

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 18 FEB. 2019

VISTO:

El Expediente N° 19-003428-004 sobre la aprobación de la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos", elaborado por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, y;

CONSIDERANDO:

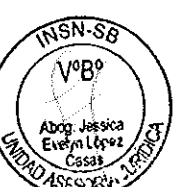
Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el artículo I y artículo II de la Ley General de Salud – Ley N° 26842 prescriben que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos dispuestos en el Artículo 5° del presente Reglamento;

Que, el inciso b) del numeral II.4.1 del Manual de Operaciones del INSN-SB, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificado mediante



Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, establece que como parte de sus funciones, la Unidad de Atención Integral Especializada, se encuentra facultado de elaborar y proponer, en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 2 del Manual de Procedimientos "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.02" del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, aprobado mediante Resolución Directoral N° 007/2019/INSN-SB, se establece la estructura de Guía de Práctica Clínica;

Que, mediante Nota Informativa N° 057-2019-SUAIEPCyCCV-INSNSB, el Jefe (e) del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con el visto bueno de su Jefatura, remite al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos";

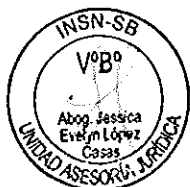
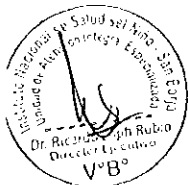
Que, mediante Nota Informativa N° 074-2019-UAIE-INSNSB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada informa al Jefe (e) de la Unidad de Gestión de Calidad, de su opinión favorable respecto a la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos", elaborado por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular;

Que, mediante Nota Informativa N° 0124-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación mediante Resolución Directoral de la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos", la misma que cuenta con la opinión favorable de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la Unidad de Atención Integral Especializada y la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante Informe Legal N° 053-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa (e) de Oficina la Unidad de Asesoría Jurídica informa a la Dirección General, de su opinión favorable respecto a la propuesta contemplada en la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos", elaborada por la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, es concordante con el marco normativo vinculado a la materia, máxime si consideramos que el procedimiento cuenta con el visto bueno y/o opinión favorable de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la Unidad de Atención Integral Especializada y la Unidad de Gestión de la Calidad; de acuerdo con las funciones designadas en el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, del Jefe (e) de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, en la Resolución Directoral N° 007/2019/INSN-SB y, con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;



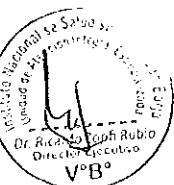
SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos" de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutive.

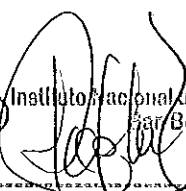
ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la implementación de la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos".

ARTICULO 3°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación de cumplimiento de la "Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos".

ARTÍCULO 4°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

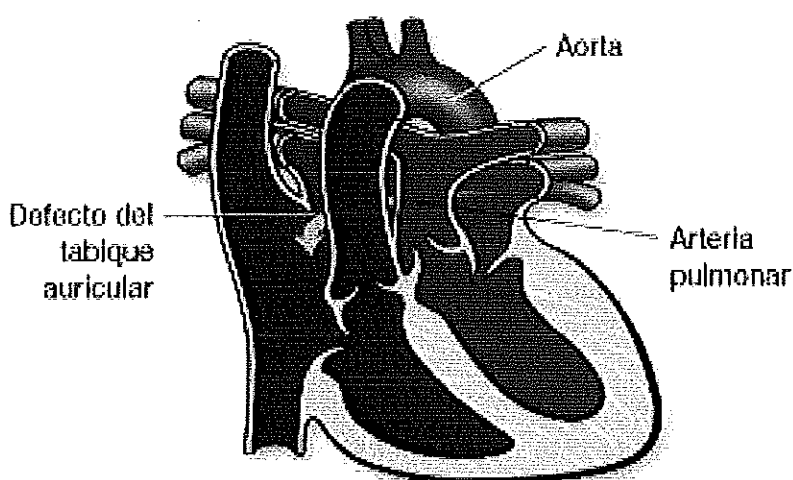

Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
Dr. A. RICARDO ZOPPI RUBIO
Director General (e)
CMP. 6780 RNE. 2550

