

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA INFANTIL - menos de 18 años

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

=====

Fecha de autorización del F N R: ____/____/____ Fecha de realización: ____/____/____

Oportunidad: urgencia coordinación Duración (min.) _____

Realizado por : Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Ayudante: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

Pasa a: Institución de origen Domicilio

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar: Block CTI Sala

DATOS DEL PACIENTE

Peso al momento de la cirugía _____ kg Talla al momento de la cirugía _____ cm.

Factores de riesgo:

- Esplenectomizado Alteración cromosómica asociada Otros
 Síndrome de Down Otro síndrome

Factores de riesgo preoperatorios

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soporte circulatorio mecánico | <input type="checkbox"/> Falla renal → <input type="checkbox"/> Requirió diálisis |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo A-V compeltto | <input type="checkbox"/> Alteración de la coagulación |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> Shock | <input type="checkbox"/> Septicemia |
| <input type="checkbox"/> Acidosis | <input type="checkbox"/> Déficit neurológico |
| <input type="checkbox"/> Crisis de hipertensión pulmonar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Soporte con ventilación mecánica | <input type="checkbox"/> Otras alteraciones no cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomía | <input type="checkbox"/> Otros factores de riesgo preoperatorio |

Riesgo anestésico: ASA: I II III IV

T.de By-pass cardiopulm. _____ min. T.de clampeo aórtico _____ min. T.de paro circulatorio _____ min,

PROCEDIMIENTO REALIZADO

Marcar con un 1 el procedimiento principal y con 2 el procedimiento adicional.

N°	Procedimiento	Para el diagnóstico de: (código)
	Reparación o corrección	
	Reemplazo valvular con válvula mecánica	
	Reemplazo valvular con válvula biológica	
	Reemplazo valvular con válvula homóloga	
	Plastia (valvuloplastia u otro)	
	Procedimiento de Ross	
	Unifocalización	
	Flap de la subclavia	
	Procedimiento de Rastelli	
	Procedimiento de Konno	
	Shunt sistémico-pulmonar	
	Banding de A. Pulmonar	
	Procedimiento de Fontan	
	Procedimiento de Switch arterial	
	Procedimiento Bidireccional de Glenn	
	Procedimiento de Norwood	
	Etapas 1 de Damus-Kaye-Stancel	
	Septectomía atrial	
	Reparación con homo injerto	
	Reemplazo de valvula mitral	
	Aortoplastia	
	Otro procedimiento de Cirugía congénita	

NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL: 1 2 3 4

Esta tabla está basada en los trabajos de "Aristotle Comité" fundada por Francois G. Lacour-Gayet. Y tomada de: J.P.Jacobs et al./ European Journal of Cardio-thoracic Surgery xx (2004) xxx-xxx. "Lessons learned from the data análisis of the second harvest (1998-2001) of the Society of Thoracic Súrgenos (STS) Congénital Heart Surgery Database".

DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA CONGENITA (Códigos)

DEFECTOS EN LA SEPTACIÓN

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| (110) CIA | (140) Ventana Aorto-pulm. |
| (120) CIV única | (150) Truncus arterioso |
| (130) CIV múltiple | (160) Canal A-V |
| | (161) Completo |
| | (162) No completo |

ANOMALÍAS DEL RETORNO VENOSO

- Anomalías del retorno venoso pulmonar
- | | |
|----------------|----------------------|
| (211) No total | (213) obstructivo |
| (212) Total | (214) No obstructivo |

- (220) Cortriatrium
(230) Estenosis de venas pulmonares

(300) ANOMALÍAS DEL RETORNO VENOSO SISTÉMICO

LESIONES DEL CORAZÓN DERECHO

- (410) T4F
- | | |
|----------------------------|---------------------|
| (411) Con atresia pulmonar | (413) con MAPCAS |
| (412) Sin atresia pulmonar | (414) Con canal A-V |

- (420) Atresia pulmonar C/sept. Intacto
(430) Atresia pulmonar C/CIV
(440) MAPCA

Anomalías de la válvula tricúspide

- | |
|-----------------------|
| (451) Estenosis |
| (452) Insuficiencia |
| (453) Enf. de Ebstein |

- (460) Obstrucción al tracto de salida del VD sin CIV

- | |
|---|
| (461) Estenosis pulmonar valvular |
| (462) Estenosis tronco Art. Pulmonar (hipoplasia) |

- (470) Estenosis de arteria pulmonar

- | |
|-------------------------------|
| (471) Tronco arterial |
| (472) Arteria pulmonar perif. |

