

P29

92. DESARROLLO Y RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA CARDÍACA ROBÓTICA. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Borrego Domínguez JM, Hernández Fernández A, Gutiérrez Carretero E, Adsuar A, Bertomeu Cornejo M, Bibiloni Lage I, Ruiz Solano E, Luis Navarro JC, Eslava M.^ªJ, Romero Rodríguez N
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos: a principios de 2008 nuestro servicio se incorporó a un estudio cuyo objetivo era la evaluación de efectividad y seguridad de la cirugía cardíaca robótica (Da Vinci) e inició el diseño e implementación de un programa de cirugía cardíaca asistida por Da Vinci en nuestro Hospital.

Metodología y resultados: se presentan 11 procedimientos de cirugía cardíaca asistida por Da Vinci realizados en nuestro hospital siguiendo un programa de entrenamiento previamente diseñado: cinco casos de sustitución valvular mitral (SVM), cuatro de cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (CEC) y dos cierres de comunicación interauricular (CIA). En los casos de cirugía con CEC ésta se realizó periféricamente y el clampaje aórtico mediante *clamp* transtorácico. La cirugía se realizó mediante dos puertos para los brazos del robot y una minitoracotomía anterolateral derecha que se utilizó como tercer puerto para la cámara y puerto de trabajo para introducción de prótesis mitral y anudado de hilos. En la SVM no hubo ningún caso de reconversión ni otras complicaciones

mayores asociadas al procedimiento mínimamente invasivo. Los tiempos de CEC (187,56 min) y de anoxia ($113,56 \pm 35$ min) han sido más largos de lo habitual en cirugía convencional. Los dos cierres de CIA se completaron con éxito mediante este procedimiento robótico sin incidencias aunque con mayores tiempos operatorios. En el caso de la cirugía coronaria sin CEC hemos completado la primera fase del proyecto de entrenamiento diseñado, la disección robótica de la arteria mamaria izquierda (AMI) para después continuar con la anastomosis manual de la AMI a ADA sin CEC.

Conclusiones: la cirugía cardíaca asistida por Da Vinci puede facilitar los procedimientos mínimamente invasivos, siendo segura y de similares resultados a la convencional. Es fundamental diseñar un programa de entrenamiento por fases para su desarrollo y una adecuada selección de los pacientes para la curva de aprendizaje. Con esto se consigue que, aunque con tiempos operatorios mayores, no presente aumento de la morbimortalidad frente a las técnicas consolidadas.

P30

94. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDÍACA

Rodríguez Lecoq R, Torrents A, Berastegui E, Castro MA, García A, Gracia JM, Peris X, Ríos R, Sureda C, Igual A
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: la cirugía cardíaca ha logrado en los últimos años optimizar sus resultados gracias a mejoras técnicas, tecnológicas y tácticas. Analizamos dicha evolución.

Material y métodos: revisamos nuestra mortalidad de los últimos 20 años analizando las causas de muerte, el tipo de cirugía y las comorbilidades previas.

Resultados: a lo largo de estos años la mortalidad ha disminuido drásticamente desde el 14,4% en 1990 a un 5,4% en 2009 (coronarios 2%, valvulares 4,5%, congénitos 0% y miscelánea 16,4%).

La edad media de los pacientes intervenidos a inicios de la década de 1990 era de 56 años, siendo en la actualidad de 71 años, con un EuroSCORE medio de 6,8.

La mortalidad de origen cardíaco en 1992 fue del 76%, en 2009 del 44%.

La edad media del grupo de fallecidos, en 2009, ha sido de 71 años, siendo la enfermedad valvular la predominante en este grupo (65%) seguido de la coronaria (16%).

Las causas más frecuentes de muerte fueron: fracaso multiorgánico (29%), sepsis (15%), neurológica (7%) e insuficiencia respiratoria (4%). El EuroSCORE medio de este grupo era del 24,8.

Conclusiones: la mortalidad relacionada con la cardiopatía de base ha experimentado una importante reducción. Las mejores técnicas, la mayor estabilidad clínica con la que el paciente coronario llega a la cirugía, así como una cirugía más precoz en el paciente valvular, han permitido intervenir con buenos resultados pacientes antaño rechazados por su comorbilidad.

El sesgo en la cardiopatía ha cedido al sesgo en la comorbilidad.

Serán necesarias escalas de riesgo más discriminatorias y la optimización de las terapias para la prevención y el tratamiento de la comorbilidad pre y postoperatoria, para seguir reduciendo la mortalidad en cirugía cardíaca.