ARZR/JELC
Cc.
DA
UAIE
UGC
UAIJ
Archivo



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DE LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS

Transposición de las grandes arterias



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Técnico de la Sub Unidad de Atención integral Especializada del Paciente de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Atención Integral Especializada Sub-Unidad de Atención Integral Especializada de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Unidad de Gestión de la Calidad 	<p>Zopfi Rubio Antonio Ricardo</p> <p>Director de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>



Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

Índice

I	Finalidad.....	3
II	Objetivo.....	3
III	Ámbito de Aplicación.....	3
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	3
	4.1.- Nombre y Código.....	3
V	Consideraciones Generales.....	4
	5.1 Definición	4
	5.2 Etiología.....	4
	5.3 Fisiopatología.....	4
	5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	5
	5.5 Factores de Riesgo Asociado.....	5
	5.5.1 Medio Ambiente.....	5
	5.5.2 Estilos de Vida.....	5
	5.5.3 Factores Hereditarios.....	5
VI	Consideraciones Específicas	5
	6.1 Cuadro Clínico	5
	6.1.1 Signos y síntomas.....	5
	6.1.2 Interacción cronológica.....	6
	6.1.3 Gráficos.....	6
	6.2 Diagnóstico.....	7
	6.2.1 Criterios de diagnóstico.....	7
	6.2.2 Diagnóstico diferencial.....	7
	6.3 Exámenes Auxiliares.....	7
	6.3.1 De Patología clínica.....	7
	6.3.2 De imágenes.....	8
	6.3.3 De exámenes especiales complementarios.....	8
	6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	9
	6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....	9
	6.4.2 Terapéutica.....	9
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	10
	6.4.4 Signos de alarma.....	10
	6.4.5 Criterios de Alta.....	11
	6.4.6 Pronósticos.....	11
	6.5 Complicaciones	11
	6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	11
	6.7 Fluxograma.....	12
VII	Anexos.....	13
VII	Referencias Bibliográficas	15





Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

I.- Finalidad

Contribuir a la calidad y seguridad de la atención de salud de aquellos pacientes con diagnóstico de Transposición de Grandes Vasos, apoyando al personal de salud en la toma de decisiones para el diagnóstico y tratamiento oportuno, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.

II.- Objetivo

- Mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad relacionada a Transposición de Grandes Vasos en la edad pediátrica.
- Lograr uniformidad de criterios diagnósticos y tratamiento en el manejo del paciente pediátrico con Transposición de Grandes Vasos.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del INSN San Borja según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III.- Ambito de Aplicación

Se aplicará en la Unidad de Atención Integral Especializada en Cardiología y Cirugía Cardiovascular del INSN San Borja y demás servicios que estén involucrados en el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con Transposición de Grandes Vasos.

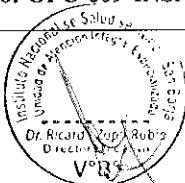
IV.- Diagnóstico y Tratamiento de Transposición de Grandes Vasos

4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE X

Discordancia de la Conexión Ventriculoarterial¹ : Q20.3

- Dextro transposición de la aorta
- Transposición (completa) de los grandes vasos

¹ <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/> Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones.





V.-Consideraciones Generales

5.1 DEFINICIÓN

La Trasposición de Grandes Vasos (TGV), es una malformación congénita caracterizada por la salida de la Aorta totalmente del Ventrículo Derecho y la Arteria Pulmonar del Ventrículo Izquierdo. La primera descripción morfológica de una TGV es atribuida a Baillie en 1797 y su nombre fue acuñado por Farre cuando describió el tercer caso conocido de esta anomalía. El reconocimiento de la TGV en pacientes fue el resultado de las observaciones de Fanconi en 1932 y Taussig en 1938.

