

CB30

122. FRACASO RENAL AGUDO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Bel Mínguez AM.^a, Pérez Guillén M, Mata Cano D, Heredia Cambra T, Doñate Bertolín L, Bartual Olmos M.^aC, Torregrosa Puerta S, Valera Martínez FJ, Margarit Calabuig J, Fuset M.^aP, Montero Argudo JA
Hospital La Fe, Valencia

Objetivos: el fracaso renal agudo (FRA) tras cirugía cardíaca es una complicación grave con una incidencia de entre el 8-16% según distintas publicaciones. Nuestro objetivo es analizar la incidencia de esta complicación en nuestra serie y determinar los factores predisponentes para su desarrollo.

Métodos: desde enero de 2007 a febrero de 2010, recogimos aquellos pacientes con función renal previa a la cirugía aparentemente normal que desarrollaban un FRA postoperatorio y analizamos qué factores de riesgo presentaban (tratamiento previo, comorbilidades, etc.), así como el filtrado glomerular estimado para ver si este parámetro podía predecir de forma más exacta la función renal y, por lo tanto, alertarnos sobre los pacientes más predispuestos a desarrollar esta complicación.

Resultados: un total de 128 pacientes desarrollaron FRA (el 14,8% de la serie), siendo la edad media de 67,5 años (rango 31-85), y el 66% varones. El 75% eran hipertensos y

el 31,5% diabéticos. El 74% de los pacientes estaba en tratamiento con diuréticos y/o inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Si analizamos la muestra según la fórmula de filtrado glomerular estimado, el 68% presentaba insuficiencia renal en estadio III o IV (prediálisis) no diagnosticada previamente. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 154 min (65-360). En cuanto a las complicaciones asociadas, en un 49% de los pacientes se desarrolló un bajo gasto cardíaco postoperatorio y la mortalidad fue del 31% (40 pacientes).

Conclusiones: el desarrollo del FRA en nuestra serie presenta una incidencia similar a la encontrada en otras series, y además con una alta mortalidad. Debería considerarse la retirada de IECA/diuréticos precirugía por la importante relación que éstos tienen en el desarrollo de FRA. Asimismo, debería calcularse preoperatoriamente el filtrado glomerular estimado (FGe) como factor predictor de morbilidad renal.

CB31

144. EVOLUCIÓN DEL MANEJO DE LA ROTURA TRAUMÁTICA DE AORTA: 30 AÑOS DE EXPERIENCIA

Mosquera Rodríguez VX, Marini Díaz M, López Pérez JM.^a, Muñiz García J, Gulias Soidan D, Estévez Cid F, Rodríguez López F, Valle Montañés JV, Campos Rubio V, Herrera Noreña JM.^a, Cuenca Castillo JJ
Complejo Hospitalario Universitario, La Coruña

Introducción: el manejo de la rotura traumática de aorta (RTA) ha evolucionado desde la cirugía emergente abierta para todos a incorporar tratamientos conservadores y endovasculares.

Métodos: entre enero de 1980 y enero de 2010 se incluyeron 68 pacientes con RTA que fueron asignados a tratamiento conservador (n = 37) o quirúrgico (total n = 31; *clamp-and-sew* n = 9; *bypass* izquierdo n = 14; endovascular n = 8). Se realizó cirugía emergente (< 24 h) en 26 casos. Ambos grupos eran similares en edad, sexo y mortalidad predicha por puntuaciones *Injury Severity Score* (ISS) y *Trauma and injury severity score* (TRISS).

Resultados: la mortalidad intrahospitalaria global fue del 25%, 28,9% en el grupo conservador y 20% en el quirúrgico (p = 0,4). Sólo se produjeron complicaciones aórticas en el grupo conservador (0 vs 52,9%; p < 0,001). La mediana de seguimiento fue de 75 meses (rango 2-360 meses). La supervivencia

del grupo conservador fue 76,2% a 1 año, 73% a 5 años y 67,8% a 10 años. La supervivencia del grupo quirúrgico fue 79,2% a 1, 5 y 10 años (p = 0,42). Ningún paciente del grupo quirúrgico requirió reintervención, mientras que un 37,8% del grupo conservador necesitó cirugía aórtica durante el seguimiento. La supervivencia libre de complicación aórtica en el grupo conservador fue 93,2% a 1 año, 85,4% a 5 años y 49,3% a 10 años. La regresión Cox confirmó el tipo de lesión aórtica (*hazard ratio* [HR]: 2,94; p = 0,002) y puntuación TRISS > 50% (HR: 1,49; p = 0,042) al ingreso como factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones aórticas tardías.

Conclusiones: el manejo conservador de la RTA puede ser una opción terapéutica en pacientes altamente seleccionados, y requiere un estricto seguimiento clinicoradiológico. El tratamiento quirúrgico, abierto o endovascular, tiene unos excelentes resultados tanto a corto como a largo plazo.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es