

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