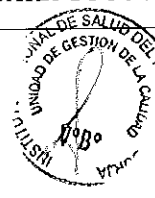
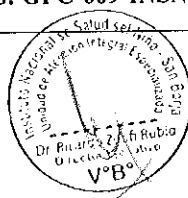
5.2 ETIOLOGÍA

La explicación morfológica para la TGV permanece desconocida pero una teoría ampliamente aceptada es la del desarrollo anormal de los conos sub arteriales de manera bilateral junto con una falla de la septación del truncus arterioso.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En la Trasposición de Grandes Vasos (TGV) la circulación se establece en paralelo, es decir, la sangre venosa sistémica pasa a través del corazón derecho y vuelve nuevamente a la Aorta mientras la sangre venosa pulmonar circula por el corazón izquierdo y retorna nuevamente a los pulmones. La sobrevida depende de la cantidad de comunicación que exista entre las dos circulaciones paralelas (Persistencia de Conducto Arterioso (PCA), Comunicación Interauricular (CIA), Comunicación Interventricular (CIV)).

Al nacer, el circuito pulmonar está sobrecargado y el septo atrial abomba hacia la Aurícula Derecha (AD), permitiendo la descompresión a través de un Foramen Oval (FO) competente. Al incrementar el shunt de izquierda a derecha a través de la Persistencia de Conducto Arterioso (PCA) con la ayuda de la Prostaglandina E1 (PGE1), se incrementa el flujo a los pulmones que desemboca en la Aurícula Izquierda, posteriormente desfogando en la Aurícula Derecha a través del Foramen Oval (FO). Por estos motivos, los recién nacidos con esta patología requieren: PCA, PGE1 y un CIA.





5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Transposición de los Grandes Vasos (TGV), representa un 6-8% de las cardiopatías congénitas, una de las más frecuentes seguida de la Tetralogía de Fallot. Se estima que ocurre en 40 de cada 100,000 nacidos vivos.

La Transposición de Grandes Vasos pura es incompatible con la vida, un 60% fallece dentro del primer mes de vida y un 90% fallece al primer año.

Mayormente se presenta en lactantes varones, quienes nacen con TGV (64%) y a menudo presentan buen peso para la edad.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

La prevalencia de Transposición de Grandes Vasos (TGV)-es de 1 /3,200 nacidos vivos.

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

La rubéola durante el embarazo, diabetes materna, edad avanzada, alcoholismo, mala nutrición, exposición a pesticidas, Ibuprofeno, Influenza materna y medicaciones epilépticas han sido asociados a la presentación de esta patología.

5.5.4 FACTORES HEREDITARIOS

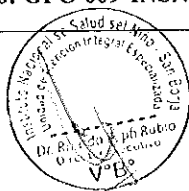
Desconocidos.

VI-Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y Síntomas

Los lactantes varones nacidos con TGA (64%) y a menudo con buen peso, cursan con cianosis desde el primer día con severidad mayor o menor según el tamaño del foramen oval. Aquellos que presentan CIV pueden presentar cianosis leve o casi imperceptible. La cianosis no varía con el llanto o con el oxígeno.



Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

Taquipnea y gran dificultad para alimentarse. Al presentar CIV pueden cursar con mayor distress respiratorio. Si se asocia a lesiones más complejas como Coartación o Interrupción de Arco Aórtico el distress respiratorio puede ser mayor.

En la presencia de CIV se puede auscultar un Soplo Sistólico.

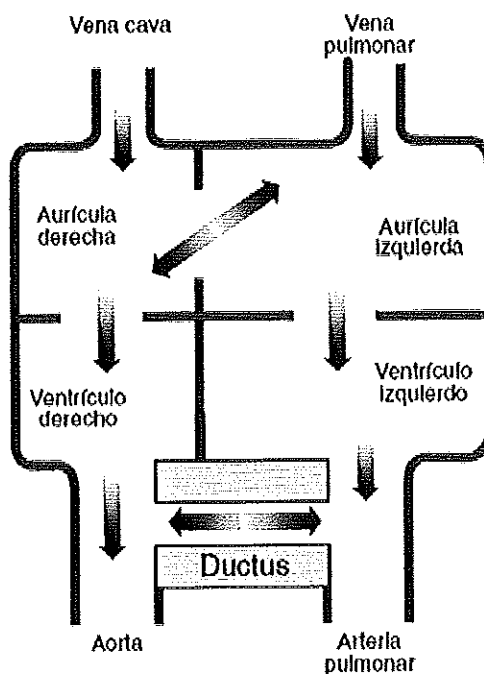
Complicaciones clínicas:

- Insuficiencia Respiratoria
- Sepsis neonatal
- Compromiso neurológico (isquemia crónica por riego sanguíneo hipóxico)

6.1.2 Interacción cronológica

Los síntomas aparecen en el momento de nacer o muy poco después, y la gravedad depende de los defectos cardiacos asociados (que son los que permiten la oxigenación de la sangre del recién nacido). Los niveles bajos de oxígeno hacen que el bebé se vuelva cianótico (azul) y que aparezca dificultad respiratoria.

