

CO84

138. PREVENCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA CON EL AISLAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VENAS PULMONARES

Teijeira FJ, Ayala-Paredes F

Hospital: F.J. Teijeira/Canadá

Objetivos: el aislamiento quirúrgico de las venas pulmonares (AQVP) durante la revascularización coronaria puede reducir el riesgo de la fibrilación auricular (FA) postoperatoria en pacientes de riesgo.

Material y métodos: cincuenta pacientes mayores de 65 años con historia de hipertensión y/o diabetes intervenidos de cirugía de revascularización coronaria, sin FA preoperatoria, fueron aleatorizados (1:1): grupo 1, cirugía (control); grupo 2, cirugía + exclusión de orejuela izquierda + AQVP (Cardio-plate BP2). Se implantó en todos un monitor Reveal XT para monitorizar la FA a largo plazo. Todo episodio de FA de duración de 2 min o más se consideró FA postoperatoria.

Resultados: no ha habido diferencias significativas en este estudio piloto en las características basales entre los grupos 1 y 2: edad (71,6 vs 71,6; $p = 0,98$), diabetes (48 vs 40%; $p = 0,57$),

hipertensión (92 vs 40%; $p = 0,57$), b-bloqueantes (100 vs 96%; $p = 1,0$), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA) II (76 vs 68%; $p = 0,53$).

La incidencia de FA hospitalaria fue significativa: 60% en el grupo 1 y 24% en el grupo 2 ($p = 0,001$).

A los 30 días la incidencia de FA fue del 16% en el grupo 1 y 8% en el grupo 2 ($p = 0,67$). La ablación no prolongó la duración de la cirugía (grupo 1: 200,6 [$\pm 54,8$] min vs grupo 2: 201,2 [$\pm 30,3$] min; $p = 0,47$). No ha habido diferencias en días de hospitalización postoperatoria (grupo 1: 7,96 [$\pm 2,95$] vs 8,92 [$\pm 4,5$]; $p = 0,81$).

Conclusión: estos resultados preliminares justifican una validación a gran escala que podría modificar la orientación terapéutica de los pacientes intervenidos de cirugía coronaria.

CO85

314. EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRACARDÍACOS EN PACIENTES SOMETIDOS PREVIAMENTE A PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Villagrán E, Montes L, Garcés Z, Ayaon A, Carnero M, Silva J, Alswies A, Rodríguez JE

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos: descripción de una cohorte de pacientes sometidos a la implantación de algún dispositivo intracardíaco percutáneo (DCIP) que finalmente fueron intervenidos quirúrgicamente por disfunción de los mismos.

Material y métodos: se analizó de forma retrospectiva toda la cohorte de pacientes sometidos a extracción de DCIP intervenidos en nuestro centro. Se describe la muestra de pacientes y se resumen los resultados quirúrgicos.

Resultados: desde julio de 2007 - julio de 2011, 25 pacientes intervenidos tras haberse sometido al implante de algún DCIP; 18 mujeres. Edad mediana: 64 años (rango 26-90). EuroSCORE logístico preimplante de DCIP 6% *interquartile range* (IQR) (4-9%) y prequirúrgico 10% IQR (8-14%). En 8 se implantó Amplatzer para cierre de CIA: 5 quedaron con *shunt* residual importante; 2 libres en aurícula derecha (AD); 1 en ventrículo derecho (VD); 1 implante de Amplatzer para cierre de comunicación interventricular (CIV) postinfarto agudo

de miocardio (post-IAM) con fracaso terapéutico y perforación de VD. En 8 se implantó un Amplatzer para cierre de *leak* protésico mitral y 2 aórticos, quedando todos incompetentes; 1 implante de Mitraclip con desgarro del aparato subvalvular e insuficiencia mitral (IM) grave; 5 casos de implante de prótesis aórticas transapicales (TAVI) transfemoral con 3 desgarros ventriculares y 2 migraciones de la prótesis hacia ventrículo y aorta ascendente. En todos se extrajo el dispositivo y se procedió a sustitución valvular, cierre de defecto y/o contención de rotura ventricular. Cuatro pacientes fallecieron.

Conclusiones: la extracción de DCIP se está convirtiendo en una indicación frecuente de cirugía cardíaca. El riesgo quirúrgico aumenta ostensiblemente en la cirugía de retirada de DCIP. Es necesario definir con más precisión esta nueva población de pacientes así como conocer sus resultados operatorios.