



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología del hospital clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta octubre 2020

AUTORES:

SUARÉZ MONROY GABRIELA ANNABEL

PINCAY DEL VALLE JOEL IGNACIO

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de MÉDICO

TUTOR

DR. LUIS ALFONSO LEÓN CALDERÓN

Guayaquil, Ecuador

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **SUÁREZ MONROY GABRIELA ANNABEL Y PINCAY DEL VALLE JOEL IGNACIO**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

DR. LUIS ALFONSO LEÓN CALDERÓN

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ, MGS
Guayaquil, a los 23 del mes de Agosto del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**NOSOTROS, SUÁREZ MONROY GABRIELA ANNABEL Y PINCAY DEL VALLE
JOEL IGNACIO**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICA ALCIVAR DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DESDE ENERO 2016 HASTA OCTUBRE 2020** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 del mes de Agosto del año 2021

SUÁREZ MONROY GABRIELA ANNABEL

PINCAY DEL VALLE JOEL IGNACIO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

**NOSOTROS, SUÁREZ MONROY GABRIELA ANNABEL Y PINCAY DEL VALLE
JOEL IGNACIO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICA ALCIVAR DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DESDE ENERO 2016 HASTA OCTUBRE 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 del mes de Agosto del año 2021

LOS AUTORES

SUÁREZ MONROY GABRIELA ANNABEL

PINCAY DEL VALLE JOEL IGNACIO

REPORTE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis P67(1).docx (D111408527)
Submitted: 8/18/2021 7:02:00 AM
Submitted By: luis.leon05@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

cor-triatritium-dexter.docx (D67329515)

Instances where selected sources appear:

1



Sr. Luis Leon
TUTOR

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos dado la fortaleza y la perseverancia, debido a que sin él no hubiésemos podido llegar hasta donde estamos ahora; por habernos otorgado una familia maravillosa, que siempre han creído en nosotros dándonos el ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándonos a valorar todo lo que tenemos ahora. También en especial a todo el personal de salud que de una u otra manera han contribuido con sus conocimientos para culminar con éxito este trabajo como profesionales, gracias por su dedicación y esfuerzo en nuestros días como estudiantes, gracias por todo lo que nos brindaron.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestros padres, ya que sin ellos no hubiésemos podido llegar tan lejos, por darnos el apoyo incondicional y las fuerzas necesarias para poder seguir adelante y así alcanzar nuestras metas.

También a todos los colegas médicos, enfermeros que estuvieron presentes durante toda esta pandemia, en donde seguimos luchando aun, principalmente a todos nuestros compañeros que no están físicamente con nosotros; sin embargo, los llevamos en nuestros corazones.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. LUIS ALFONSO LEÓN CALDERÓN
TUTOR

f. _____
DR JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ, MGS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
DR ANDRES MAURICIO AYON GENKUONG
COORDINADOR DE TITULACIÓN

INDICE

RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
CAPITULO 1.....	3
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
CAPÍTULO 2.....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
CAPITULO 3.....	15
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
MATERIALES.....	15
LOCALIZACIÓN.....	15
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	15
PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	15
CAPITULO 4.....	20
RESULTADOS Y ANALISIS.....	20
CAPITULO 5.....	23
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXO.....	27

RESUMEN

La comunicación interauricular corresponde a un defecto del septum interatrial, donde se establece una comunicación directa entre ambas cámaras auriculares realizando cortocircuitos de izquierda a derecha y sobrecargar de volumen a las aurículas con el ventrículo derecho. El objetivo del estudio consiste en caracterizar la sintomatología de los pacientes con comunicaciones interauriculares mediante el estudio de las historias clínicas en el Hospital Clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta diciembre 2020. El tipo de investigación empleado fue Observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Nuestra muestra está formada por 70 pacientes, las cuales hemos dividido en 3 grupos de rangos de edades: de 1 a 17 años con un porcentaje de 54.29%, de 18 a 35 años con 12.86% y de 36 a 80 años con 32.86%. La edad media fue de 24 años, una moda de 1, una mediana de 14,50 y una desviación estandar de 24 con un mínimo de 1 y un máximo de 80. La prevalencia representa del 10 al 15% de las cardiopatías congénitas en la etapa adulta pero se encuentra con mayor frecuencia durante la etapa pediátrica hasta la adolescencia. La incidencia corresponde entre 5 a 6 casos por cada 10000 nacidos vivos y es más frecuente en el sexo masculino. En conclusión, el síntoma más frecuente fue el soplo cardíaco relacionado con el tipo foramen oval presente en ambos sexos y cuyo tratamiento más frecuente realizado fue el expectante sin asociación con las comorbilidades.

PALABRAS CLAVES: Comunicación Interauricular, Evolución, Tratamiento expectante Tratamiento Endovascular, Tratamiento Quirúrgico, Tratamiento mixto.

ABSTRACT

Atrial septal defect corresponds to a defect in the interatrial septum, where a direct communication is established between both atrial chambers by shunting from left to right and overloading the atria with the right ventricle. The objective of the study is to characterize the symptoms of patients with atrial septal defect by studying the medical records at the Hospital Clínica Alcívar during the period from January 2016 to December 2020. The type of research used was Observational, cross-sectional, retrospective and analytical. Our sample is made up of 70 patients, which we have divided into 3 groups of age ranges: from 1 to 17 years old with a percentage of 54.29%, from 18 to 35 years old with 12.86% and from 36 to 80 years old with 32.86%. The mean age was 24 years, a mode of 1, a median of 14.50 and a standard deviation of 24 with a minimum of 1 and a maximum of 80. The prevalence represents 10 to 15% of congenital heart disease in the adult stage but is more frequently found during the pediatric stage up to adolescence. The incidence corresponds to between 5 to 6 cases per 10,000 live births and is more frequent in males. In conclusion, the most frequent symptom was the heart murmur related to the type of foramen ovale present in both sexes and whose most frequent treatment was expectant without association with comorbidities.

KEY WORDS: Atrial Septal Defect, Evolution, Expectant Treatment, Endovascular Treatment, Surgical Treatment, Mixed Treatment.

INTRODUCCIÓN

Es muy usual que los defectos del tabique interauricular permanezcan sin ser diagnosticados o ser mal diagnosticados hasta la edad adulta. Los pacientes suelen mantenerse asintomáticos, pero después de la cuarta década de vida, la mayoría de los pacientes adultos presentan sintomatología como capacidad funcional reducida, disnea de esfuerzo y palpitations (taquiarritmias supraventriculares) y, con menor frecuencia, infecciones pulmonares e insuficiencia cardíaca derecha a diferencia que en edad pediátrica la sintomatología más frecuente es detectar soplos cardíacos a la auscultación, fatiga y disnea. La comunicación interauricular es una de las cardiopatías congénitas más comunes, se encuentra presente en el 10% de los recién nacidos y 40% en los adultos. El tratamiento del conducto consiste en el cierre anatómico, no sólo en los casos con sobrecarga volumétrica, sino incluso en los casos sin repercusión hemodinámica para evitar el riesgo de complicaciones a posterior. En la actualidad, existen poca información estadística pero se reciben pacientes con comunicación interauricular y se realizan diferentes tipos de tratamientos en el hospital Alcívar para corregir esta patología sin distinción de edad.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comunicación interauricular (CIA) se define como la continuidad del tabique interauricular que se encarga de realizar cortocircuitos de izquierda a derecha y sobrecargar de volumen a las aurículas con el ventrículo derecho, ésta es asintomática aproximadamente los primeros 20 años de vida, por lo que como sus complicaciones son motivos de ingresos a nivel hospitalario, es un tema de interés que merece ser estudiado por lo que comenzamos a investigarlo; sin embargo, encontramos que en el Hospital Alcívar existen pocos datos estadísticos sobre este tipo de patología pese a eso, realizan diversos tipos de tratamientos tanto expectante, endovasculares, quirúrgicos o mixto en relación a la sintomatología por lo que se propone la realización de un estudio que determine la evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología, el cual se realizará a través de una base de datos de pacientes adultos y pediátricos del Hospital Alcívar durante el periodo comprendido desde Enero 2016 hasta Octubre 2020.

Formulación del Problema

Se busca determinar la evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en pacientes adultos y pediátricos con defectos del tabique interauricular en los últimos cuatro años y así visualizar estadísticamente cual ha sido las más idóneas.

Justificación

En los últimos 4 años se ha podido evidenciar según estadísticas tomados de los registros médicos del servicio de cardiología del Hospital Alcívar que la cardiopatía congénita más frecuente a nivel pediátrica y del adulto es el defecto del tabique interauricular asociado a otros síntomas que lo suelen dejar pasar desapercibido en etapa pediátrica y que repercute a edad adulta, para lo cual se realiza tratamiento

expectante, tratamiento endovascular, abordaje quirúrgico o mixto dependiendo del tipo de defecto; por lo que se vio la necesidad de estudiar el seguimiento de la evolución clínica de esta patología donde incluye tiempo de estadía hospitalaria, tipos de defectos, si se asocia o no con antecedentes cardiacos, la sintomatología y método de diagnóstico.

Formulación de objetivos

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la sintomatología de los pacientes con comunicación tabique interauricular en pacientes adultos y pediátricos del Hospital Alcívar durante el periodo comprendido desde Enero 2016 hasta Octubre 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la sintomatología de los pacientes con comunicación interauricular.
- Relacionar la sintomatología con el tipo de comunicación interauricular.
- Relacionar la edad y el sexo con la sintomatología de los pacientes con comunicación interauricular.
- Clasificar el tratamiento de los pacientes con comunicación interauricular.
- Determinar la influencia de las comorbilidades de los pacientes que fueron intervenidos.