6.1.3 Gráficos diagramas o fotografías





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño
- San Borja

Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

6.2 DIAGNÓSTICO**6.2.1 Criterios de diagnóstico**

- Cuadro clínico: Cianosis al nacer-Taquipnea- SS (en caso de TGA con CIV)
- Ecográfico: Se debe describir la anatomía, relación de vasos (Antero-posterior o Lado-Lado), Coronarias, anatomía del VI, presencia o no de CIA y presencia y tamaño de PCA.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Se debe hacer diagnóstico diferencial con:

- a) Atresia Pulmonar con CIV
- b) Interrupción de Arco Aórtico con CIV

6.3 EXAMENES AUXILIARES**6.3.1 De Patología clínica**

En la mayor parte de los casos la transposición es de tipo D (dextro transposición), es decir con válvula aórtica a la derecha de la válvula pulmonar.

En el tipo L (levo transposición), la válvula aórtica se sitúa a la izquierda de la válvula pulmonar.

La transposición clásica de grandes arterias en situs solitus consiste en:

- 1) Asa D (ventrículo derecho a la derecha) con transposición D (Aorta anterior, superior y derecha; pulmonar posterior, inferior e izquierda).
- 2) Hay continuidad entre la válvula pulmonar y mitral, desapareciendo la habitual continuidad mitro-aórtica, al estar separadas por los músculos del cono.
- 3) El vaso aórtico nace del ventrículo derecho, que comunica con la aurícula derecha a través de la tricúspide. La arteria pulmonar se origina en el ventrículo izquierdo, que comunica con la aurícula izquierda a través de la válvula mitral.

Generalmente, la TGV es una entidad aislada, no obstante, puede estar asociada a anomalías intracardiacas tales como:

- Comunicación interventricular (30% de los casos),
- Estenosis pulmonar (15%).

La comunicación interventricular es generalmente subpulmonar, debido al dextro posición del septum infundibular.

Fecha: Febrero 2019

Código: GPC-009-INSN-SB/SUAIEPCYCCV-V.001

Página 7 de 15



insni INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA
Dr. ALFREDO B. HERNÁNDEZ GRAU
Jefe(e) de Dpto. de la SUAIEPC y CCV
CMP. 1432 / RNE. 6941



Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

Las estenosis pulmonares habitualmente no asientan en la válvula y suelen ser subpulmonar.

Otras anomalías asociadas, no tan frecuentes, merecen ser señaladas: Persistencia del canal arterial y coartación de aorta no son infrecuentes.

El foramen oval es siempre permeable pudiendo variar sus dimensiones y el espesor de su válvula.

6.3.2 De imágenes

Radiografía de Tórax

Se aprecia imagen de mediastino estrecho usualmente y de "huevo sobre la mesa" de forma típica.

Ecocardiografía

En el eje largo para esternal se aprecia la Pulmonar en posición posterior saliendo del VI y a veces bifurcándose. En el eje corto para-esternal se aprecian las valvas semilunares (Antero-posterior o Lado a Lado) y el vaso anterior (Aorta) puede verse con las coronarias y su anatomía. El estudio permite además ver las lesiones asociadas (PCA, CIA, CIV y Obstrucciones al tracto de salida).

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

Electrocardiografía

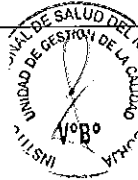
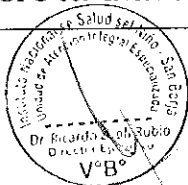
El EKG no es muy relevante en la etapa neonatal y puede mostrar hipertrofia ventricular derecha o desviación del eje a la derecha cuando se presenta tarde.