Anomalías de válvula pulmonar

- | |
|--------------------------------|
| (481) Estenosis |
| (482) Estenosis Subvalvular |
| (483) Estenosis Supra valvular |
| (484) Insuficiencia |

LESIONES DE CORAZÓN IZQUIERDO

- Anomalías de válvula aórtica
- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| Estenosis | (511) valvular |
| | (512) subvalvular |
| | (513) supra valvular |
| (514) Insuficiencia aórtica | |
| (515) Atresia de válvula aórtica | |

- Anomalías de la válvula mitral
- | | |
|---------------------|----------------------|
| Estenosis | (521) valvular |
| | (522) subvalvular |
| | (523) supra valvular |
| (524) Insuficiencia | |

- (530) Aneurisma del seno de valsalva
(540) Hipoplasia de corazón izquierdo (HLHS o SCIH)

(600) VENTRÍCULO UNICO

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| (610) Atresia mitral | (613) Sínd. De Heteroataxia |
| (611) Atresia tricuspidea | (614) Corazón univentricular |
| (612) Canal A-V no balanceado | (615) Otro |

TRASPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS

- (710) D-TGA simple
(711) c/ CIV (712) c/ E.Pulm (712) c/ E.Pulm y CIV

- (720) L-TGA simple
(721) c/ CIV (722) c/ E.Pulm (723) c/ E.Pulm y CIV

- (730) DORV
(731) Tipo CIV (733) Tipo TF4
(732) Tipo TGA (734) CIV incomunicada

- (740) DOLV

ARTERIAS Y VENAS TORÁXICAS

- (810) Origen anómalo de art. coronarias
Coartación de Aorta
(812) Menor de 1 mes (814) con hipoplasia de Ao.
(813) mayor de 1 mes (815) sin hipoplasia de Ao.
(816) Fístula coronaria

- Interrupción del arco aórtico
(821) -A- Istmo
(822) -B- arco aórtico
(823) -C- entre tronco innominado y subclavia

- (830) DAP
(840) Anillos vasculares

- (900) **OTRAS**
(901) Tumor intracardiaco

DISPOSITIVOS UTILIZADOS

Dispositivos utilizados: _____

Marcapaso definitivo: No Si Cual: _____ Electrodo: No Si Cual: _____

DATOS DE CEC Y SOPORTE

Uso de CEC: No Si Tiempo de clampeo: _____ min. Tiempo de perfusión: _____ min.

Uso de ECMO: No Si Uso de BIAC: No Si

Oxigenador: No Si Burbuja Membrana

Otro dispositivo de soporte hemodinámico: No Si Cual _____

ANESTESIA

Cardioversión eléctrica: SI NO Salida de BQ con marcapaso: SI NO

Hipertensión arterial: SI NO Hipotensión arterial: SI NO

Arritmia: NO SI
 Taquicardia > 120 cpm taq./flutter/fib.ventricular Bloqueo A-V otras

Gasometría arterial: normal acidosis hipercapn alcalosis hipoxemia

POSTOPERATORIO

Soporte inotrópico > 24 hs.: No Si Ventilación asistida: ____/____ (hs / dias)

Utilización de óxido nítrico: No Si Uso de ECMO: No Si

Días de estadía en: UCI: _____ CI: _____ UC: _____

COMPLICACIONES: NO SI

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reoperación no planificada <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Soporte circulatorio mecánico <input type="checkbox"/> Bloqueo A-V que requirió marcapaso transitorio <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Gasto bajo <input type="checkbox"/> Acidosis <input type="checkbox"/> Esternotomía abierta <input type="checkbox"/> Derrame pericárdico que requirió drenaje <input type="checkbox"/> Obstrucción venosa sistémica <input type="checkbox"/> Obstrucción venosa pulmonar <input type="checkbox"/> Crisis de hipertensión pulmonar <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria que requirió por más de 7 días soporte ventricular mecánico <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Neumotorax | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Derrame pleural que requirió drenaje <input type="checkbox"/> Quilotorax <input type="checkbox"/> Falla renal aguda que requirió transitoriamente diálisis <input type="checkbox"/> Falla renal aguda que requirió permanentemente diálisis <input type="checkbox"/> Sangrado que requirió reoperación <input type="checkbox"/> Dehiscencia de la herida <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Mediastinitis <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Infuria del nervio/frénico/parálisis del nervio frénico <input type="checkbox"/> Déficit neurológico persistente al alta <input type="checkbox"/> Instalación de crisis convulsivas <input type="checkbox"/> Otra complicación |
|---|---|