

P40

62. NUEVO MÉTODO SIMPLE, RÁPIDO Y SEGURO PARA ACCESO ARTERIAL PERIFÉRICO EN CIRUGÍA CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA E IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSFEMORAL

Martín E, Cánovas S, García A, Paredes F, Gil O, Hornero F, García R, Martínez-León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: describir nuestra experiencia con una técnica de abordaje vascular periférico en procedimientos de cirugía cardíaca mínimamente invasiva (CCMI): Heart-Port® e implante valvular aórtico transfemoral (TAVI).

Material y métodos: análisis en laboratorio experimental y práctica quirúrgica. Procedimiento: incisión en pliegue inguinal (3-4 cm). Exposición de vaso/s femoral/es sin disección ni *loop* vascular. En mitad superior del vaso, dos puntos longitudinales, intramurales, en «U», apoyados a ambos lados del eje (Fig. 1). Canulación por técnica de Seldinger en punto medio del vaso, equidistante de ambos pares de parches. Decanulación por anudado alternativo. En TAVI, control angiográfico sistemático.

Resultados: ochenta y un pacientes sometidos a procedimientos de CCMI: 52 Heart-Port® y 29 TAVI-transfemoral. Mortalidad global precoz: 2 pacientes (TAVI), sin relación con complicaciones vasculares. Ausencia de morbilidad asociada al abordaje en el grupo de Heart-Port®. En TAVI, una disección focal ilíaca, un hematoma retroperitoneal y un caso de linforrea, resueltos con tratamiento conservador. Ausencia de

isquemia aguda/hematoma/seudoaneurisma/reparación quirúrgica o endovascular o limitación funcional basal. El análisis en laboratorio demostró efecto de bolsa de tabaco sólo en el sentido longitudinal, sin causar estenosis transversal.

Conclusiones: este nuevo método de acceso arterial periférico puede ser aplicado a diferentes procedimientos de CCMI, resultando simple (2 suturas y técnica Seldinger), reproducible, rápido (no requiere reconstrucción tras canulación) y seguro (no requiere pinzado vascular, técnica Seldinger a cielo abierto, baja tasa de complicaciones).

Figura 1. Vista tridimensional y en sección transversal de la técnica: dos puntos en «U» longitudinales al eje vascular apoyados en sendos pares de parches. Punto negro: canulación por técnica Seldinger.

P41

70. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN NUESTRA INSTITUCIÓN EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Martín E, Vázquez A, García A, Paredes F, Gil O, Hornero F, Cánovas S, García R, Martínez-León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivo: analizar los resultados de nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la endocarditis infecciosa (EI).

Material y métodos: noventa y tres pacientes (111 válvulas) sometidos a cirugía valvular por EI activa (2001-2011). Variables pre/intraoperatorias y morbimortalidad perioperatoria.

Resultados: edad media $57,63 \pm 3,18$ años, 22,5% diabéticos. Afectación por EI: mitral (49,5%), aórtica (43,2%), tricúspide (4,5%) y pulmonar (2,7%). Afectación de válvula nativa (72,9%) frente a prótesis (27,0%) ($p < 0,001$). Corrección de valvulopatía concomitante (17,2%) más frecuente tricúspide (48,7%). Microorganismo más frecuentemente estafilococo (62,4%); 70,7% ($p < 0,001$) meticilinarresistentes.

La sustitución protésica predominó sobre reparación (64,8 vs 35,1%; $p < 0,001$). En válvulas nativas, no existieron diferencias significativas entre ambos procedimientos. Implante de prótesis biológicas +8,3% superior a mecánicas ($p = 0,043$). En válvulas nativas, en posición aórtica predominó sustitución (71,9%), incluyendo 6 casos con implante de homoinjerto/operación de Ross; en posición mitral, reparación

(63,4%) ($p < 0,05$). En la corrección de valvulopatía concomitante, predominó la reparación (71,4%) ($p < 0,001$).