Cateterismo Cardíaco:

No está indicado en todos los casos para hacer diagnóstico. No se hace de rutina a todos los pacientes como estudio pre quirúrgico.

Se indica cuando el ecocardiograma muestra Foramen Oval restrictivo y se debe realizar un Rashkind con balón o con cuchilla según la edad.

Otra indicación de cateterismo es cuando tiene más de 3 meses para evaluar: Resistencias Pulmonares.





6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Está establecido que los pacientes con TGV simple, luego del diagnóstico confirmatorio y la evaluación clínica pueden requerir: Rashkind e Instalación de Infusión de PGE1 para asegurar un manejo clínico adecuado preoperatorio antes de las 2 semanas de vida.

En los casos de TGV compleja (TGV más CIV o TGV más CIV y Estenosis pulmonar) la evolución es más conservadora (hasta 3 meses) y la anatomía del VI se preserva por la fisiología que presenta.

6.4.1 Medidas generales y preventivas

El paciente debe ser transferido a un establecimiento de salud Nivel III para su tratamiento quirúrgico.

Se le debe realizar un ecocardiograma y con la presunción diagnóstica iniciar la Infusión de PGE1, controlar la saturación de oxígeno (Sat %) y realizar las pruebas de laboratorio preoperatorias.

Debe descartarse comorbilidades que puedan empeorar la evolución del paciente.

6.4.2 Terapéutica

Tratamiento Médico

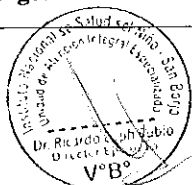
Al nacer, el paciente debe recibir PGE1 en infusión a una dosis de inicio de 0.03 $\mu\text{gr/kg/min}$ hasta lograr la elevación de la saturación de oxígeno hasta valores $>80\%$ y luego disminuir hasta 0.01 $\mu\text{gr/kg/min}$. Con esta infusión debe permanecer hasta la sala de operaciones.

Otra situación especial, es la realización de Rashkind con balón ó con cuchilla que se puede realizar en el Laboratorio de hemodinámica o en la UCI Neonatal con ayuda de la ecocardiografía.

- El Oxígeno por cánula nasal no debe usarse en estos casos.
- Corrección de acidosis con bicarbonato de sodio.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es la primera opción en esta patología excepto en los casos que el paciente presente alguna intercurrentia (NEC, Sepsis neonatal, Hemorragia intracraneana) que lo impidan o la diferan.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

En los casos de TGV simple hasta las 2 semanas de vida, el tratamiento indicado es: SWITCH ARTERIAL.

En los casos de TGV-con CIV es posible realizar el SWITCH ARTERIAL hasta los 3 meses de edad.

En casos más complejos como: TGV con CIV y Estenosis Pulmonar, TGV con Interrupción de Arco Aórtico; se debe valorar individualmente cada caso para tomar la decisión y el plan quirúrgico.

El Switch Atrial es una operación que ha quedado rezagada por el Switch en 2 tiempos en el cual se realiza un Blalock-Taussig y un Banding AP para "reentrenar" la anatomía del VI y a los 7-14 días se realiza el Switch Arterial.

La Operación de Rastelli se realiza en los casos con TGVA más CIV y Estenosis Pulmonar utilizando un Tubo de Goretex que conecta el VD con el Tronco de la Arteria Pulmonar TAV junto con el Cierre del CIV.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

Las complicaciones a largo plazo posterior a una Cirugía de Switch exitosa son la constricción a nivel de la anastomosis de los grandes vasos, insuficiencia valvular de la neo-aorta e insuficiencia coronaria.

La causa más común de reintervención quirúrgica temprana es la estenosis pulmonar supralvalvular.

Se reportan además arritmias auriculares y ventriculares de instalación tardía, sobre todo en pacientes con Cierre de CIV asociado a la Cirugía de Switch.

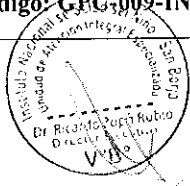
6.4.4 Signos de alarma

- Dificultad respiratoria.
- Lactancia entrecortada / mala ganancia ponderal.

