



## INDICE NUMERICO

	pag.
RESUMEN .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
MARCO TEÓRICO .....	3
1.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA CATETERISMO PERCUTANEO	
1.2 TÉCNICA PARA CATETERISMO PERCUTANEO	
1.2.1 DISPOSITIVOS USADOS	
1.3 CONTRAINDICACIONES PARA CATETERISMO PERCUTANEO	
1.4 COMPLICACIONES DEL CATETERISMO PERCUTANEO	
OBJETIVOS	
- OBJETIVO GENERAL .....	8
- OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	8
MATERIAL Y METODOS .....	8
RESULTADOS .....	8
DISCUSION .....	11
REFERENCIA .....	12
ANEXOS .....	14
- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
- TABLAS - GRAFICAS	

## INTRODUCCIÓN

### RESUMEN

El cierre percutáneo intervencionista con dispositivo de las cardiopatías congénitas, en este caso la comunicación interauricular y la persistencia del canal arterial, se ha convertido en una alternativa al tratamiento quirúrgico. La elección del implante depende de la anatomía del defecto y la experiencia del médico.

El objetivo del trabajo ha sido analizar la experiencia en el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga del tratamiento percutáneo de la comunicación inter auricular y de la persistencia del canal arterial.

Se analizaron retrospectivamente 19 pacientes en los cuales se realizó cierre percutáneo entre Enero de 1998 a diciembre del 2007, contando cada uno de estos con una historia clínica y datos completos para ingresar al estudio. De los pacientes sometidos al cierre percutáneo, la indicación fue el cierre de CIA en 6 pacientes (todas de sexo femenino) entre 12 a 22 años de edad, 2 pacientes en estadio I, NYHA y 4 pacientes en estadio II. Todos con Cortocircuito (Qp/Qs) > a 1,5:1, presión sistólica de Arteria pulmonar > 30 mmHg. Tamaño de la CIA > 12 mm de diámetro mayor. En un paciente adulto con CIA > a 20 mm de diámetro que no ha sido posible su cierre por pequeño tamaño del dispositivo utilizado (Sideris botonado de 21 mm.), corresponde al 17 % de fracasos del procedimiento. En 5 pacientes el cierre ha sido exitoso correspondiendo al 83 % del total, sin shunt residual a los 10 minutos de implantación.

El cierre de PCA se ha realizado en 13 pacientes de los cuales 12 ( 92%) han sido tratados exitosamente y un paciente con dos intentos de cierre con diferentes dispositivos no pudo ser ocluido y fue para tratamiento quirúrgico. ( 8 %).

Concluimos que el tratamiento intervencionista percutáneo para el cierre de CIA y PCA son métodos aceptables como alternativa a la cirugía. El éxito de este método depende de una buena evaluación pre-procedimiento y la disposición de una gamma de tamaños para su cierre adecuado. El Cierre de CIA solo es aplicable al tipo de CIA ostium secundum, que es el único que ofrece las condiciones de bordes adecuados para sostén del dispositivo. Con la práctica y disponibilidad de dispositivos el cierre del Ductus es seguro y de alto rendimiento. Por lo tanto a la hora actual no hay PCA que no pueda cerrarse por este método y es de preferencia en adultos con ductus calcificado muy difícil de operar. Y el cierre de CIA es una indicación practicable en un grupo selecto de pacientes.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las cardiopatías congénitas ha sido tradicionalmente la cirugía. El cateterismo cardiaco tiene su origen en 1929 cuando Werner Forssman introdujo un catéter a través de una vena y lo hizo avanzar hasta la aurícula derecha. La realización del cateterismo cardiaco como procedimiento clínico fue iniciada por André Cournand y Richards en 1941 en New York (22-24). En 1967 Porstmann informo sobre el uso del tapón "Ivalon" para el cierre del ductus arterioso persistente. El cierre de la CIA fue descrito por primera vez por King y Mills en 1979 y se encuentra en uso rutinario. Desde los trabajos de Rashkind y Gruntzig se ha desarrollado la cardiología intervencionista como terapéutica en las cardiopatías congénitas y adquiridas (3). Comentamos la aplicación de este tratamiento y revisamos la experiencia de estos métodos mediante cateterismo percutaneo de las cardiopatías congénitas acianoticas en la comunicación interauricular (CIA) y de la persistencia del canal arterial (PCA) (6).

## MARCO TEORICO

La **comunicación interauricular (CIA)** aislada es la cardiopatía congénita más común en adultos después de la válvula aortica bicúspide y el prolapso de la válvula mitral. Su verdadera incidencia es todavía desconocida, ya que es clínicamente silente incluso a edades avanzadas, (8-10). sin embargo se conocen porcentajes estimativos variable de una región a otra o de un centro a otro, como se puede apreciar en el tabla # 1 13.6 para la CIA en Cbba- Bolivia.

Anomalia	Baltimore (USA) (9)	India (10)	Uganda (11)	Cochabamba
CIV	26,3	29,0	36,4	17,4
PCA	2,6	11,0	27,2	22,0
CIA	7,5	12,0	-	13,6
CAV	8,6	-	4,5	3,8
Est.Pul.	7,0	7,8	-	6,3
Est.Ao.	3,3	2,5	2,3	3,1
Coart.	6,8	2,0	-	4,4
d-TGA	5,0	4,5	4,5	3,36
T de F.	9,2	17,0	2,3	13,6
Trun.Ar.	1,5	-	-	2,10
Hip.V.Iz.	5,7	-	2,3	0,8
Hip.V.D.	3,2	-	6,8	3,9 #
Vent.Unic.	-	-	2,3	0,6
D.S.VD.	-	-	-	0,4
CVAT	1,7	-	-	1,2
Mic.	11,6	15,0	11,4	0,4
A.T.	-	-	-	2,5
Total	1494	200	44	476

Tabla N° 1.