

CO11

283. TERAPIA CELULAR DURANTE LA REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Maroto L, Di Stefano S, Arnold R, Revilla A, Arroyo J, Valenzuela H, Laguna G, Pareja P, Echevarría JR, Arce N, Flórez S, Carrascal Y, Fulquet E, San Román A
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

Objetivos: valorar la seguridad y la eficacia del implante de células madre mononucleadas autólogas (CMMA) combinado con cirugía de revascularización coronaria en pacientes que han tenido un infarto agudo de miocardio.

Material y métodos: ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, controlado, en el que se incluirán 20 pacientes. Se han aleatorizado 14 pacientes con infarto agudo de miocardio e indicación de cirugía a tratamiento de revascularización quirúrgica e implante de CMMA en la zona periinfarto frente a cirugía aislada. Las CMMA se obtuvieron con punción de la médula ósea y centrifugación de Ficoll. Se realizó una resonancia magnética antes y 9 meses después de la cirugía.

Se recogieron 80 variables en ambos grupos.

Resultados: doce pacientes han finalizado el estudio. Ambos grupos fueron homogéneos en las características basales. No hubo complicaciones relacionadas con el implante celular. Los resultados se muestran en la tabla 1.

Se han analizado los 39 segmentos infartados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría del índice de motilidad global ni de la fracción de eyección, pero sí en la contractilidad regional (grupo Ce: $0,65 \pm 0,26$ vs grupo Co: $0,25 \pm 0,29$; $p < 0,001$).

Conclusiones: el trasplante de CMMA puede llevarse a cabo de forma segura. La mejoría en la contractilidad de los segmentos infartados es significativamente mayor con el implante de células madre.

TABLA 1

	Grupo control (Co)	Grupo células (Ce)	p
Incremento FEVI (%)	13,33	12,25	0,79
Descenso índice de motilidad global	0,0025	0,2375	0,23
Descenso índice de motilidad área infartada	0,25	0,65	< 0,001

CO12

88. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DEL IMPACTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREOPERATORIA SOBRE EL DESARROLLO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA CORONARIA AISLADA

Grupo de Trabajo de Arritmias de la SECTCV. En representación: Martín E, Hornero F

Objetivos: estudiar el impacto de la fibrilación auricular (FA) preoperatoria en el desarrollo de accidente cerebrovascular (ACV) postoperatorio en cirugía coronaria aislada (CCA).

Métodos: pacientes consecutivos sometidos a CCA en 16 hospitales españoles. Variables preoperatorias (edad, sexo, diabetes, hipertensión arterial [HTA], ACV, enfermedad arterial periférica [EAP], FA y tipo, insuficiencia renal crónica [IRC] y/o creatinemia ≥ 2 mg/dl, insuficiencia cardíaca congestiva [ICC] y/o fracción de eyección $\leq 40\%$, prioridad urgente/emergente de la cirugía), intraoperatorias (CCA con/sin CEC) y ACV postoperatorio inmediato. Excluidos casos con igual o más de una variable/s incompleta/s. Análisis uni y multivariante.

Resultados: veinte mil novecientos ochenta pacientes incluidos. FA preoperatoria en el 3,92%. La FA paroxística representó 30,67% de los casos. En el análisis univariante, la FA se asoció con una tasa aumentada de ACV postoperatorio

(2,43 vs 1,29%; $p = 0,006$), aunque en el análisis multivariante no mantuvo la significación estadística. Los factores relacionados de forma independiente con el desarrollo de ACV postoperatorio fueron: ICC, EAP, IRC, cirugía urgente/emergente, ACV previo, CCA con CEC; $p < 0,05$. De ellos, la ICC (26,85 vs 15,35%), EAP (21,14 vs 14,76%), IRC (28,31 vs 8,62%), cirugía urgente/emergente (11,17 vs 8,22%), ACV previo (9,23 vs 5,64%) se asociaron con mayor frecuencia de FA; $p < 0,05$. El desarrollo de ACV postoperatorio presentó tasas superiores cuando en presencia de los factores de riesgo ICC (4,98 vs 4,04%), EAP (4,59 vs 2,96%), cirugía urgente/emergente (5,43 vs 3,68%), los pacientes presentaron FA asociada; $p < 0,0001$.

Conclusiones: la FA en CCA se comporta como marcador de riesgo de desarrollo de ACV postoperatorio inmediato al estar asociada con estadios más avanzados de cardiopatía/morbilidad.