

**CIRUGÍA CARDÍACA  
EN CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN NIÑOS**

**LISTADO DE INDICACIONES CON COBERTURA DEL  
FONDO NACIONAL DE RECURSOS**

**Versión preliminar sujeta a revisión  
Septiembre 2008**

## Introducción

Se presentan a continuación las indicaciones que cuentan con cobertura del Fondo Nacional de Recursos (FNR) para los procedimientos más frecuentemente utilizados en cirugía cardíaca en cardiopatía congénita en niños. El FNR otorga cobertura también a otros procedimientos que no se detallan en esta guía, en virtud de que son muy numerosos y de menor frecuencia.

## Banding de arteria pulmonar

1. Cardiopatía compleja con flujo pulmonar irrestricto que se prepara para cirugía univentricular, Glenn y Fontán

Incluye atresia tricuspídea (AT), ventrículo único (VU), canal A-V completo desbalanceado, etc.

2. Como estrategia paliativa en situaciones especiales:

- 2.1. Comunicación interventricular (CIV) muscular “*en queso suizo*”

- 2.2. CIV múltiple

- 2.3. CIV grande con falla cardíaca en lactante de bajo peso y / o condiciones clínicas adversas para someterlo a circulación extracorpórea (CEC)

- 2.4. Síndrome de coartación de aorta (Co Ao) cuando se plantea una estrategia en dos tiempos: banding con coartectomía y posterior cirugía de la CIV.

- 2.5. Cardiopatía compleja (por ejemplo doble salida del ventrículo derecho DSVD) con Co Ao.

- 2.6. En las trasposiciones de grandes arterias (TGA) que llegan tardíamente al tratamiento, para reacondicionar el ventrículo izquierdo y realizar el switch arterial en un segundo tiempo.

## Shunt sistémico pulmonar en la tetralogía de Fallot

Tetralogía de Fallot que no tenga la edad apropiada para afrontar una cirugía correctiva y presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Crisis de hipoxia

2. Mala anatomía del árbol pulmonar: hipoplasia del anillo valvular y del tronco y/o hipoplasia de ramas pulmonares.

3. Fallot con canal A - V completo.

## Cirugía correctiva en la CIV única

### 1. CIV sintomática

Antes de los seis meses de edad <sup>1</sup> en lactantes sintomáticos (falla cardíaca intratable, síntomas respiratorios, falla de crecimiento o aumento de las resistencias periféricas pulmonares)

En los pacientes mayores de 8 meses que acceden con retraso a la consulta especializada presentando hipertensión pulmonar, debe valorarse la presión y resistencias pulmonares y QP/QS mediante cateterismo. Las resistencias pulmonares mayores a 5 Unidades Wood incrementan el riesgo quirúrgico.

Se discute la indicación de cirugía cuando las resistencias son iguales o mayores a 8 Unidades Wood.

### 2. CIV asintomática

2.1. Con QP / QS mayor o igual a 1,5 en el cateterismo cardíaco

2.2. CIV que asocia prolapso de válvula aórtica que determina insuficiencia valvular independientemente del QP/QS que presente.

2.3. CIV con antecedentes de endocarditis bacteriana

Las CIV pequeñas, asintomáticas, sin dilatación de cavidades izquierdas ni cardiomegalia, son de tratamiento médico que incluye control y profilaxis para endocarditis bacteriana. No está consensuado el tratamiento quirúrgico en esta situación.

## Cirugía correctiva en la CIA

### 1. CIA tipo ostium secundum

Comunicación interauricular con signos de sobrecarga de volumen de ventrículo derecho en el ecocardiograma <sup>2</sup>.

2. CIA tipo ostium primum

3. CIA tipo seno venoso

4. CIA tipo seno coronario

---

<sup>1</sup> Según criterio basado en experiencia del centro quirúrgico. En el Síndrome de Down la cirugía correctiva se plantea entre los cuatro y los seis meses.

<sup>2</sup> El tratamiento de elección es el cierre con dispositivo.