Aunque la aplicación completa de antibioterapia preoperatoria fue la primera elección de manejo mientras persistiese la estabilidad clínica, sólo tuvo lugar en 51,7%, negativizándose

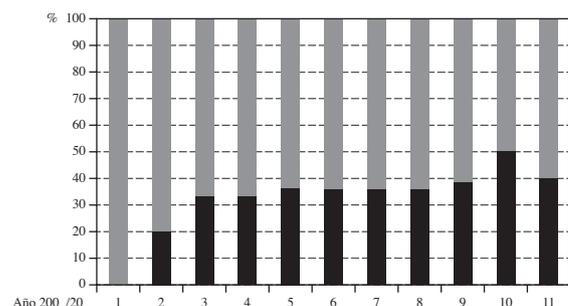


Figura 1. Reparación valvular global (negro) en tratamiento quirúrgico de endocarditis infecciosa activa (2001-2011).

los hemocultivos en 95,5% ($p < 0,001$). La mortalidad precoz fue 8,6% (8). Morbilidad perioperatoria más frecuentemente: deterioro función renal (20,4%); respiratoria (11,8%); implante de marcapasos (8,6%); accidente cerebrovascular (ACV) (6,5%) y reintervención previo al alta (sangrado/fallo técnica) (17,2%). La mortalidad incrementada se asoció con necesidad de tratamiento quirúrgico previo a la antibioterapia completa

($p = 0,003$), reintervención previo al alta ($p < 0,000$) y deterioro de función renal ($p = 0,026$) y ACV perioperatorios ($p = 0,046$).

Conclusiones: según nuestra experiencia, la reparación valvular ha progresado como alternativa terapéutica en el tratamiento de la EI (Fig. 1). No obstante, continúa siendo una entidad con elevadas tasas de morbimortalidad precoz.

P42

69. ESTRATEGIAS DE ANALGESIA EN CIRUGÍA CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA VÍA TORACOTOMÍA: BLOQUEO PARAVERTEBRAL CONTINUO FRENTE A ANALGESIA ENDOVENOSA

Martín E, Cánovas S, Carmona P, Casanova I, García A, Paredes F, Gil O, Hornero F, García R, Martínez-León J
Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: establecer la calidad de control analgésico de dos esquemas de analgesia: bloqueo paravertebral continuo (grupo BPVC) frente a analgesia endovenosa (grupo IV) tras cirugía cardíaca mínimamente invasiva (CCMI) vía abordaje de minitoracotomía (Heart-Port® e implante valvular aórtico transcatéter [TAVI] transapical).

Material y métodos: estudio retrospectivo. Protocolo anestésico postoperatorio común. Protocolos de analgesia mantenidos durante las primeras 48 h: grupo IV, infusión continua de cloruro morfíco 0,5%/1-4 ml/h + paracetamol 1 g/6 h; grupo BPVC, infusión continua y dosis autoadministradas de ropivacaína 0,2% por catéter paravertebral introducido preoperatoriamente (T4-T5) + paracetamol 1 g/6 h endovenoso. Variables postoperatorias: tiempo de ventilación mecánica, estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) y hospitalaria global, incidencia de complicaciones.

Resultados: cuarenta y ocho pacientes fueron incluidos en el estudio, 28 en el grupo IV (20 Heart-Port® y 8 TAVI

transapical) y 20 en el grupo BPVC (14 Heart-Port® y 6 TAVI transapical). Ambos grupos resultaron comparables en las variables demográficas y preoperatorias. El tiempo de ventilación mecánica y la estancia en UCI fueron significativamente menores en el grupo BPVC (Tabla 1). No se registraron eventos adversos en relación con la aplicación de catéter paravertebral en el postoperatorio.

Conclusiones: la analgesia por bloqueo paravertebral continuo es un procedimiento seguro y eficiente para el control analgésico en la CCMI por abordaje de minitoracotomía.

TABLA 1.

	Tiempo de extubación		Estancia en UCI (días)	Estancia hospitalaria total (días)
	≤ 4 h	> 4 h		
Grupo IV	28,6%	71,4%	2,42 ± 0,76	6,00 ± 3,39
Grupo BPVC	69,2%	30,8%	1,69 ± 0,85	5,69 ± 2,59
p	< 0,024	0,013	0,038	0,327