es un método diagnóstico informativo para la detección de IC subclínica.

¿La fibrilación auricular, es causa o la consecuencia de la IC?

LM: si el tratamiento de arritmia se asocia con la mejoría de la IC, evidentemente, que la IC es secundaria a la arritmia.

NK: sí, en los niños de edad temprana, a menudo, los trastornos del ritmo provocan la disfunción arritmogénica y el desarrollo de IC.

IL: en los casos de miocarditis, miocardiopatías, los trastornos del ritmo son secundarios y aumentan el grado de la IC.

LM: la pregunta importante es el tiempo entre el comienzo de la arritmia y el desarrollo de IC. Se sabe, que la taquicardia supraventricular ectópica crónica, puede evolucionar durante mucho tiempo sin signos de IC. Sin embargo, los episodios prolongados de esta taquicardia rápidamente provocan signos de IC.

NK: en su edad temprana, los niños toleran bien el aleteo auricular, pero la taquicardia paroxística provoca IC dentro de poco tiempo.

LM: entonces, el criterio principal para diferenciar la IC primaria de la secundaria es la normalización hemodinámica.

Si ustedes tuvieran solamente 3 drogas para el tratamiento de IC ¿Cuáles elegirían?

NK: el orden de la selección de las drogas depende de la enfermedad de base, que provocó la IC. Prácticamente, en todos los casos, nosotros usamos diuréticos, digoxina y, en tercer lugar, los IECA. No hay experiencia del uso de beta-bloqueantes (BB) en los niños de edad temprana. El tratamiento de la IC es combinado. En las cardiopatías congénitas se usa la combinación de digoxina y diuréticos, para el tratamiento de las cardiopatías, se agregan los IECA. La combinación y elección de los diuréticos depende de la gravedad de la IC.

IL: hay que diferenciar dos estrategias del tratamiento farmacológico de la IC: tratamiento de la IC descompensada e IC crónica estable. Los objetivos en estos dos casos son diferentes. El propósito del tratamiento de la IC descompensada es la estabilización del paciente, recuperación de la perfusión de los órganos importantes (corazón, cerebro, hígado, riñones), normalización de la TA, preparación del paciente para el tratamiento prolongado de la IC crónica. Al contrario, el propósito del tratamiento del paciente con IC estable es la prolongación de su sobrevida y la minimización de los síntomas de IC. Diuréticos, vasodilatadores e inotrópicos se emplean en ambos casos. Las drogas neurohormonales (IECA, BB) se utilizan con el objetivo de prolongar la vida de los enfermos. Las reglas principales del tratamiento con BB son: antes de comenzarlos, el paciente debe recibir los IECA; los BB se indican cuando está lograda la estabilidad clínica; el tratamiento comienza con dosis muy bajas (1/8 de la dosis máxima), en el caso de buena tolerancia, la dosis se duplica no antes de 2 semanas. Según nuestra experiencia, el uso de los BB en combinación con los IECA y diuréticos, disminuye la gravedad de la IC en la miocardiopatía dilatada.

¿Que medicamentos pueden provocar la miocardiopatía y la IC?

LM: en pediatría, la miocardiopatía tóxica y la IC pueden acompañar el uso de las drogas cardiotóxicas y citotóxicas, que se utilizan en oncología.

Es importante el problema de la muerte súbita en los pacientes con IC?

NK: en la cardiología neonatal, los pacientes con patología orgánica del corazón desarrollan IC refractaria. En el caso de la IC refractaria asociada con cardiopatía intratable, cuando es imposible la corrección quirúrgica, la situación es fatal y termina con la muerte, y predecir este evento es imposible. La muerte arritmogénica puede suceder en el contexto de cardiopatías y, en general, ocurre durante el sueño.

LM: ¿en que formas de cardiopatías congénitas es frecuente la muerte súbita?

NK: tetralogía de Fallot, estenosis aórtica.

¿Qué importancia tiene el trasplante cardíaco?

LM: el trasplante cardíaco está indicado en los adolescentes con IC refractaria.

LM: ¿consideran ustedes necesario el uso de las drogas cardiotróficas en el tratamiento de la IC?

IL: teniendo en cuenta los trastornos metabólicos miocárdicos secundarios en los pacientes con IC, el tratamiento cardiometabólico debería llevarse a cabo. Según los datos internacionales y nuestra propia experiencia, el uso del tratamiento metabólico mejora la función sistólica y disminuye la gravedad de IC.

EM: según mi experiencia estas drogas son poco efectivas.

NK: el tratamiento cardiotrófico debe usarse en el tratamiento de los niños con patología cardíaca orgánica, complicada con IC. Este método mejora los indicadores metabólicos y energéticos.

Moscú, Marzo de 2006.