

CO3

89. PERFIL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO PREVIO

Blázquez González JA, González Santos JM, López Rodríguez J, Dalmau Sorlí MJ, Bueno Codoñer M
Hospital Clínico Universitario, Salamanca

Objetivos: el antecedente de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) previo es cada vez más frecuente entre los pacientes que precisan cirugía de revascularización miocárdica.

Analizamos el perfil de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica quirúrgica tras ICP inicialmente efectivo en nuestra institución.

Material y métodos: desde octubre de 1999, el 3,5% (48/1.365) de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica aislada presentaba el antecedente de ICP inicialmente efectivo (edad media 65 ± 12 años; EuroSCORE logístico $5,4 \pm 6,7$). La intervención quirúrgica se realizó con carácter de urgencia en 6 pacientes (12,5%). El número medio de anastomosis realizadas fue $2,75 \pm 1$. Se empleó la arteria mamaria interna izquierda en el 91,7% (44/48) de los casos, la arteria mamaria interna derecha en el 22,9% (11/48) y la arteria radial izquierda en el 29,2% (14/48).

Resultados: el tiempo medio entre el ICP y la cirugía de revascularización miocárdica fue 27 ± 40 meses. El 79,2% (38/48) de los pacientes presentaba un único ICP previo. La necesidad de revascularización miocárdica quirúrgica fue determinada por oclusión/reestenosis del *stent* en el 62,5% (30/48) de los casos.

La mortalidad hospitalaria registrada fue 6,3% (IC 95%: 1,3-17,2%) y la mortalidad ajustada al riesgo 1,17 (IC 95%: 0,89-1,49). El empleo de balón de contrapulsación intraaórtica (BCIA) preoperatorio ($p = 0,015$), el tiempo de circulación extracorpórea (CEC) ($p = 0,006$), y el *shock* cardiogénico postoperatorio ($p = 0,003$) fueron determinantes de la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: la oclusión/reestenosis del *stent* es la principal causa de indicación de revascularización miocárdica quirúrgica tras ICP inicialmente efectivo. La mortalidad hospitalaria observada no difiere de la esperada en los pacientes con ICP previo.

CO4

198. EXTUBACIÓN INMEDIATA TRAS CIRUGÍA DE AORTA ASCENDENTE

Arnaldo JA, Estigarribia J, Ysasi A, Herrero E, Llorens R
Hospital Hospiten Rambla, Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: los protocolos de *fast-track* en cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (CEC) son ampliamente utilizados en muchos centros. Sin embargo, no hemos encontrado nada publicado al respecto en la cirugía de la aorta ascendente. Este estudio analiza de forma retrospectiva la viabilidad y la seguridad de la extubación inmediata tras cirugía de la raíz aórtica, de la aorta ascendente o del cayado aórtico.

Material y métodos: se aplicaron los protocolos de ultra *fast-track* que diariamente empleamos en la cirugía coronaria sin bomba en aquellos pacientes programados para cirugía de la aorta ascendente. Desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009, 54 pacientes consecutivos no seleccionados fueron intervenidos de cirugía de sustitución de la raíz aórtica, de la aorta ascendente o del cayado, con la intención en todos ellos de ser extubados en el quirófano. En veinte de ellos (37%) se realizó parada cardiocirculatoria con hipotermia moderada (28°C) y perfusión cerebral anterógrada. Once (24,4%) presentaban cirugía cardíaca previa. El EuroSCORE estándar medio era de 7,5 (rango 5-12).

Resultados: se logró extubar en el quirófano dentro de los primeros 15 min tras el cierre de la piel a 51 pacientes (94,4%). Tres de estos pacientes (5,88%) fueron reintubados dentro de las primeras 24 h, todos ellos debido a reintervención por sangrado excesivo. La mortalidad hospitalaria fue del 1,8% en un paciente debido a un cuadro de isquemia intestinal. No se observaron complicaciones respiratorias. La estancia media en unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 26,5 h (rango 16-72 h). Las causas de fallo en la extubación inmediata o de reintubación fueron la inestabilidad hemodinámica y el ritmo elevado de sangrado en el momento del cierre esternal. El uso de parada cardiocirculatoria no fue un predictor significativo de ventilación mecánica prolongada.

Conclusiones: la extubación inmediata en pacientes sometidos a cirugía de aorta ascendente es viable y segura, incluso en pacientes intervenidos con parada cardiocirculatoria. La necesidad de reintubación es rara, y está relacionada con el sangrado. Facilita la deambulación precoz y disminuye el tiempo de estancia en UCI.