Fecha: Febrero 2019

Código: GPG-009-INSN-SB/SUAIEPCYCCV-V.001

Página 10 de 15



insni INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA
Dr. ALFREDO B. HERNÁNDEZ GRAU
Jefe(e) de Dpto. de I/SUAIEPC y CCV
CMP. 14323 A.N.E. 6941



Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Transposición de Grandes Vasos

6.4.5 Criterios de Alta

- Superada la condición o patología que motivó su ingreso.
- Succión adecuada o cuando no es posible ésta, lograr alimentación gastro-enteral expedita con padres o familiar responsable previamente capacitado.
- Termorregulación adecuada.
- Padres o tutor responsable capacitado en la atención del recién nacido.
- Traslado a otra Unidad o Servicio dentro o fuera de la Institución.

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico depende de la complejidad de la anatomía de la TGV según las variables mencionadas anteriormente (Coronarias, Relación de Vasos, Presencia de Estenosis Pulmonar, Estado Clínico del paciente, Intercurrencias)

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son:

- Sangrado postoperatorio
- Bloqueo A-V
- Arritmia
- CIV residual
- Insuficiencia Tricúspide
- Insuficiencia Aórtica
- Síndrome de Bajo Gasto
- Insuficiencia Pulmonar

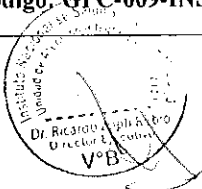
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Paciente en condiciones de Alta será contra referido a su establecimiento de origen con indicaciones y fecha de control ambulatorio.

Fecha: Febrero 2019

Código: GPC-009-INSN-SB/SUAIEPCYCCV-V.001

Página 11 de 15

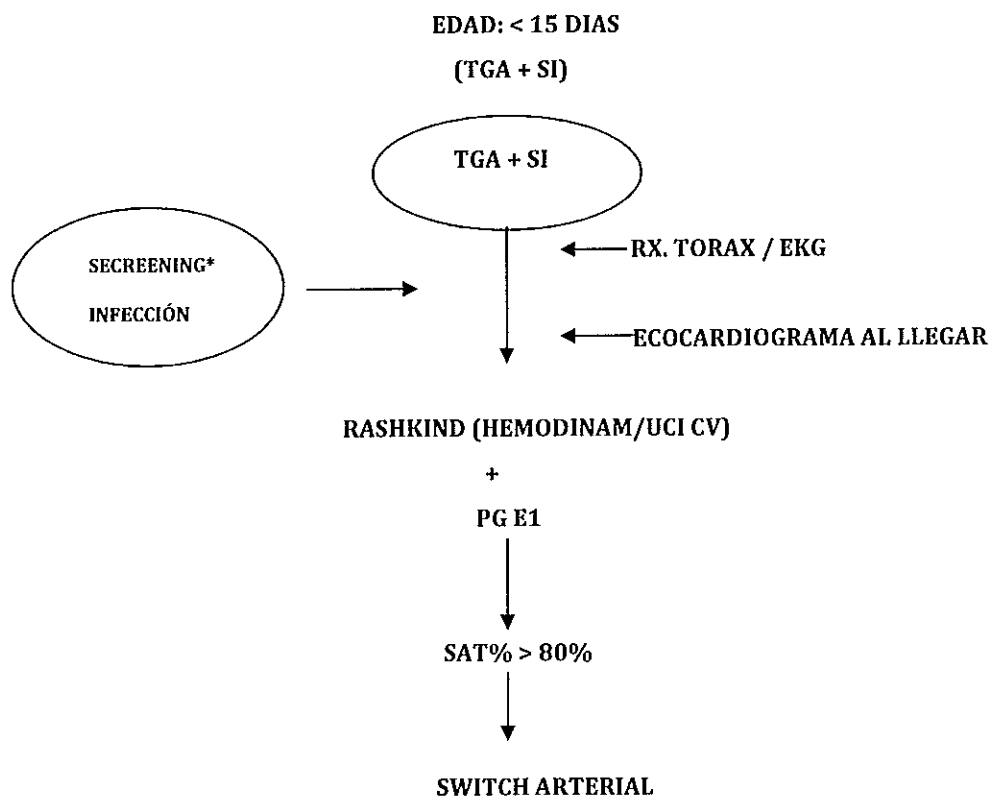


insni INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA
Dr. ALFREDO B. HERNÁNDEZ GRAU
Jefe(e) de Opto. de la SUAIEPC Y CCV
CMP. 14313 RNE. 6941



