

CO1

190. EXTUBACIÓN EN EL QUIRÓFANO COMO RUTINA TRAS CIRUGÍA CARDÍACA: 500 CASOS CONSECUTIVOS

Ysasi A, Albors J, Estigarribia J, Hernández S, Permanyer E, Herrero E, Llorens R
Hospital Hospiten Rambla, Tenerife

Objetivos: existen distintos protocolos de *fast-track* que persiguen la extubación del paciente en el quirófano y una mínima estancia en unidad de vigilancia intensiva (UVI). Este estudio analiza de forma retrospectiva la viabilidad y la seguridad de la extubación inmediata tras cirugía cardíaca.

Material y métodos: se analizan 502 pacientes consecutivos no seleccionados intervenidos de cirugía cardíaca desde septiembre de 2009 a octubre de 2010, con la intención en todos ellos de ser extubados en el quirófano. Para ello se empleó un protocolo anestésico basado en el uso de agentes de vida media ultracorta. La edad media fue de 64,7 años (rango 25-88 años), siendo 170 de ellos mujeres. El EuroSCORE logístico medio era de 8,17 (rango 0,88-66,6).

Resultados: se logró extubar en el quirófano dentro de los primeros 15 min tras el cierre de la piel a 485 pacientes

(96,6%). Como factores predictores significativos de fallo en la extubación o necesidad de reintubación se identificaron la ventilación mecánica previa, el tiempo de circulación extracorpórea (CEC), la disfunción renal preoperatoria y la necesidad de nitratos endovenosos antes de la cirugía. La mortalidad hospitalaria fue del 5,8%. La estancia media en unidad de cuidados intensivos (UCI) fue 2,6 días (rango 1-74 días). La estancia hospitalaria media fue de 9,9 días (rango 3-78 días).

Conclusiones: la extubación en el quirófano de forma rutinaria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca es viable y segura. La necesidad de reintubación o reingreso en UCI es baja. Contribuye a la recuperación precoz del paciente y disminuye los tiempos de estancia y consumo de recursos hospitalarios.

CO2

320. LA INSUFICIENCIA RENAL COMO PREDICTOR DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Garcés Z, Villagrán E, Montes L, Ayaón A, Maroto L, Alswies A, Carnero M, Rodríguez JE
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos: analizar el impacto de la insuficiencia renal (IR) moderada-grave en el seguimiento tras la revascularización coronaria sin circulación extracorpórea (OPCABG).

Material y métodos: se definió la IR moderada-grave como un volumen de filtrado glomerular (VFG) (fórmula MDMR) igual o inferior a 60 ml/min/1,73 m². Se evaluaron de forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a OPCABG entre enero de 2005 y diciembre de 2009 en nuestro centro, y fueron divididos en dos grupos según su VFG: a) superior a 60 ml/min/1,73 m², y b) igual o inferior a 60 ml/min/1,73 m². Se analizó la supervivencia absoluta y libre del evento combinado (MACE) muerte + infarto miocárdico + reintervención coronaria en los dos grupos mediante Kaplan-Meier (*log-rank test*), y el riesgo de eventos mediante análisis de riesgos proporcionados de Cox ajustado por un *propensity score* (con las variables distribuidas asimétricamente en los dos grupos).

Resultados: mil veinte pacientes fueron incluidos; 341 (33,4%) tenían un VFG igual o inferior a 60 ml/min/1,73 m² (grupo II). Tiempo mediano de seguimiento: 33,7 meses (*interquartile range* [IQR] 18,1-49,8). La supervivencia absoluta (Fig. 1) y libre de MACE (Fig. 2) a 5 años fue mayor en el grupo I (93 vs 72%; p < 0,001; y 80 vs 51%; p < 0,001, respectivamente). Al ajustar por los posibles confundidores, VFG igual o inferior a 60 ml/min/1,73 m² empeoró la

supervivencia absoluta (*hazard ratio* [HR]: 1.791; intervalo de confianza [IC] 95%: 1.169-2.744) y libre de MACE (HR: 1.614; IC 95%: 1.172-2.224). Después de ajustar dicho análisis por un *propensity score*, VFG igual o inferior a 60 ml/min/1,73 m² seguía aumentando la mortalidad (HR: 1.614; IC 95%: 1.031-2.528) y el riesgo de MACE (HR: 1.519; IC 95%: 1.088-2.121) en el seguimiento.

Conclusiones: en nuestra experiencia, la insuficiencia renal (filtrado glomerular [FG] ≤ 60 ml/min [MDMR]) incrementa la mortalidad y el riesgo de eventos cardiovasculares mayores a medio plazo después de una cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea.

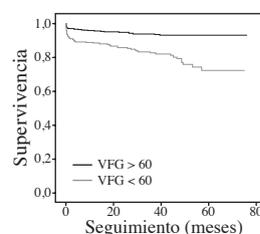


Figura 1.

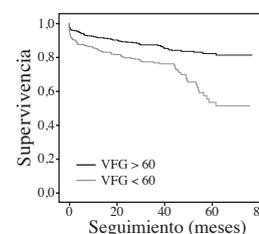


Figura 2.