HIPÓTESIS

En el presente estudio se realiza una estimación puntual: evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología del hospital clínica alcivar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta octubre 2020.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

1. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA)

Se define a la comunicación interauricular (CIA) a la presencia de un defecto del septum interatrial, donde se establece una comunicación directa entre ambas cámaras auriculares siendo el 3er tipo más frecuente de cardiopatía congénita acianótica y es la continuidad del tabique interauricular que se encarga de realizar cortocircuitos de izquierda a derecha y sobrecargar de volumen a las aurículas con el ventrículo derecho. (1–3)

Es asintomática aproximadamente los primeros 20 años de vida, ya que sus complicaciones son presentadas a largo plazo con la presencia de hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca y arritmias auriculares en los adultos con síntomas como intolerancia al ejercicio, disnea, cansancio y arritmias auriculares, en algunos casos es diagnosticado al realizarse ecocardiograma por cualquier otra indicación (1)

Con respecto al examen físico estos se pueden encontrar soplos como el mesosistólico en la parte superior del borde esternal izquierdo con desdoblamiento amplio y fijo del segundo ruido cardíaco S2. (1)

1.1 PREVALENCIA

Representa del 10 al 15% de las cardiopatías congénitas y se encuentra con mayor frecuencia durante la adolescencia, la CIA es responsable del 40% de las cardiopatías congénitas en la vida adulta. La incidencia corresponde entre 5 a 6 casos por cada 10000 nacidos vivos y es más frecuente en mujeres con una relación 2:1 (4,5)

Según su presentación clínica, podemos categorizarlo por los defectos de tabique más comunes, siendo el del tipo ostium secundum con el 70 % de los casos, tipo ostium primum un 20%, de tipo seno venoso un 9% y con defecto del seno coronario es la menos frecuentes <1 % de los casos. (5)

En la mayoría de casos las comunicaciones interauriculares tipo ostium secundum ocurren de forma esporádica, sin embargo, se han descritos casos de anomalías genéticas que pudieran estar asociadas con una mayor incidencia de este tipo de defecto en familias concretas portadoras de dichas anomalías. (3)

1.2 CLASIFICACIÓN:

Las principales variedades anatómicas son las del seno venoso, ostium secundum, ostium primum y el foramen oval permeable, siendo muy importante su localización porque esta influye sobre su abordaje terapéutico y las probabilidades de lesiones asociadas. (1–3)

Clasificadas según su localización:

- **Ostium secundum:** Parte central del tabique interauricular. Se deben a una reabsorción excesiva del septum o a un crecimiento insuficiente (1–3)
- **Seno venoso, defecto en la parte posterior del tabique:** Cerca de la desembocadura de la vena cava superior está asociada con anomalías del retorno de las venas pulmonares. Su pared posterior está constituida por la aurícula derecha, mientras que su techo es inexistente debido a la valoración de la anatomía del septo interatrial en pacientes remitidos para cierre percutáneo de comunicaciones interauriculares (1–3)
- **Ostium primum, defecto en la parte anteroinferior del tabique:** defecto de las almohadillas endocárdicas. En este tipo de defectos existe una unión auriculoventricular (AV) común, con anomalías en las válvulas auriculoventriculares. En la forma parcial, existe una unión AV común con dos válvulas, mientras que en la forma completa existe una válvula única. (1–3)
- **Defectos interauriculares tipo seno coronario:** Se deben a una apertura en el techo del seno coronario, producida por un defecto total o parcial en la separación entre el seno coronario y la aurícula izquierda, permitiendo la comunicación directa entre ambas cavidades. Este defecto suele localizarse entre la orejuela izquierda y la vena pulmonar superior izquierda. (1–3)

1.3 CICLO CARDÍACO

Es la sucesión de fenómenos eléctricos y mecánicos que producen cambios en el flujo, presión y volumen de sangre durante cada latido cardíaco llevado por las aurículas y ventrículos. (6)

Se distinguen dos fases:

- **Diástole:** mediante cual las cavidades pasan por un proceso de relajación y se llenan de sangre.
- **Sístole:** movimiento en el cual las aurículas y los ventrículos se contraen y expulsan la sangre hacia la circulación pulmonar y sistémica

El flujo de sangre se encuentra controlado por los cambios de presión a través de las cavidades cardiacas. (6)

Recordemos que en un individuo sano su frecuencia cardiaca es de 75 latido/minutos, conociendo que el ciclo cardiaco dura aproximadamente 800ms, repartidos en 300ms en sístole y 500ms en diástole. (6)

Si existe un aumento de la frecuencia cardiaca se lo conoce como taquicardia y si disminuye es bradicardia, en cualquier caso, no es consciente los latidos cardiacos en un individuo normal, cuando se siente el latido, se esta refiriendo a palpitaciones, teniendo en cuenta que durante la sístole y diástole se producen dos ruidos cardíacos que se pueden oír por auscultación. (7)

- Primer ruido: Se encuentra al principio de la sístole y es debido al cierre de las válvulas auriculoventriculares (tricúspide y mitral). (7)
- Segundo ruido: Se encuentra al principio de la diástole y es debido al cierre de las válvulas sigmoideas (pulmonar y aórtica). (7)

El ciclo cardiaco puede ser estudiado por ecocardiografía y electrocardiografía, y este último, se analiza la corriente eléctrica emitido el miocardio, mediante la utilización de electrodos colocados estratégicamente en la superficie del cuerpo, donde se registra la intensidad y dirección del impulso eléctrico cardíaco y que recibe el nombre de electrocardiograma (ECG o EKG). (7)

2. FISIOPATOLOGÍA:

Es la presencia en donde ocurre el cortocircuito que se da a través de una CIA y se encuentra determinado por la unión entre los dos ventrículos, mas no por su tamaño relativo del defecto, a menos que éste sea pequeño. Siendo el ventrículo derecho más accesible que el izquierdo, y la aurícula derecha es menor a diferencia de la izquierda que es mayor durante la parte del ciclo cardiaco y por lo tanto esto direcciona al

cortocircuito ser de izquierda a derecha. Durante los primeros días de vida puede existir un pequeño cortocircuito derecha-izquierda debido a que el ventrículo derecho es más rígido e hipertrófico, a medida que disminuye la resistencia vascular pulmonar el ventrículo derecho se vuelve más accesible y el cortocircuito de izquierda a derecha se incrementa.(8)

Algunas CIA es a menudo un foramen oval permeable y estirado, por la cual con el paso de los años se cierra espontáneamente, a diferencia de los casos de CIA persistente producen grandes derivaciones causando sobrecargas de volumen auricular y ventricular derecho. Si su diagnóstico es tardío pueden producir hipertensión arterial pulmonar, aumentó de la resistencia vascular pulmonar e hipertrofia ventricular derecha, teniendo arritmias auriculares como, taquicardia supraventricular, aleteo auricular o fibrilación auricular. Algunos pueden desarrollar el síndrome de Eisenmenger que es causado por cortocircuitó auricular bidireccional con cianosis, después de los 40 años. (1)

3. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

-Radiografía de tórax: Cardiomegalia con crecimiento de aurícula derecha y ventrículo derecho. Tronco de arteria pulmonar prominente. (8)

-Electrocardiograma: Eje de QRS desviado a la derecha. En pacientes mayores existen intervalos de PR ligeramente prolongados, obteniendo crecimiento auricular derecho. Conociendo los patrones como rsR o RSR en V1, es muy común observar sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho. (8)

-Ecocardiograma: técnica diagnostica imprescindible en todos los pacientes con sospecha de CIA, proporciona información anatómica y funcional (grado de dilatación de cavidades derechas, movimiento septal, dirección y cuantía aproximada del cortocircuito, presión pulmonar). La más efectiva es la proyección subcostal por el haz de ultrasonidos se esta dirigiendo hacia el plano del septo interauricular. Para los niños mayores que presentan dificultad en su ventana subcostal, es necesario realizar un ecocardiograma transesofágico y para su definición de los bordes y ubicación exacta de la CIA en los niños candidatos a cierre percutáneo de la misma. (8)

-Cateterismo cardiaco: el estudio clínico demostró en la gran mayoría de los pacientes en técnicas diagnosticas no invasivas son necesarias para su diagnóstico.

Ocasionalmente el cateterismo es necesario ante la sospecha de enfermedad vascular pulmonar(8).

4. DEFECTOS DEL TABIQUE INTERAURICULAR

Son anomalías producidas durante el desarrollo del tabique interatrial que da lugar a comunicaciones anormales entre las dos cavidades superiores del corazón.(9)

El corazón está compuesto por cuatro compartimientos, de los cuales, dos son superiores y son llamados aurículas o atrios, se encuentran separados del uno del otro por una parte fibrosa que es el tabique atrial. Mientras que los otros compartimientos son inferiores y tienen el nombre de ventrículos y se encuentran separados entre sí por el tabique interventricular. (10)

Es una apertura pequeña que se encuentra entre los dos atrios y siempre está presente el foramen oval al nacer. Donde después del nacimiento se cierra gradualmente el tabique atrial. (10)

Dentro del diagnóstico prenatal, los defectos cardíacos se encuentran entre las malformaciones más frecuentes, siendo las causas de defunción más comunes durante las etapas neonatales y primer año de vida. Con los adelantos del estudio de la ecografía, cada vez es más probable el diagnóstico certero de estos defectos congénitos que permiten un actuar oportuno para la interrupción del embarazo o la planificación de las posibles soluciones al defecto en el recién nacido.(11)

Los defectos pueden ser sospechados a nivel moderado a severa repercusión clínicamente y cuando los pacientes ingresen por cuadros respiratorios recurrentes, escasa ganancia ponderal o hallazgos en la auscultación cardíaca (segundo ruido desdoblado, soplo sistólico pulmonar).(2)

El ecocardiograma se considera un elemento dentro de las herramientas paraclínicas, donde se puede llevar a la sospecha del defecto de un septo interatrial, observando en el resultado signos de sobrecarga de cavidades derechas o alteraciones en la morfología del QRS o la onda T. (2)