6.7 FLUXOGRAMA

TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS (TGV) SIMPLE



(*) SCREENING DE INFECCIÓN:

- ✓ HCTO-HGMA-V.S.- PCR- EX. ORINA
- ✓ BILIRUBINAS- PERFIL DE COAGULACION
- ✓ GLUCOSA-UREA-CREATININA
- ✓ AGA

RASHKIND:

SE REALIZARÁ EN LABORATORIO DE HEMODINAMICA Ó EN UCI CARDIOLOGIA CON ECOCARDIOGRAMA **A TODOS LOS PACIENTES.**

PROSTAGLANDINA E1:

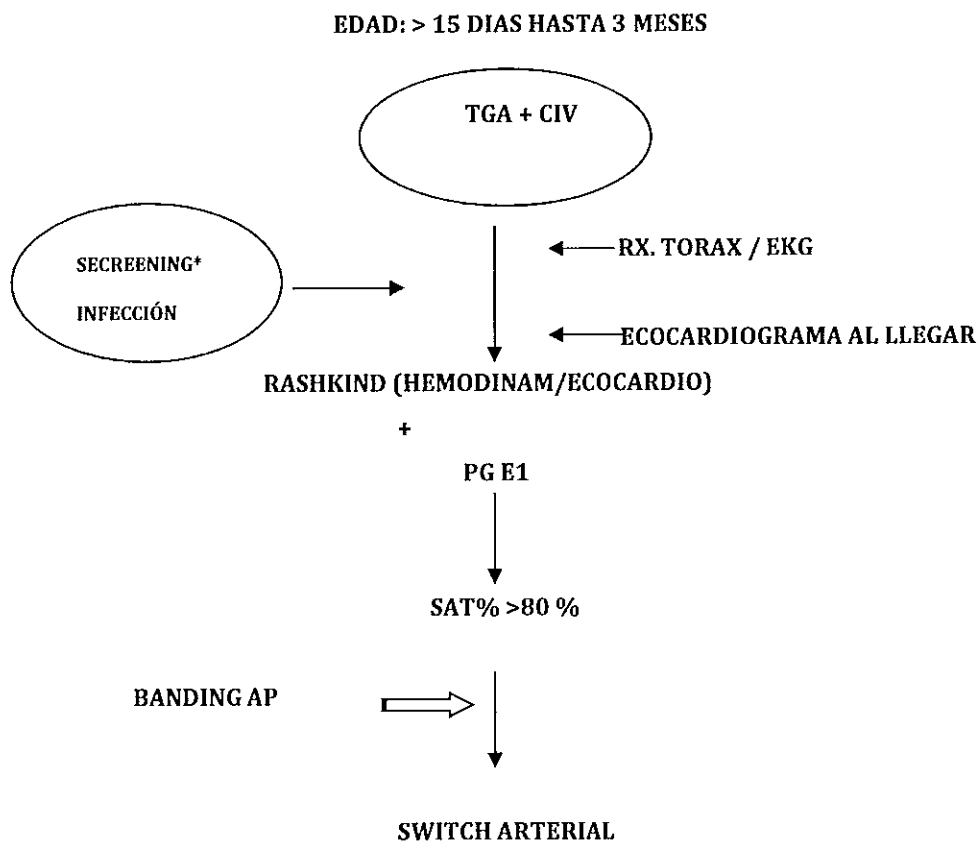
SE INICIARÁ LUEGO DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO Y SE USARÁ SEGÚN PROTOCOLO (Ver Anexo 1)



VII.-Anexos

ANEXO 1

ALGORITMO DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS COMPLEJA



*SCREENING DE INFECCIÓN:

- ✓ HCTO-HGMA-V.S.- PCR- EX. ORINA
- ✓ BILIRUBINAS- PERFIL DE COAGULACION
- ✓ GLUCOSA-UREA-CREATININA
- ✓ AGA

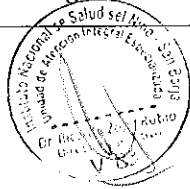
RASHKIND:

SE REALIZARÁ EN LABORATORIO DE HEMODINAMICA Ó EN UCI CARDIOLOGIA CON ECOCARDIOGRAMA A TODOS LOS PACIENTES.

