

CO19

106. INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO PREVIO A CIRUGÍA CORONARIA EN PACIENTES DIABÉTICOS: ¿MAYOR MORTALIDAD?

Sánchez Domínguez E, Cid Cumplido M, Villegas del Ojo J, Ullah Khan I, Said Tarhini I, González Rodríguez JR, Pineda Correa T, Moreno Millán E, González de Diego JF
Hospital Infanta Cristina, Madrid

Objetivos: analizar si existe mayor mortalidad hospitalaria en pacientes diabéticos intervenidos de cirugía de revascularización coronaria (CRC) con historia de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) (grupo I) frente a los que no tienen antecedentes de ICP (grupo II).

Material y método: estudio observacional retrospectivo. Muestra: población española, diabética, intervenida de CRC, recogida en la base de datos del Ministerio de Sanidad entre 1997-2007. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar y se compararon mediante t de Student. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y se compararon con χ^2 . Las diferencias en mortalidad hospitalaria se valoraron mediante regresión logística multivariable. Significación $p < 0,05$.

Resultados: el estudio se realizó sobre 19.303 casos, de los que 947 (5%) tenían historia de ICP. Edad media: $64,56 \pm 8,93$ en grupo I y $65,92 \pm 8,69$ años en grupo II ($p < 0,001$); estancia hospitalaria global: $21,78 \pm 17,71$ y

$21,39 \pm 17,21$ días ($p = 0,49$); ingreso urgente: 40,3 y 39,9% ($p = 0,78$); cirugía urgente: 1,5 y 1,9% ($p = 0,35$); hipertensión arterial: 60,5 y 58,5% ($p = 0,22$); tabaquismo: 32,7 y 30,6% ($p = 0,17$); EPOC: 1,3 y 1,5% ($p = 0,56$); insuficiencia renal crónica: 2,0 y 3,1% ($p = 0,051$); enfermedad vascular periférica: 9,0 y 9,3% ($p = 0,76$); shock cardiogénico: 1,6 y 2,0% ($p = 0,37$); dislipemia: 51,0 y 43,0% ($p < 0,001$); infarto agudo de miocardio (IAM) antiguo: 35,0 y 19,4% ($p < 0,001$); fibrilación auricular: 10,0 y 13,6% ($p = 0,002$); insuficiencia cardíaca: 3,9 y 7,2% ($p < 0,001$); enfermedad cerebrovascular: 2,9 y 4,6% ($p = 0,011$) e IAM en ingreso: 13,0 y 18,9% ($p < 0,001$).

En el análisis multivariable el ICP previo no fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria (*odds ratio* [OR]: 0,80; IC 95%: 0,56-1,15; $p = 0,24$).

Conclusiones: el ICP previo no es un factor de riesgo independiente de mortalidad hospitalaria en diabéticos intervenidos de CRC.

CO20

206. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL ESQUELETO MITROAÓRTICO EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA ACTIVA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Sartor L, Sánchez Pérez R, Ramírez Valdiris U, Hurtado A, González Villegas E, Razzo O, Mesa JM
Hospital La Paz, Madrid

Introducción y objetivos: la cirugía en la endocarditis infecciosa activa, con múltiples abscesos y destrucción del cuerpo fibroso intervalvular, representa una cirugía de alta exigencia técnica y de difícil manejo postoperatorio. Presentamos nuestra experiencia con una técnica de resección radical y reconstrucción posterior con pericardio.

Pacientes y métodos: dieciséis pacientes fueron intervenidos en los últimos 6 años con endocarditis infecciosa activa y abscesos paravalvulares que destruían la unión mitroaórtica (9 sobre prótesis y 7 sobre válvula nativa). Seis de los pacientes se intervinieron en situación de sepsis grave. El EuroSCORE medio fue de 29,9. Tras una amplia resección de los abscesos de la unión mitroaórtica se reconstruyó el cuerpo fibroso con

pericardio bovino fijado en glutaraldehído. El procedimiento se combinó con sustitución de aorta ascendente en dos pacientes.

Resultados: sólo dos pacientes fallecieron. La media de los tiempos de circulación extracorpórea y de clampaje fue de 239 y 178 min. Un paciente requirió ser reintervenido por fugas periprótesis aórtica. Tras un seguimiento medio de 32 meses y máximo de 6 años no se registraron complicaciones mayores ni recidiva del proceso infeccioso.

Conclusiones: la resección amplia de la unión mitroaórtica y la posterior reconstrucción con pericardio bovino es una técnica reproducible, con bajo índice de complicaciones y mortalidad aceptable, que minimizaría el riesgo de recidivas futuras.