El Cor Triatriatum es una malformación congénita poco frecuente, con una prevalencia de un 0,1%1-2 entre todas las anomalías congénitas cardíacas, donde el corazón queda dividido en tres atrios o aurículas.(12)

En el año 1868, se realizó por primera vez la descripción de la enfermedad, investigado por Church, sin embargo, en el año 1905 se realizó una definición más detallada de esta rara enfermedad, resultado de un defecto embrionario de la unión de las venas pulmonares. (12)

La aurícula se encuentra dividida por una membrana fibromuscular en dos partes, una proximal y otra distal, que se comunican o no entre sí, en el desarrollo de la Cor Triatriatum.(12)

Es más frecuente que la aurícula afectada sea la izquierda y esté asociada a otras cardiopatías congénitas como la comunicación interauricular (CIA), la tetralogía de Fallot, el canal aurícula-ventricular, la coartación aórtica, y el drenaje anómalo de venas pulmonares. (12)

El Cor Triatriatum de aurícula derecha (DEXTER) es aún menos frecuente, tiene una incidencia de tan solo 0,025% entre todas las cardiopatías congénitas. (12)

El defecto de Cor Triatriatum Dexter, es atribuido a la persistencia de la válvula del seno venoso y está asociada a otras anomalías, sin embargo, la asociación con defectos de septación auricular no es muy común. (12)

Entre los diferentes tipos de CIA, la de seno venoso resulta entre el 5- 10% del total de los defectos de septación interauricular. Esta se produce a partir de un proceso de reabsorción en la parte alta del septum secundum, cerca de la desembocadura de la vena cava superior o la inferior. (12)

Mientras que, en los niños, el tabique atrial, no logra cerrarse correctamente puede llegar a presentar malformaciones en el desarrollo del crecimiento. La apertura entre los atrios, en esta enfermedad es porque no se cerró en el momento exacto, agregando una sobrecarga en las cavidades derechas del corazón y un aumento excesivo de flujo de sangre hacia los pulmones. Inicialmente los síntomas asociados al defecto septal atrial pueden no estar presentes o ser tan leves que pueden pasar inadvertidos. (10)

No se encuentra con frecuencia hasta llegar a una edad escolar y en algunos casos la edad adulta. Se conoce en pacientes adultos que sus defectos septales de tipo atrial son silientes y pueden aparecer problemas respiratorios hasta incluso cardíaca. Los defectos atrioseptales en la mayoría de los casos son de forma esporádicas, aunque otros casos se consideran que son hereditarios, es decir, un rasgo genético ya sea dominante o

recesivo. Los defectos atrioseptales pueden también darse asociados con otras enfermedades tales como el síndrome de Down o el síndrome de Ellis Van Creveld. (10) Los defectos cardiacos congénitos más frecuentes son los tabiques auriculares y ventriculares, siendo los defectos en el tabique auricular que se localizan entre las cámaras superiores del corazón (aurículas), que reciben la sangre.(13)

Algunos defectos del tabique (septo) auricular son, en realidad, nada más que un foramen oval estirado. La mayoría de los defectos cardiacos se cierran por si solo en el periodo de los primeros 3 años de vida, aunque a veces persisten hasta la edad adulta. Un verdadero orificio entre las aurículas (defecto septal auricular verdadero) generalmente no se cierra. (13)

5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEFECTOS DEL TABIQUE INTERAURICULAR

El tipo ostium secundum tratado con el cierre quirúrgico se puede realizar de forma segura, obteniendo una baja morbilidad y mortalidad, aunque existan controversia con respecto a los protocolos quirúrgicos y su relación terapéutica cuando se tratan a pacientes adultos. Siendo este tratamiento quirúrgico como definitivo y previniendo complicaciones potencialmente mortales como: hipertensión pulmonar, arritmias, complicaciones tromboembólicas e insuficiencias cardiacas, donde pueden aparecer más, con la evolución natural de la enfermedad. Los síntomas y las alteraciones hemodinámicas parecen ser mínimos en este tipo de pacientes, pero la reparación quirúrgica debe realizarse lo antes posible después del diagnóstico.(4)

Se ha realizado con éxito en muchos centros durante más de 40 años, siendo las tasas de morbilidad y mortalidad perioperatorias entre el 10 al 20% a finales de la década de 1950, obteniendo una disminución al 6% después de 1960, obteniendo un promedio de 0,5% en la actualidad. El éxito quirúrgico junto a las tasas de supervivencias y con ello se mejoró la reducción de las complicaciones, siendo esto a la mejoría de las técnicas operatorias y sus cuidados, por lo que su cierre en esta enfermedad siendo congénita muy común y se ha recomendado cada vez más, incluso en pacientes de mayor edad.(4)

El principal tratamiento de la CIA, en la reparación quirúrgica. Se creía que solo el 50% de los pacientes que presentaban CIA no corregida ni tratada, sobrevivían mas de 40 años y siendo el 10% solo alcanzan la edad de 60 años, pero no se ha confirmado en muchos estudios observacionales. (4)

Se estima cuando aparecen los síntomas, aquellos pacientes que reciben el tratamiento, tienen mayor supervivencia a diferencia de aquellos que recibieron tratamientos médicos y es similar para aquellos pacientes que recibieron su cirugía en el transcurso de sus 3 primeros años de vida. Debido a las arritmias y a la fibrilación auricular (FA), así como el flujo sanguíneo pulmonar, la sobrecarga de cavidades derecha, tienden a aumentar con la edad, la CIA debe corregirse incluso si el paciente está asintomático. (4)

Los resultados sugieren que el cierre quirúrgico de la CIA ha mejorado los síntomas y previene complicaciones posteriores en aquellos pacientes. El porcentaje de pacientes con clase funcional III-IV, según la NYHA, disminuyó de 43,8% a 9,3% después de la operación. (4)

Se ha demostrado que la frecuencia de FA en aquellos pacientes con CIA se ve en aumento a medida que va avanzando la edad. También se ha encontrado que los trastornos del ritmo auricular son inducidos por diferentes mecanismos en los períodos pre y posoperatorio; y antes de la cirugía, la principal causa de FA es la distensión/dilatación auricular. (4)

6. TRATAMIENTO PERCUTANEO ENDOVASCULAR DE LOS DEFECTOS DEL TABIQUE INTERAURICULAR

Conociendo los diferentes tipos de patrones morfológicos de los defectos se orientan a la elección del tratamiento, es así, que al estar frente a un defecto interauricular de tipo ostium secundum se analiza el cierre percutáneo para la colocación del dispositivo siempre y cuando los bordes son aptos.(14)

Es eficaz cuando el defecto a tratar es una morfología simple para realizar el cierre, aunque hay evidencias que cuando son hemodinámicamente significativos en el septo auricular en la población mayor donde son ocluidos independientemente de los síntomas. (14)

Conociendo que el cierre quirúrgico es más seguro y eficaz, a diferencia del cierre con dispositivo implica menor morbilidad, siendo estos dispositivos los más investigados y han recibido la aprobación de la FDA como lo son el Amplatzer y el Helex.(14)

Siendo el primero más útil para los defectos más conocidos mientras que el segundo es útil para los pequeños y medianos defectos. (14)

Amplatzer es un dispositivo que está formado por dos discos que se encuentran unidos por el cuello y está compuesto por una fina malla de Nitinol que está formada por níquel y titanio con sus propiedades de elasticidad y memoria, está formado por poliéster en su interior para facilitar la trombosis y oclusión total del defecto. El tamaño del dispositivo viene dado por el diámetro del cuello, que es el que se debe adaptar estrechamente a los bordes del defecto interauricular.(15)

El defecto de la aurícula se efectúa en 3 tiempos mientras se realiza la implantación como: el despliegue del disco auricular izquierdo, la correcta aposición del mismo al tabique interauricular y se despliegue del disco auricular derecho. (15)

Prótesis oclusora septal Amplatzer para cierre de CIA: Es de doble disco auto expandible, es decir, el disco izquierdo es mayor que el derecho, unidos entre sí por una pieza central corta de conexión donde corresponde al tamaño del defecto auricular, la malla de alambre recubierta con poliéster y nitinol y se encuentra firmemente cosida a los discos con hilo de poliéster (16)

No es un factor de riesgo como insuficiencia cardiaca o arritmia cuando existe a temprana edad el cierre de la CIA, mientras que los pacientes con mayor edad presentan con Hipertensión Pulmonar (HTP) (14).

El procedimiento percutáneo se lleva a cabo en una sala denominada hemodinamia, bajo anestesia general para llevar a cabo el tratamiento de las cardiopatías y siempre con la ayuda de un ecocardiografista cardiaco, donde se usa la vía transesofágica y se realizará una profilaxis de endocarditis infecciosa al término de los 6 meses. (14)

Con respecto al tipo ostium primum que con frecuencia se acompaña con insuficiencia de la válvula mitral y es donde se valora la posición anatómica del nodo auriculoventricular y del haz de His, y colocando los puntos de sutura del parche en las zonas correspondientes a la topografía del seno coronario. (14)

Con respecto al tipo seno venoso con presencia de anomalía del retorno venoso pulmonar se cierra el defecto con un parche que derive el flujo pulmonar hacia la aurícula izquierda. (14)

Durante las dos primeras semanas se realiza vigilancia para descartar la aparición precoz del síndrome postpericardiotoma (fiebre, malestar, decaimiento, sintomatología digestiva) donde su tratamiento oportuno evita el taponamiento cardiaco. (14)

CAPITULO 3

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES

Elaboración de una tabla de Base de Datos de los pacientes que fueron hospitalizados e intervenidos por presentar la comunicación interauricular durante el periodo comprendido entre 2016 – 2020, la cual fue proporcionada por el Hospital Clínica Alcívar para fines educativos.