PROSTAGLANDINA E1:

SE INICIARÁ LUEGO DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO Y SE USARÁ SEGÚN PROTOCOLO (Ver Anexo 1)

SI HAY ALGUN IMPEDIMENTO MEDICO PARA LA CIRUGIA EL PACIENTE SERÁ SOMETIDO A BANDING AP PARA PROTECCION DE HIPERTENSION PULMONAR.





7.2 SIGLAS Y ABREVIATURAS

AD: Atrio derecho o Aurícula Derecha

AP: Atresia pulmonar

BANDING AP: Bandaje de arteria pulmonar.

Canal AV: Canal atrio ventricular

CATH: Cateterismo cardiaco.

CIA: Comunicación interauricular

CEC: Circulación extracorpórea.

CIV: Comunicación Interventricular.

CVPAP: Comunicación Venosa Pulmonar Anómala Parcial

CVPAT: Comunicación Venosa Pulmonar Anómala Total

FO: Foramen Oval

GPC: Guía de Práctica Clínica.

ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

PCA: Persistencia de Conducto Arterioso.

PGE1: Prostaglandina E1.

SIV: Septum Interventricular.

SIVI: Septum Interventricular Integro.

SHUNT SP: Shunt sistémico-pulmonar

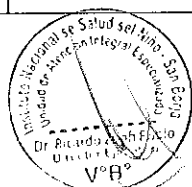
TF: Tetralogía de Fallot.

TGV: Transposición de Grandes Vasos.

VCSD: Vena Cava Superior Derecha

VCSI: Vena Cava Superior Izquierda

VD: Ventrículo Derecho.





VIII-Referencias Bibliográficas

1. Anderson R, Winberg P. The clinical anatomy of tetralogy of Fallot. *Cardiol Young* 2005; 15 (suppl 1): 38-47.
2. Castaneda AR,. Trasposition of great Arteries. En: Stark J, de Leval M, editores. *Cardiac Surgery of the Neonate and Infant*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1994. p. 409-438.
3. Maroto Monedero C, Enríquez de Salamanca F, Herráiz Sarachaga I, Zabala Argüelles I. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en las cardiopatías congénitas más frecuentes. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 67-82.
4. Bertranou E, Blackstone E, Hazelring J, et al. Life expectancy without surgery in tetralogy of Fallot. *Am J Cardiol* 1978; 42: 458-466.
5. Fulton R. David and Fyler C.Donald. Nadas. *Cardiología Pediátrica*. Ed Mosby. España. 2006; cap 30. pp 473-493
6. *Pediatric and Congenital Cardiology, Cardiac Surgery and Intensive Care*, Eduardo M. da Cruz • Dunbar Ivy ,James Jagers Editors. 2014. *Trasposition of Great Arteries*. 1919 - 1940.
7. Allen, Hugh; Gutgesell, Howard; Clark, Edward; Driscoll, David; Moss y Adams. *Heart disease in infants, children and adolescents*. Ed. Lippincott Williams and Wilkins 2001; *Tetralogy of Fallot Tomo II*, Cap 42, pp. 880
8. *Abstracts Book. The Fourth World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery*. September 18-22 2005 Buenos Aires Argentina
9. Garson A. Jr, J. T. Bricker, D. J. Fisher. *The science and practice of the pediatric cardiology*. 2ª edition. Editorial Wilkins and Wilkins; 1998: 1431-1461.
10. Kouchoukos N.T, E. H. Blackstone. *Kirklin/Barratt-Boyes. Cardiac Surgery*. 3a Edition. Editorial Churchill Livinstong. 2003:753-780.
11. Jonas A. Richard. *COMPREHENSIVE SURGICAL MANAGEMENT OF CONGENITAL HEART DISEASE . RICHARD A. JONAS . Second Edition*. 2014. *Trasposition of Great Arteries* 371 - 394

