

**CARDIOCENTRO
“ERNESTO CHE GUEVARA”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

**SOBREVIVENCIA EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CARDIOVASCULAR
PEDIÁTRICA DESDE 1997 HASTA 2004.**

Por:

Dr. Francisco J. Vázquez Roque ¹, Dr. Álvaro Lagomasino Hidalgo ², Dr. Gustavo de J. Bermúdez Yera ³ y Dr. Alejandro González Díaz ⁴

1. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular. Profesor Auxiliar. ISCM-VC
3. Especialista de I Grado en Cirugía General.
4. Especialista de I Grado en Pediatría.

Descriptorios De CS:

CARDIOPATIAS CONGENITAS/cirugía
ANALISIS DE SUPERVIVENCIA
CIRUGIA TORACICA

Subject headings:

HEART DEFECTS, CONGENITAL/surgery
SURVIVAL ANALYSIS
THORACIC SURGERY

Desde el siglo XIX comienza el interés de las ciencias médicas por tratar de resolver mediante procedimientos quirúrgicos las cardiopatías congénitas, las cuales se presentaban con relativa frecuencia, unas veces de forma aislada y otras muchas combinadas con otras enfermedades genéticas¹; entre ellas, el ejemplo más común lo constituye el síndrome de Down. Una de las primeras estudiadas por los científicos de la época fue la persistencia del conducto arterioso, y los pioneros en esto fueron Galen y Harvey. En 1888 Munro demostró en un cadáver de un niño que el conducto arterioso podía ser disecado y ligado; sin embargo, no fue hasta 1937 cuando John Streider, en Boston, intentó cerrar uno en un paciente con una endocarditis infecciosa fulminante y, por supuesto, el enfermo falleció. Años más tarde, en el propio Boston, Robert E. Gross logra la ligadura exitosa de un conducto en una niña de siete años y, de esta manera, se inició la incursión de los cirujanos en el campo de las cardiopatías congénitas^{2,3}. Así se fueron ampliando las posibilidades quirúrgicas para el resto de estas anomalías congénitas, y en 1948, Murray, en Toronto, informa los primeros intentos en la comunicación interauricular, de forma cerrada, o sea, sin el uso de la circulación extracorpórea^{4,5}, y de forma abierta, con verdadero éxito, en 1954, por Gibson, quien introduce la técnica de la derivación cardiopulmonar para ello, que se convierte en la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de dicha enfermedad^{6,9}; así, se fue dando solución, paulatinamente, al resto de las cardiopatías congénitas¹⁰.

Existe en nuestro país una elevada incidencia de anomalías cardíacas congénitas, las cuales, en su gran mayoría, requieren tratamiento quirúrgico. En nuestra provincia se comporta de igual manera: desde 1998 hasta octubre de 2004 hubo en la misma 57 112 nacimientos, y en 580 neonatos estuvo presente la cardiopatía congénita, para una tasa de incidencia promedio de 10,06 %. La mortalidad por esta enfermedad se comportó de la siguiente manera: 62 fallecidos, para una tasa de mortalidad promedio de 1,1 %. En el Cardiocentro de nuestra ciudad de Santa Clara, debido al comportamiento ya mencionado de esta afección, se decide abrir un Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica en el año 1997, con el objetivo de realizar el tratamiento quirúrgico a la

población menor de 15 años; mediante este servicio son atendidos todos los enfermos con cardiopatías congénitas, residentes no solo en nuestra provincia, sino en otras, como Sancti Spíritus, Cienfuegos, Ciego de Ávila y Camagüey. Antes de la creación de dicho servicio, era necesario trasladar a la totalidad de los pacientes con criterio de tratamiento quirúrgico a La Habana, donde se encuentra el centro rector de esta actividad, o sea, el Cardiocentro del Hospital Pediátrico "William Soler".