LOCALIZACIÓN

El hospital Alcívar se encuentra ubicado en el cantón Guayaquil - Ecuador en la Av. Azuay y Av. Coronel conformado por 5 torres médicas.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El cantón Guayaquil está ubicado en la parte suroccidental de la provincia del Guayas. La ciudad de Guayaquil es su cabecera cantonal y está situada entre los 2°3' y 2°17' de latitud sur; y los 79°59' y 79°49' de longitud oeste. El Cantón Guayaquil está compuesto por 16 Parroquias Urbanas y 5 Parroquias Rurales. La ciudad de Guayaquil constituye el más importante centro económico de la zona, siendo el que produce mayores ingresos a todo el país. Se encuentra aproximadamente a 420 km. de la ciudad de Quito, capital de la República.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende desde el año 2016 – 2020

Viabilidad

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la Entidad, el permiso correspondiente de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, los recursos económicos de los investigadores, el departamento de estadística del hospital y a su vez posee un costo bajo.

RECURSOS EMPLEADOS:

Recursos Humanos

Internos de medicina, tutor a cargo, secretaria del departamento de estadística del Hospital Alcívar.

Recursos Físicos

Computadora, impresora, papel bond, bolígrafos y programas estadísticos.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Pacientes pediátricos y adultos con comunicaciones interauriculares que estuvieron hospitalizados en el Hospital Alcívar. Nuestro universo fue de 70 pacientes (11 pacientes corresponden al año 2016, 31 pacientes pertenecen al año 2017, 9 pacientes pertenecen al año 2018, 7 pertenecen al año 2019 y 15 pacientes pertenecen al 2020).

MUESTRA

Nuestra muestra luego de haber realizado los criterios de inclusión y exclusión fue de 70 pacientes.

Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:

- Población pediátrica con comunicación interauricular de 1 a 15 años.
- Población adulta con comunicación interauricular de 17 a 80 años.

MÉTODO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con defectos del tabique interauricular.
- Pacientes que fueron ingresados, hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Alcívar.
- Pacientes que se realizaron tratamiento Expectante, Endovascular, Quirúrgico y Mixto en el Hospital Clínica Alcívar.
- Pacientes pediátricos, jóvenes y adultos asociado a comorbilidades como Hipertensión Arterial, Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Cardíaca o sin comorbilidades.

Criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticados con cardiopatías congénitas que difieren de las comunicaciones del tabique interauricular.
- Pacientes no hospitalizados en el Hospital Alcívar.

METODOLOGIA**NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio será de tipo observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño de Prevalencia

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN**Operacionalización de equipos e instrumentos**

Para el siguiente trabajo los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de los pacientes del Hospital Clínica Alcívar, nos basamos en relación a la información detallada del paciente en la 08 o de emergencia donde contiene los datos de afiliación, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares y antecedentes quirúrgicos para poder realizar la base de datos mediante la identificación de las variables en estudio. También se usó computadoras para poder ver las historias clínicas proporcionadas por el hospital; Word y Excel para la elaboración del documento.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Sexo	Distinción de hombre o mujer según caracteres sexuales al nacimiento	Nominal dicotómica	Masculino femenino
Edad	Número de años cumplidos	Nominal politómica	Edad pediátrica (1año - 15 años) Edad adulta (a partir de los 17 a 80 años)
Tipos de defectos del tabique interauricular	Tipos más frecuentes de defectos del tabique interauricular	Nominal dicotómica	a) ostium primium b) ostium secundum c) tipo seno venoso d) tipo foramen oval e) CIV / CIA
Sintomatología de los defectos del tabique interauricular	Signos y síntomas referidos por el paciente ingresado a la estancia hospitalaria por la cual se procede a su ingreso hospitalario para posible tratamiento terapéutico.	Nominal Politómica	Disnea , palpitaciones , taquipnea, soplo cardiaco, angina inestable, bradicardia
Tratamiento	Es el conjunto de medios que tiene como finalidad aliviar o curar la sintomatología referida por el paciente	Nominal Dicotómica	a) Manejo Quirúrgico b) Tratamiento Endovascular c) Expectante d) mixto

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

No existe registro ni investigación similar en el repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

PRESUPUESTO

El financiamiento de este trabajo será cubierto por los recursos económicos de los investigadores.

CAPITULO 4

RESULTADOS Y ANALISIS

Nuestra muestra está formada por 70 pacientes, las cuales hemos dividido en 3 grupos de rangos de edades: de 1 a 17 años con un porcentaje de 54.29%, de 18 a 35 años con 12.86% y de 36 a 80 años con 32.86%. La edad media fue de 24 años, una moda de 1, una mediana de 14,50 y una desviación estándar de 24 con un mínimo de 1 y un máximo de 80. En relación al sexo 2/3 partes corresponden al sexo masculino con 64.29% y 1/3 pertenecen al sexo femenino con 35.71%. Con respecto a la sintomatología presentaron soplo cardíaco en 28 pacientes con 40% seguido de disnea en 10 pacientes con 14.29%, angina inestable en 9 pacientes con 12.86%, disnea más taquipnea en 9 pacientes con 12.86%, taquipnea en 7 pacientes con 10% y disnea más palpitations en 4 pacientes con 5.71%. Existen 5 tipos de comunicaciones: ostium primum, ostium secundum, tipo seno venoso, tipo foramen oval y CIV/CIA para los cuales se realizaron diferentes tipos de tratamiento: expectante, endovascular, quirúrgico y mixto asociado a las diferentes comorbilidades: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Cardíaca, Dislipidemia y los que no presentaron comorbilidades.

RESULTADOS

En nuestro estudio encontramos que el grupo de edades de 1 a 17 años el síntoma más frecuente fue el soplo cardíaco con 28 pacientes (40%) (P: 0.00), seguido de la taquipnea con 7 pacientes (10%), disnea más taquipnea con 9 pacientes (12,86%), disnea más palpitations con 4 pacientes (5,71%). El grupo de edades de 18 a 35 años el síntoma más frecuente fue la angina inestable con 9 pacientes (12.86%), seguido de la taquipnea con 7 pacientes (10%), disnea más taquipnea con 9 pacientes (12,86%) y en el rango de edades de 36 a 80 años el síntoma más frecuente fue disnea con 10 pacientes representado por 14.29%, seguido de disnea más taquipnea con 9 pacientes (12,86%), bradicardia con 3 pacientes (4,29%), angina inestable con 3 pacientes (4,29%) y disnea mas palpitations con 4 pacientes (5,71%). (GRÁFICO8, TABLA8)

En cuanto a la relación entre la sintomatología con los tipos de comunicación, encontramos que el soplo cardíaco es el más frecuente en el tipo foramen oval (18 pacientes) y ostium primum (4 pacientes), seguido de disnea más taquipnea fue el síntoma más frecuente en el tipo ostium secundum (6 pacientes), por consiguiente la angina inestable fue el síntoma más frecuente en el tipo seno venoso (5 pacientes) y la disnea fue el síntoma más frecuente en el CIV/CIA (2 pacientes). P valor de 0.007 (GRÁFICO10, TABLA 10)

En nuestro estudio encontramos que el soplo cardíaco fue el síntoma más frecuente en ambos sexo; sin embargo podemos denotar que en el sexo masculino los síntomas más relacionados son angina inestable (5 pacientes), taquipnea (5 pacientes) y la disnea más taquipnea (5 pacientes); a diferencia del sexo femenino que los síntomas más relacionados son angina inestable (4 pacientes) y disnea más taquipnea (4 pacientes). P: 0.627 (GRÁFICO9, TABLA 9)

En nuestro estudio encontramos que el tipo foramen oval se relaciona con el tratamiento expectante (13 pacientes), endovascular (9 pacientes) y quirúrgico (6 pacientes); a diferencia que en el tratamiento de tipo mixto esa relacionado con el ostium secundum (3 pacientes). P valor: 0.009 (GRÁFICO11, TABLA11)

En nuestro estudio encontramos que los pacientes que no presentan comorbilidades se asocian con tratamiento expectante (24 pacientes), tratamiento endovascular (7 pacientes), tratamiento quirúrgico (11 pacientes) y tratamiento mixto (7 pacientes). P: 0.000 (GRÁFICO12, TABLA 12)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observa que el síntoma más frecuente fue el soplo cardíaco en el rango de edad de 1 a 17 años, de 18 a 35 años el síntoma más frecuente fue la angina inestable y en el rango de edad de 36 a 80 años el síntoma más frecuente fue disnea, en relación al sexo fue más predominante el sexo masculino con 64.29% a diferencia del sexo femenino con 35.71%. En un artículo similar se puede denotar que el síntoma más frecuente hasta los 20 años fue el soplo cardíaco, a partir de los 20 hasta los 35 años es el cansancio y la disnea es el más frecuente hasta los 80 años; además, encontramos que, en relación al sexo el predominante fue el masculino con 65.7% en contraste con el sexo femenino con 34,3%. (3)

Además, La sintomatología con los tipos de comunicación asocian al soplo cardíaco como síntoma más frecuente en el tipo foramen oval y tipo ostium primum, seguido de disnea más taquipnea frecuentes en el tipo ostium secundum, la angina inestable más frecuente en el tipo seno venoso y la disnea más frecuente en el CIV/CIA a diferencia de que en un estudio se observa que en el tipo foramen oval y tipo ostium primum son las arritmias, seguido de la angina inestable en el tipo ostium secundum, el soplo cardíaco en el tipo seno venoso y la disnea más taquipnea en el CIV/CIA. (14).

