

CO78

297. RESULTADOS DE LA SUSTITUCIÓN PARCIAL DEL ARCO AÓRTICO CON PERFUSIÓN DEL TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO SIN PARADA CIRCULATORIA

González Santos JM, López Rodríguez J, Dalmau Sorlí MJ, Bueno Codoñer M, Arnaiz García E, Rubia Martín C, Reta Ajo L, Díez Castro R

Hospital Clínico Universitario, Salamanca

Objetivo: analizar los resultados de la sustitución parcial del arco aórtico con una estrategia que evita la parada circulatoria con hipotermia profunda (PCHP), comparándolos con los de la cirugía convencional.

Material y métodos: se analizan 26 pacientes en los que se sustituyó el hemiarco inferior, además de la aorta ascendente y, en ocasiones, la válvula y raíz aórticas. En 14 (grupo A) se utilizó PCHP y en 12 (grupo B) se llevó a cabo, con canulación del arco distal, pinzamiento aórtico tras la salida del tronco braquiocefálico o carótida izquierda y perfusión directa del primero. Se comparan los tiempos quirúrgicos y evolución clínica con ambas técnicas utilizando métodos no paramétricos.

Resultados: los pacientes del grupo A tenían un perfil de mayor riesgo (EuroSCORE logístico 17,1 vs 8,6), aunque la

necesidad de sustituir la raíz y/o válvula aórtica fue mayor en el grupo B. En éste se redujo significativamente el tiempo de isquemia miocárdica (108 vs 137 min), la duración de la circulación extracorpórea (CEC) (145 vs 203 min), la intervención (282 vs 365 min), el tiempo de intubación (7 vs 19 h), estancia en unidad de vigilancia intensiva (UVI) (70 vs 117 h) y la hospitalización (10 vs 16 días). También se redujo la tasa de complicaciones mayores (16,7 vs 57,1%), especialmente las neurológicas (0 vs 28,7%) y el sangrado postoperatorio (1.525 vs 2.320 cc).

Conclusiones: la sustitución parcial del arco es factible sin necesidad de hacer PCHP. Esta técnica acorta los tiempos quirúrgicos y disminuye sus complicaciones, especialmente el daño neurológico y el sangrado postoperatorio.

CO79

322. PROTOCOLO DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS BAJO ASISTENCIA CARDIORRESPIRATORIA MECÁNICA DE CORTA DURACIÓN

Heredía Cambra T, Bel Mínguez AM, Doñate Bertolín L, Hernández Acuña CE, Schuler M, Torregrosa Puerta S, Pérez Guillén M, Fuset Cabanes MP, Gimeno Costa R, Margarit Calabuig J, Valera Martínez FJ

Hospital La Fe, Valencia

Objetivo: ampliar la cobertura terapéutica con asistencia cardiorrespiratoria a hospitales externos cuando se agotan las vías convencionales de tratamiento del *shock* cardiogénico o la insuficiencia respiratoria grave refractaria en el paciente crítico.

Material y métodos: desde enero de 2009 las unidades de cuidados intensivos (UCI), a través del sistema de alertas y del centro de coordinación territorial de emergencias, activan este protocolo que pone en marcha a un equipo multidisciplinario que acude al centro solicitante para implantar un sistema de asistencia cardiorrespiratoria (tipo oxigenador de membrana extracorpórea [ECMO]) en pacientes críticos sin respuesta al tratamiento convencional, con su posterior traslado al hospital de referencia donde se completará el tratamiento definitivo.

Resultados: desde su puesta en marcha hemos hecho un total de 6 trasladados, con trayectos comprendidos entre los 3-140 km de distancia. En 3 casos con asistencia venoarterial (dos con *shock* poscardiotomía y un *shock* postinfarto) y el resto con asistencia venovenosa (por síndrome de *distress* respiratorio agudo de diversa etiología). Todos los operativos se finalizaron con éxito, sin complicaciones hemorrágicas ni fallos en la asistencia. La supervivencia global fue del 50%, consiguiendo el destete en dos casos y la llegada como puente a trasplante cardíaco en otro. Todos los fallecimientos se debieron a complicaciones inherentes al proceso patológico de base.

Conclusión: en nuestra experiencia el traslado de este tipo de pacientes es complejo y arriesgado, pero factible. Con ello hemos conseguido que no se trate de un privilegio disponible sólo para pacientes ingresados en nuestro