

CB36

222. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS HOSPITALARIOS DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA E INFLUENCIA DE LA CIRUGÍA SIN BOMBA EN NUESTRA INSTITUCIÓN

Di Stefano S, Melero JM.^a, Porras C, Sánchez G, Such M, Olalla E
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Objetivos: analizar los resultados de la cirugía de revascularización coronaria de nuestro servicio y cómo la cirugía sin bomba ha modificado nuestra estrategia quirúrgica y los resultados hospitalarios de morbilidad.

Material y métodos: es un estudio de revisión retrospectivo. Desde enero de 1996 hasta diciembre de 2009 se han intervenido un total de 1.802 pacientes de cirugía coronaria aislada, con edad media de $63,4 \pm 9,3$, de los cuales 661 (36,6%) con circulación extracorpórea (CEC) y 1.141 (63,3%) sin CEC. Hemos analizado la curva evolutiva del número de pacientes intervenidos con CEC frente a aquellos sin CEC, los factores de riesgo, tipo de enfermedad coronaria, situación clínica previa, actuación quirúrgica, morbilidad y mortalidad hospitalaria.

Resultados: el porcentaje de cirugía sin CEC ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar el año pasado el 89%.

El incremento de la cirugía sin CEC se ha asociado a un descenso de la mortalidad hospitalaria global. La cirugía sin bomba ha reducido de forma significativa ($p < 0,05$) la mortalidad hospitalaria cuando se compara con el grupo intervenido con CEC (7,5 vs 2,3%). Esta reducción es más evidente en los grupos de alto riesgo. Asimismo, hemos encontrado un descenso de la morbilidad postoperatoria con p significativa ($p < 0,05$) en bajo gasto, infarto agudo de miocardio (IAM) perioperatorio, ventilación prolongada y reoperación por sangrado. El número de anastomosis distales se ha reducido desde 3 hasta 2,7, aunque ha aumentado el número de injertos arteriales.

Conclusiones: en la experiencia de nuestra institución, la cirugía sin bomba ha supuesto una mejora significativa de la morbilidad hospitalaria. La cirugía coronaria sin CEC se puede extender a la casi totalidad de los pacientes.

CB37

225. CIRUGÍA CAVOPULMONAR EN LA SITUACIÓN DE VENTRÍCULO ÚNICO DURANTE LA EDAD ADULTA. RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO

Aroca Peinado A, Polo López L, González Rocafort A, Bret Zurita M, Cabestrero Alonso D, Ruiz Cantador J, Sartor L, Oliver Ruiz JM.^a, Sánchez-Recalde A, González García AE, Villagrá Blanco F
Hospital La Paz, Madrid

Analizar resultados quirúrgicos y seguimiento de los procedimientos realizados en la unidad de cardiopatías congénitas adultos (UCA) a dos grupos de pacientes con situación de ventrículo único (VU): a) los que alcanzan la vida adulta compensados sin cirugía o sólo con una fistula, y b) los portadores de Fontan atríopulmonar en la infancia y fracaso del mismo.

Material y métodos: 13 casos con 15 cirugías bajo circulación extracorpórea (CEC) (13 primarias, 2 reintervenciones). Diez pacientes (dos con endocarditis activa) se sometieron a 11 cavitopulmonares (9 Glenn, 1 con conexión del drenaje venoso pulmonar anómalo total (DVPAT) asociado y otro con sustitución valvular aórtica convencional (SVAo); 2 Fontan extracardíacos). Tres pacientes con fracaso de Fontan atríopulmonar recibieron 4 CEC para convertir el Fontan a cavitopulmonar.

Resultados: edad mediana 26 años (*interquartile range* [IQR] 15), 76% varones. En *New York Heart Association* (NYHA) III 84% y IV 16%. Saturación de oxígeno (SaO_2) preoperatoria media 81% y hemoglobina (Hb) 20,3 g/dl. Sólo tres sin cirugía previa y sólo seis tenían buena función del ventrículo

único (VU). Dos pacientes (15%) se reintervinieron en el mismo ingreso: un Glenn para completar Fontan extracardíaco, una conversión de Fontan a cavitopulmonar extracardíaco para fenestración y establecer el área valvular mitral (AVM) como puente a trasplante. Mortalidad hospitalaria 2 (15%): un Glenn + conexión de DVPAT y la conversión de Fontan en AVM. Tiempo de IOT 12 h (IQR 9), 2 días (IQR 2) de reanimación y 14 días (IQR 17) de hospitalización. Seguimiento: tiempo medio de 191 meses con supervivencia del 89%. Grado funcional II en 33%, III en 56% y IV en 11%. SaO_2 actual media 85%.

Conclusiones: la paliación mediante cirugía cavitopulmonar del VU del adulto se realiza en nuestra unidad de cardiopatías congénitas adultos (UCA) con mortalidad aceptable, pero superior a la de la edad infantil. Su indicación se reserva para muy bajo grado funcional por cianosis, o la endocarditis activa de un *shunt* paliativo. En la conversión del Fontan atríopulmonar fracasado nuestra experiencia es todavía escasa, debiendo delimitar las indicaciones de conversión frente a trasplante cardíaco para optimizar resultados.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