En un estudio se observa que el tratamiento quirúrgico y expectante son el más recomendado en el tipo de foramen oval y CIA, por consiguiente, en el ostium secundum el más recomendable es el tratamiento quirúrgico a diferencia de que en nuestro estudio se relacionan al tipo de comunicación interauricular en conjunto al tipo de tratamiento realizado y es así que el tipo foramen oval se asocia con el tratamiento expectante, tratamiento endovascular y tratamiento quirúrgico a diferencia que en el tratamiento de tipo mixto se relacionan con el ostium secundum. (4)

Por consiguiente, en nuestro estudio encontramos que los pacientes que no presentan comorbilidades se asocian con tratamiento expectante, tratamiento endovascular, tratamiento quirúrgico y tratamiento mixto a diferencia de un estudio europeo que indica que pacientes adultos con Hipertensión Pulmonar se asocian a mal pronóstico pero tras realizar tratamiento endovascular se observó respuesta positiva o reversibilidad de tal comorbilidad. (17)

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

- La sintomatología más frecuente fue el soplo cardíaco acompañado de taquipnea y disnea en el grupo de edades de 1 a 17 años; sin embargo, en el grupo de edades entre los 18 a 35 años, el principal síntoma fue la angina inestable y por último, en el grupo comprendido entre 36 a 80 años el principal síntoma fue disnea seguido de taquipnea y palpitaciones.
- En cuanto a la sintomatología y los tipos de comunicación que existen se observó que el más frecuente es el tipo foramen oval relacionado con el soplo cardíaco a diferencia del tipo ostium primum que se relaciona con la presencia de soplo cardíaco más taquipnea.
- En relación entre la edad y el sexo con la sintomatología se puede destacar que el soplo cardíaco, angina inestable y la disnea estuvieron presente en ambos sexos; sin embargo, en el sexo masculino además presentó bradicardia y en el sexo femenino presentó palpitaciones.
- El tipo de comunicación foramen oval se relaciona con el tratamiento expectante, endovascular y quirúrgico a diferencia que el tipo ostium secundum se asocia al tratamiento de tipo mixto.
- Las comorbilidades no influyeron en los pacientes que fueron intervenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comunicación interauricular (CIA) - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatría/anomalías-cardiovasculares-congénitas/comunicación-interauricular-cia>
2. Vista de Hallazgos clínicos y electrocardiográficos en pacientes pediátricos con comunicación interauricular [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://revistaspp.org/index.php/pediatricia/article/view/516/441>
3. Fuertes DG. TESIS DOCTORAL VALORACIÓN DE LA ANATOMÍA DEL SEPTO INTERATRIAL EN PACIENTES REMITIDOS PARA CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIONES INTERAURICULARES [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: www.uco.es/publicaciones
4. Prof. Dr AADBE. Cierre quirúrgico de comunicación interauricular en pacientes mayores de 40 años de edad: Efecto sobre la función cardíaca y resultados clínicos generales [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v11n1/2078-7170-cs-11-01-46.pdf>
5. Arbeláez Eslait SA, Esmeral Atehortúa KK, Peluffo Vergara S. Comunicación Interauricular. Pediatría (Santiago) [Internet]. 2020 Sep 30 [cited 2021 Jun 1];53(3):115–9. Available from: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/157>
6. Juan Tamargo; Eva Delpón. La función de bomba del corazón | Fisiología humana, 4e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1858§ionid=134366501>
7. El aparato cardiocirculatorio, UNIDAD 8 [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. p. 116–32. Available from: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175905.pdf>
8. Conejo DL. 4 DEFECTOS SEPTALES AURICULARES.
9. defectos del tabique interatrial | Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/descriptores/defectos-del-tabique-interatrial/>

10. Federación Española de Enfermedades Raras [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://enfermedades-raras.org/index.php/component/content/article?id=789>
11. Yamilet, Corona Carnero, Al. Raúl Ernesto Pérez Corona IAL, Delgado III YF. Asociación de defectos cardíacos con síndromes genéticos y su utilidad en el diagnóstico prenatal [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog181o.pdf>
12. Dr. Luis M. de la Torre Fonseca¹ DSHP y DLA, Sifontes E. Cor triatriatum dexter y comunicación interauricular tipo seno venoso: Una asociación infrecuente | de la Torre Fonseca | CorSalud [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/468/1255>
13. Defectos en el tabique auricular y ventricular - Salud infantil - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/defectos-cardiacos-congenitos/defectos-en-el-tabique-auricular-y-ventricular>
14. DRES. PEDRO CHIESA, CARMEN GUTIÉRREZ, JORGE TAMBASCO, PABLO CARLEVARO AC. Comunicación interauricular en el adulto [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v24n3/v24n3a04.pdf>
15. Aurora Fernández Ruiz, María J. del Cerro Marín, Dolores Rubio Vidal MCCG y FMG. Cierre percutáneo de la comunicación interauricular mediante dispositivo de Amplatz: resultado inicial y seguimiento a medio plazo [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13019370>
16. Vázquez García M, Gracia Calzada N, Guerrero Garicano S. CIERRE DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA) Y FORAMEN OVAL PERMEABLE (FOP).
17. Sánchez-Recaldea A, Olivera J, Galeotea G, González A, Calvo L, Jiménez-Valero S, Morena R, López-Sendón J. Comunicación interauricular con hipertensión pulmonar severa en pacientes de edad avanzada: utilidad de la oclusión transitoria con balón [cited 2021 Jun 1]. Available from <https://www.revespcardiol.org/es-comunicacion-interauricular-con-hipertension-pulmonar-articulo-13152516>

ANEXOS

TABLA 1

Estadísticos			
EDAD	N	Válido	70
		Perdidos	0
	Media		24,04
	Mediana		14,50
	Moda		1
	Desv. Desviación		24,620
	Mínimo		1
	Máximo		80

TABLA 2

GRUPOS DE EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 A 17 AÑOS	38	54,3	54,3	54,3
	18 A 35 AÑOS	9	12,9	12,9	67,1
	36 A 80 AÑOS	23	32,9	32,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 2

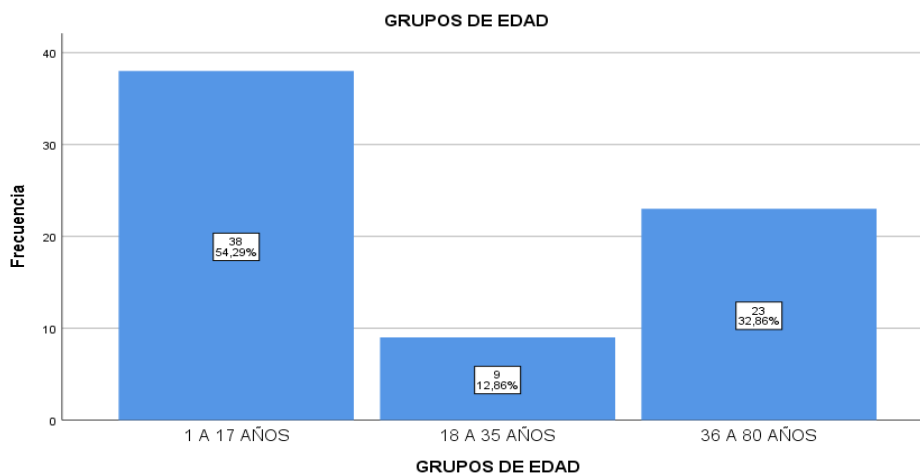


TABLA 3

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	25	35,7	35,7	35,7
	MASCULINO	45	64,3	64,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 3

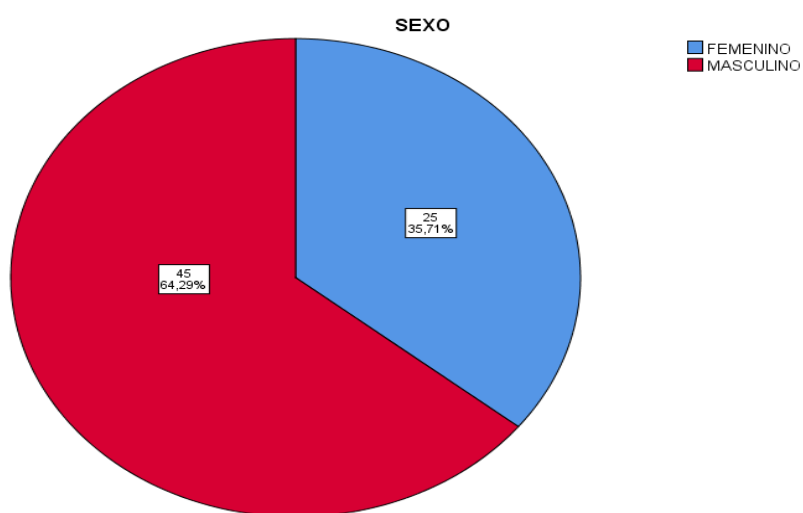


TABLA 4

		SINTOMATOLOGIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANGINA INESTABLE	9	12,9	12,9	12,9
	BRADICARDIA	3	4,3	4,3	17,1
	TAQUIPNEA	7	10,0	10,0	27,1
	SOPLO CARDIACO	28	40,0	40,0	67,1
	DISNEA, TAQUIPNEA	9	12,9	12,9	80,0
	DISNEA	10	14,3	14,3	94,3
	DISNEA, PALPITACIONES	4	5,7	5,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 4

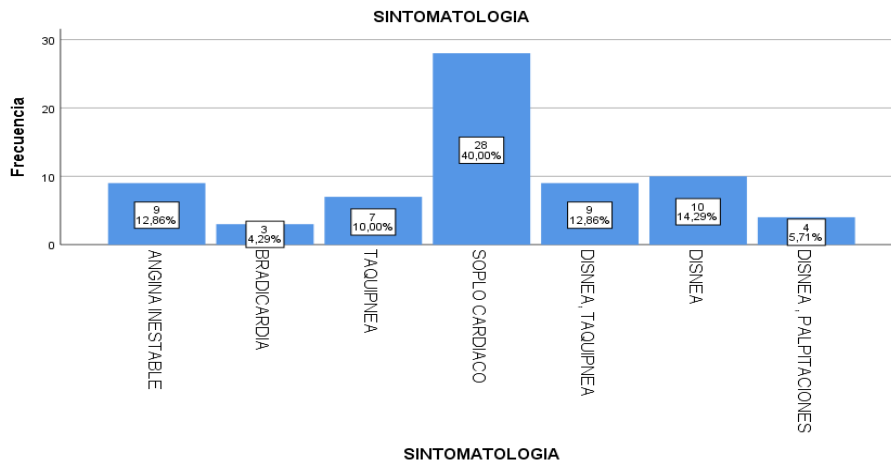


TABLA 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EXPECTANTE	24	34,3	34,3	34,3
	ENDOVASCULAR	17	24,3	24,3	58,6
	QUIRÚRGICO	14	20,0	20,0	78,6
	MIXTO	15	21,4	21,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 5