Desde 1997 hasta la fecha, se han efectuado en nuestro Cardiocentro villaclareño un total de 283 intervenciones quirúrgicas a pacientes menores de 15 años de edad con cardiopatías congénitas, y no se han informado fallecidos. De ellas, la más frecuente fue la comunicación interauricular en 136 pacientes, para 48 %, de todas las variedades: ostium secundum, ostium primum, seno venoso y agujero oval permeable; seguida en orden de frecuencia por el conducto arterioso permeable, con un total de 75 pacientes (26,5 %); le continúan la comunicación interventricular con 41 pacientes (14,5 %); la coartación aórtica con 22, para 7,8 %; y, por último, siete pacientes con estenosis subvalvular aórtica que representan 2,5 % y dos con estenosis supra valvular aórtica, para 0,7 %. Utilizando circulación extracorpórea se realizaron 186 intervenciones, que representan 65,7 %; las 97 restantes (34,3 %) se practicaron sin utilizar dicha técnica.

No ha sido intervenido en nuestro centro ningún menor de un año, excepto un paciente al que se le realizó una fístula arteriovenosa en 1998, pero han sido operados niños con un año de edad. En el grupo comprendido entre uno y cuatro años, fueron operados 93 pacientes (32,9 %); entre 5 y 15 años, 190 (67,1 %).

En nuestra serie, la presencia de complicaciones ha sido escasa y se han resuelto en nuestro propio centro. Ocupan el lugar más importante las respiratorias, que se presentaron en 34 pacientes, para 12 %, seguidas de la sepsis de la herida quirúrgica en 14 pacientes (4,9 %), y las cardiovasculares con 4,2 % en 12 pacientes; el resto de las complicaciones fueron digestivas y urinarias, pero con baja incidencia. Entre las respiratorias se encontraron: neumotórax, atelectasia, bronconeumonía, derrame pleural y broncospasmo, y entre las cardiovasculares, los trastornos del ritmo y el derrame pericárdico.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica de nuestro Cardiocentro cuenta, además, con el Peditra Intensivista –para atender a los pacientes durante el postoperatorio inmediato–, y con la consulta de seguimiento para el postoperatorio mediato. Los pacientes con criterio quirúrgico llegan a la consulta remitidos desde las diferentes provincias, gracias al establecimiento de la red cardiopediátrica; asimismo, se ofrece el servicio de consulta mensual a cada una de las provincias mencionadas.

Referencias bibliográficas

1. Castañeda Aldo R. Patent ductus arteriosus. En: Cardiac surgery of the neonate and infant. United States of America. W. B. Sanders Company; 1994. p. 143-55.
2. Bjornstad PG, Westuik J, Rian R, Thaylow E, Hagemo PS, Sorland SJ. Catheter closure of open ductus arteriosus. The first 100 patients. Tidsskrnor Laegeforen. 2000 Mar;120(9):1011-4.
3. Godarl F, Francart C, Vaksmann G, Breviere GM. Percutaneous closure of patent ductus arteriosus with Amplatzer duct occluder. Results of 29 patients. Arch Mal Coeur Vaiss. 2001 May;94(5):439-43.
4. John W, Kirklin A, Brian G, Barrat B. Atrial septal defect and partial anomalous pulmonary venous connection. En: Cardiac surgery. 2a ed. United States of America: Churchill Livingstone; 1993. p. 609-41.
5. Warinsirikul W, Sangohute S, Mekarapong P, Chaiyodsilp S, Tunami S. Closure of atrial septal defects without cardiopulmonary by-pass: the sandwich operation. J Thorac Cardiovascular Surg. 2001;121(6):1122-9.
6. Bichell D, Geva T, Becha E, Mayer J, Jonas R, del Nido P. Minimal access approach for the repair of atrial septal defect: the initial 135 patients. Ann Thorac Surg. 2000 Jul;70(1):115-8.
7. Jones D, Radford D, Pohlner P. Outcome following surgical closure of secundum atrial septal defect. J Pediatr Child Health. 2001;37(3):274-7.

8. Yoshimura N, Yamaguchi M, Oshima Y, Oka S, Octaki Y, Yoshida M. Repair of atrial septal defect through a right posterolateral thoracotomy: a cosmetic approach for familial patients. *Ann Thorac Surg.* 2001;72(6):2103-5. .
9. Gainor JW, O'Brien JE, Rychik J, Sánchez JR, Decampoli WM, Spray TL. Outcome following tricuspid valve detachment for ventricular septal defect closure. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;19(3):279-82.
10. Buendía Hernández A. Manejo de las cardiopatías congénitas: estado del arte. *Arch Cardiol Mex.* 2003;73(Supl 1):21-5.