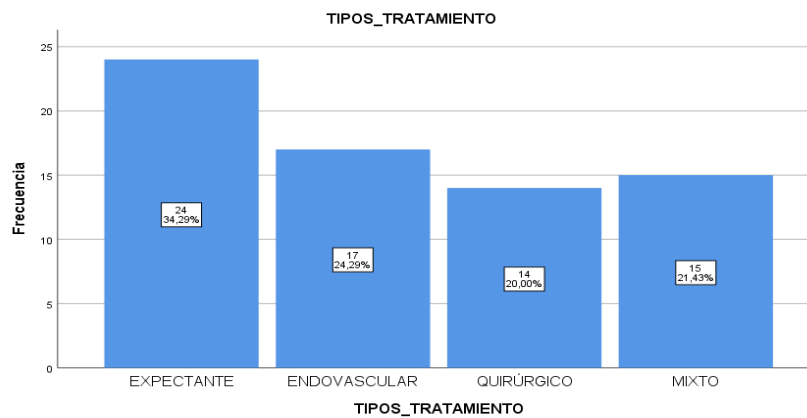


TABLA 6

TIPOS DE COMUNICACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	OSTIUM PRIMUM	5	7,1	7,1	7,1
	OSTIUM SECUNDUM	20	28,6	28,6	35,7
	TIPO SENOVENOSO	12	17,1	17,1	52,9
	TIPO FORAMEN OVAL	30	42,9	42,9	95,7
	CIV/CIA	3	4,3	4,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 6

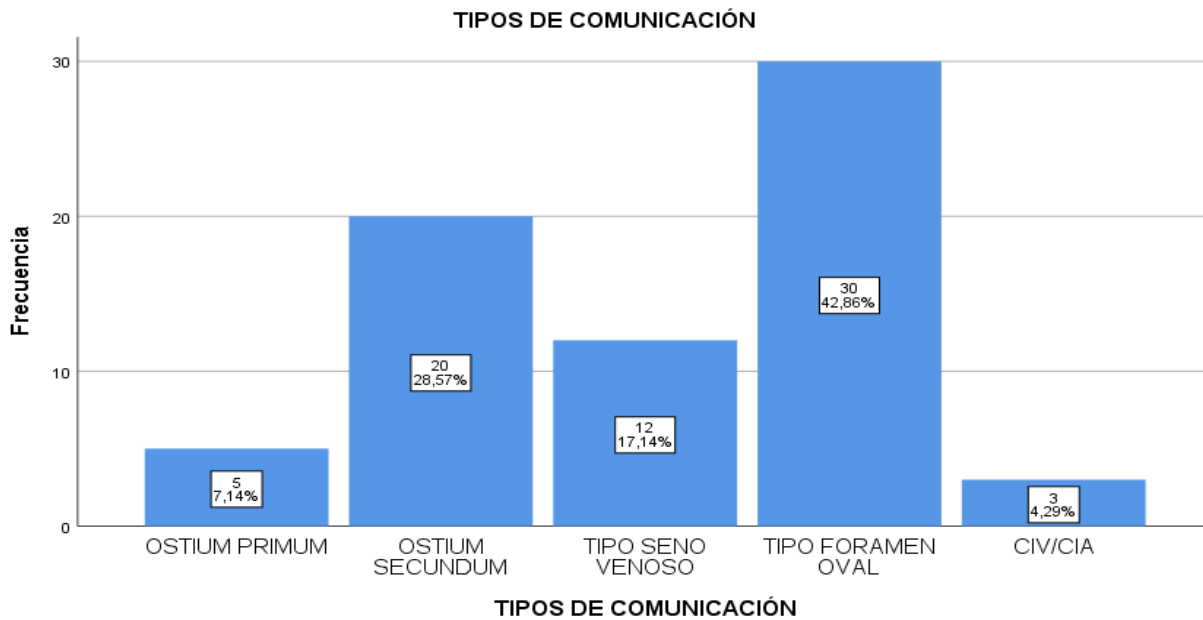


TABLA 7

		COMORBILIDADES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8	11,4	11,4	11,4
	DIABETES MELLITUS	4	5,7	5,7	17,1
	HIPERTENSIÓN + DIABETES	6	8,6	8,6	25,7
	INSUFICIENCIA CARDIACA	2	2,9	2,9	28,6
	HIPERTENSIÓN + DISLIPIDEMIA	1	1,4	1,4	30,0
	SIN COMORBILIDAD	49	70,0	70,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRÁFICO 7

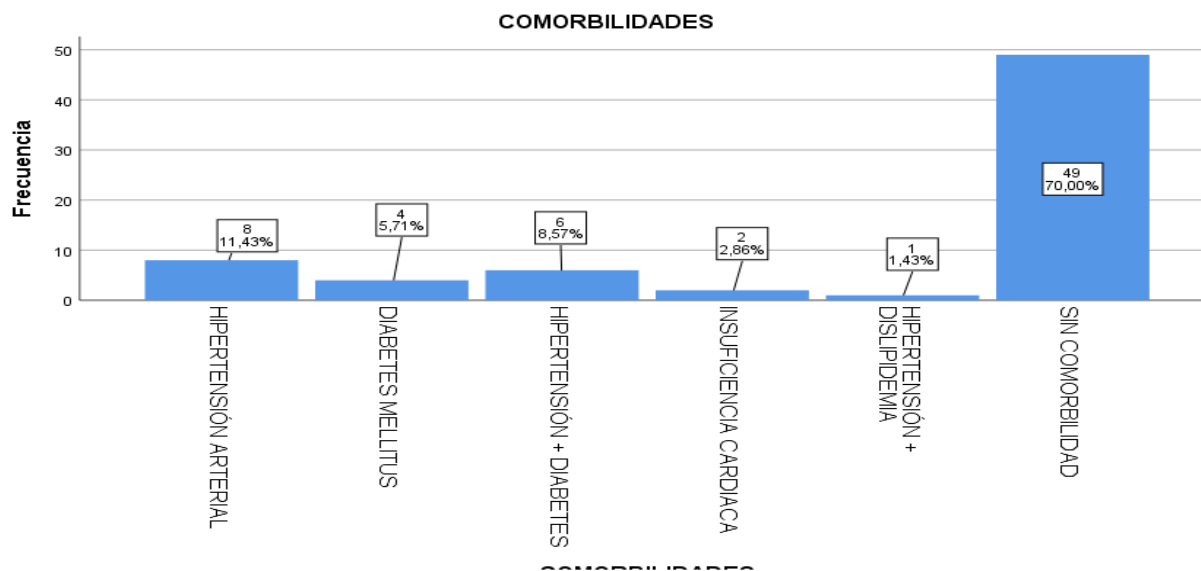


TABLA 8

Tabla cruzada GRUPOS DE EDAD*SINTOMATOLOGIA

Recuento

GRUPOS DE EDAD	SINTOMATOLOGIA							Total
	ANGINA INESTABLE	BRADICARDIA	TAQUIPNEA	SOPLO CARDIACO	DISNEA, TAQUIPNEA	DISNEA	DISNEA , PALPITACIONES	
1 A 17 AÑOS	0	0	6	28	2	1	1	38
18 A 35 AÑOS	6	0	1	0	1	1	0	9
36 A 80 AÑOS	3	3	0	0	6	8	3	23
Total	9	3	7	28	9	10	4	70

GRÁFICO 8

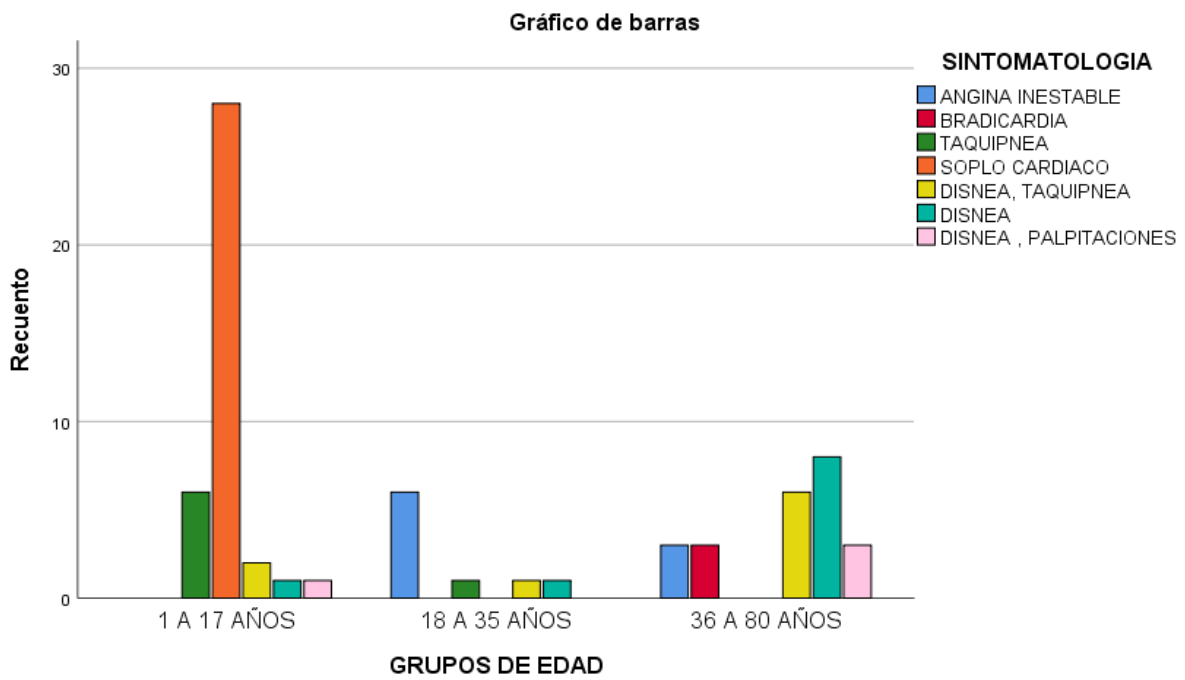


TABLA 9

Tabla cruzada SEXO *SINTOMATOLOGIA

Recuento

		SINTOMATOLOGIA						Total	
		ANGINA INESTABLE	BRADICARDIA	TAQUIPNEA	SOPLO CARDIACO	DISNEA, TAQUIPNEA	DISNEA , PALPITACIONES		
SEXO	FEMENINO	4	2	2	10	4	3	0	25
	MASCULINO	5	1	5	18	5	7	4	45
Total		9	3	7	28	9	10	4	70

GRÁFICO 9

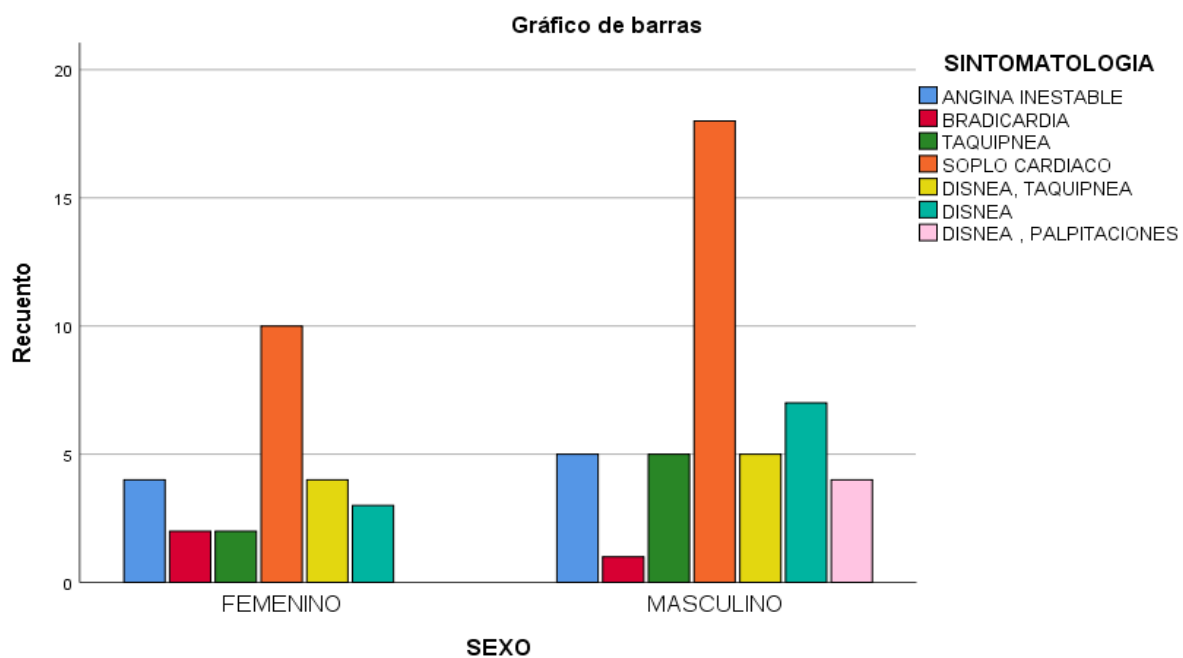


TABLA 10

Tabla cruzada TIPOS DE COMUNICACIÓN*SINTOMATOLOGIA

Recuento

		SINTOMATOLOGIA							Total
		ANGINA INESTABLE	BRADICARDIA	TAQUIPNEA	SOPLO CARDIACO	DISNEA, TAQUIPNEA	DISNEA	DISNEA , PALPITACIONES	
TIPOS DE COMUNICACIÓN	OSTIUM PRIMUM	0	0	1	4	0	0	0	5
	OSTIUM SECUNDUM	4	0	2	3	6	4	1	20
	TIPO SENO VENOSO	5	1	1	3	1	0	1	12
	TIPO FORAMEN OVAL	0	2	3	18	1	4	2	30
	CIV/CIA	0	0	0	0	1	2	0	3
Total		9	3	7	28	9	10	4	70

GRÁFICO 10

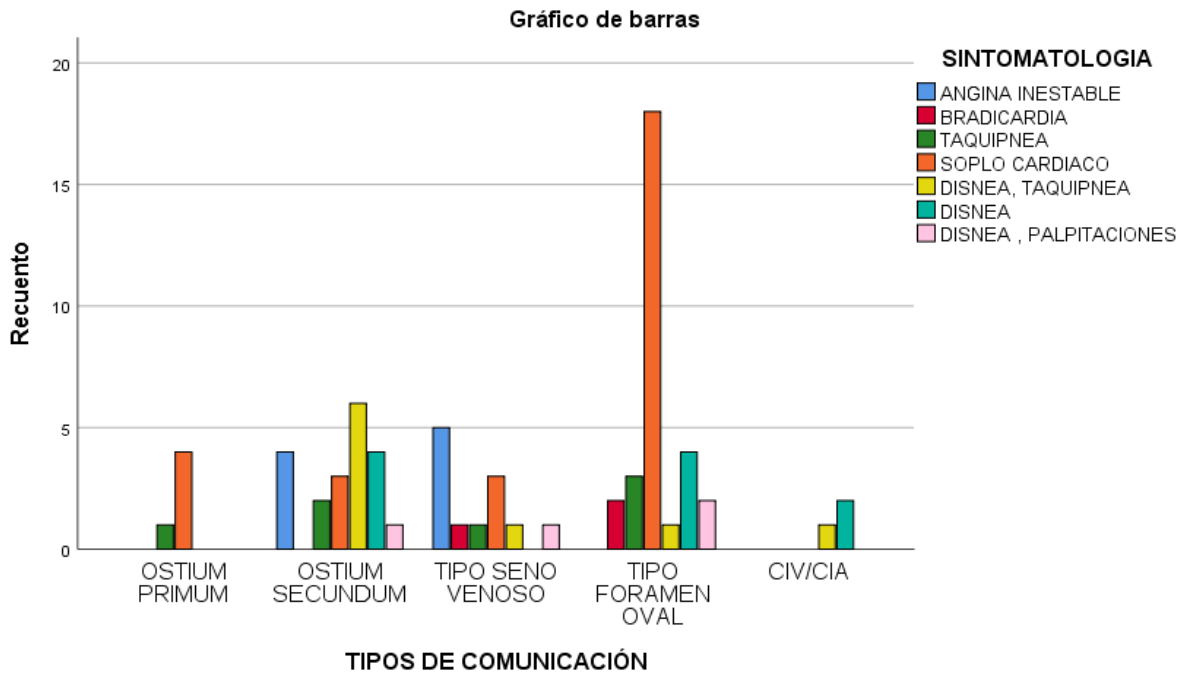


TABLA 11

Tabla cruzada TIPOS_TRATAMIENTO *TIPOS DE COMUNICACIÓN

Recuento		TIPOS DE COMUNICACIÓN					Total
TIPOS_TRATAMIENTO		OSTIUM PRIMUM	OSTIUM SECUNDUM	TIPO SENO VENOSO	TIPO FORAMEN OVAL	CIV/CIA	
	EXPECTANTE	4	4	3	13	0	24
	ENDOVASCULAR	1	4	3	9	0	17
	QUIRÚRGICO	0	4	4	6	0	14
	MIXTO	0	8	2	2	3	15
Total		5	20	12	30	3	70

GRÁFICO 11

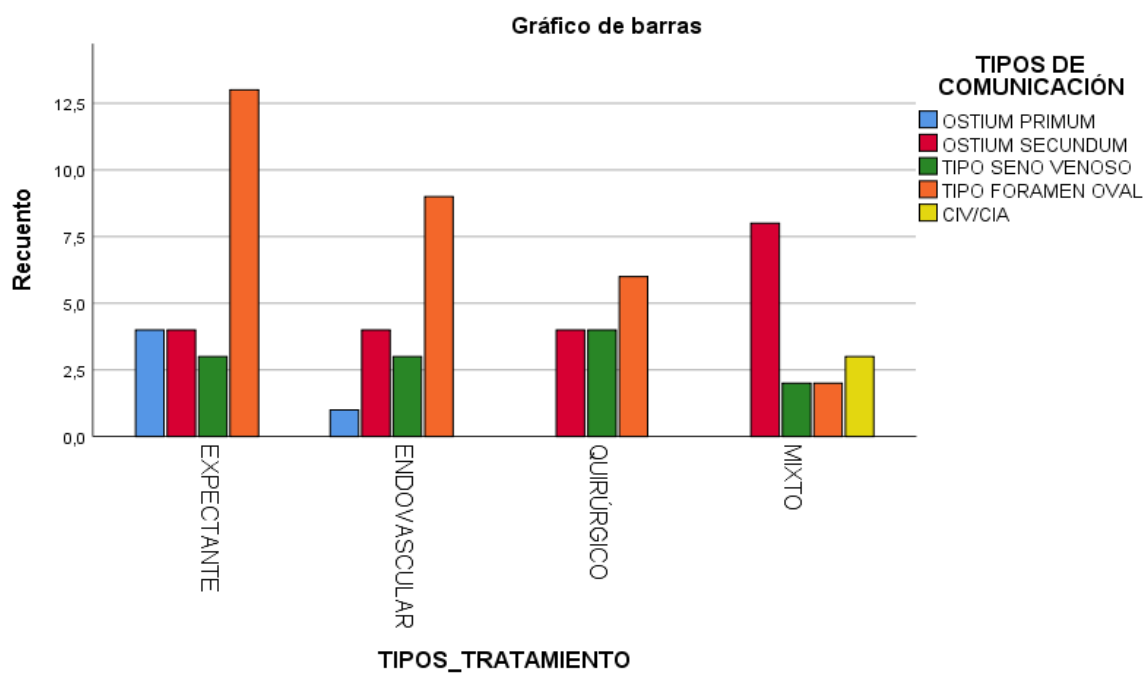


TABLA 12

Tabla cruzada TIPOS_TRATAMIENTO *COMORBILIDADES

Recuento

TIPOS_TRATAMIENTO		COMORBILIDADES					Sin Comorbilidad	Total
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN + DIABETES	INSUFICIENCIA CARDIACA	HIPERTENSIÓN + DISLIPIDEMIA		
EXPECTANTE		0	0	0	0	0	24	24
ENDOVASCULAR		3	0	5	2	0	7	17
QUIRÚRGICO		1	2	0	0	0	11	14
MIXTO		4	2	1	0	1	7	15
Total		8	4	6	2	1	49	70

GRÁFICO 12

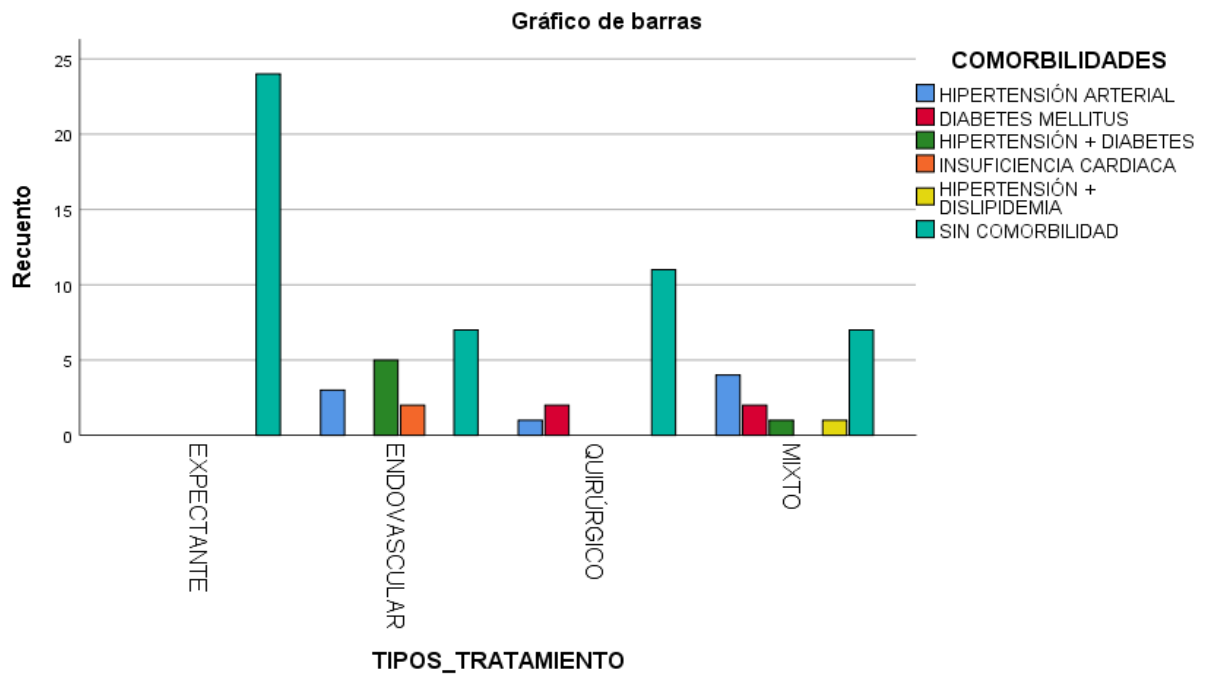


TABLA 13

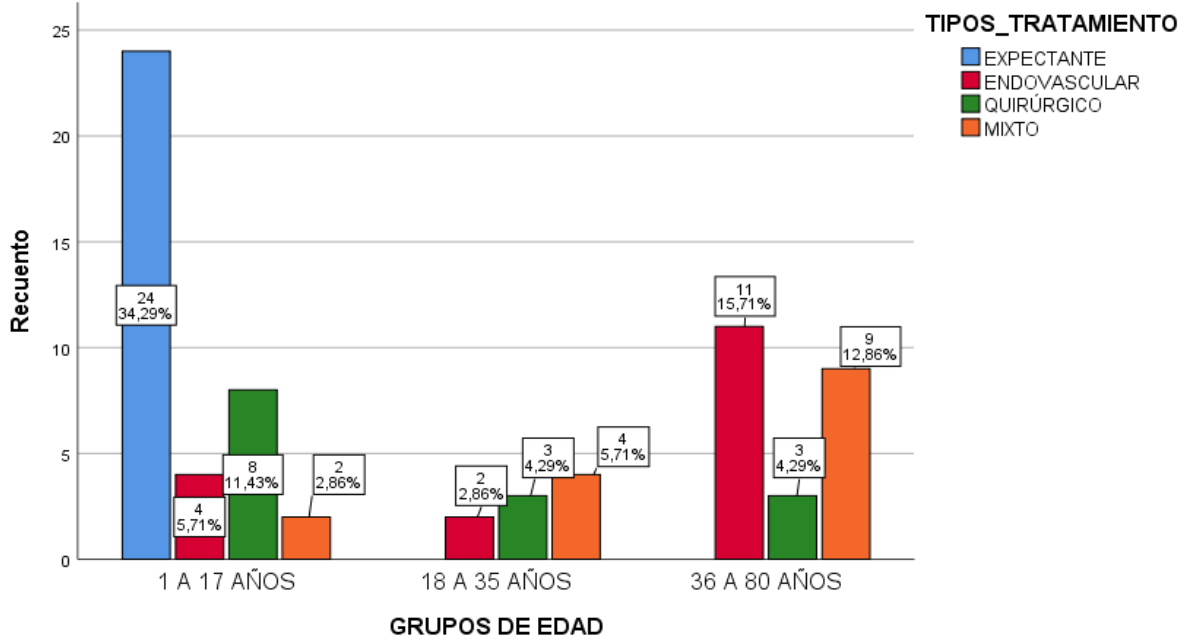
Tabla cruzada GRUPOS DE EDAD*TIPOS_TRATAMIENTO

Recuento

GRUPOS DE EDAD	TIPOS_TRATAMIENTO				Total
	EXPECTANTE	ENDOVASCULAR	QUIRÚRGICO	MIXTO	
1 A 17 AÑOS	24	4	8	2	38
18 A 35 AÑOS	0	2	3	4	9
36 A 80 AÑOS	0	11	3	9	23
Total	24	17	14	15	70

GRÁFICO 13

Gráfico de barras





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Suárez Monroy Gabriela Annabel**, con C.C: # **0919778803** autor/a del trabajo de titulación **Evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología del hospital clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta octubre 2020**, previo a la obtención del título de **MÉDICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 agosto del 2021

f. _____

Nombre: **Suárez Monroy Gabriela Annabel**

C.C: **0919778803**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pincay Del Valle Joel Ignacio**, con C.C: # **0930803093** autor/a del trabajo de titulación **Evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología del hospital clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta octubre 2020**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 agosto de 2021

f. 

Nombre: **Pincay Del Valle Joel Ignacio**

C.C: **0930803093**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evolución clínica de los pacientes con comunicación interauricular en el área de cardiología del hospital clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta octubre 2020		
AUTOR(ES)	Gabriela Annabel Suárez Monroy; Joel Ignacio Pincay Del Valle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luis Alfonso León Calderón		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de agosto del 2021	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cardiología, Medicina Interna, Pediatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Comunicación interauricular, evolución clínica, tratamiento endovascular, tratamiento quirúrgico.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La comunicación interauricular corresponde a un defecto del septum interatrial, donde se establece una comunicación directa entre ambas cámaras auriculares realizando cortocircuitos de izquierda a derecha y sobrecargar de volumen a las aurículas con el ventrículo derecho. El objetivo del estudio consiste en caracterizar la sintomatología de los pacientes con comunicaciones interauriculares mediante el estudio de las historias clínicas en el Hospital Clínica Alcívar durante el periodo comprendido desde enero 2016 hasta diciembre 2020. El tipo de investigación empleado fue Observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Nuestra muestra está formada por 70 pacientes, las cuales hemos dividido en 3 grupos de rangos de edades: de 1 a 17 años con un porcentaje de 54.29%, de 18 a 35 años con 12.86% y de 36 a 80 años con 32.86%. La edad media fue de 24 años, una moda de 1, una mediana de 14,50 y una desviación estándar de 24 con un mínimo de 1 y un máximo de 80. La prevalencia representa del 10 al 15% de las cardiopatías congénitas en la etapa adulta pero se encuentra con mayor frecuencia durante la etapa pediátrica hasta la adolescencia. La incidencia corresponde entre 5 a 6 casos por cada 10000 nacidos vivos y es más frecuente en el sexo masculino. En conclusión, el síntoma más frecuente fue el soplo cardíaco relacionado con el tipo foramen oval presente en ambos sexos y cuyo tratamiento más frecuente realizado fue el expectante sin asociación con las comorbilidades.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0981658972 - 0959575404	E-mail: anagabu14@hotmail.com joelpdelvalle@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr Luis Alfonso León Calderón		
	Teléfono: +593-994900614		
	E-mail: drluisleon58@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			