

CO25

315. EFECTO DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA GRAVE EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

Fernández-Tarrío R, Molina M, Riera M, Azmézaga R, Colomar A, Vidal L, Fiol M, Bonnin O

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

Objetivo: analizar el efecto de la disfunción ventricular izquierda grave (DSVS) en la mortalidad de la cirugía valvular aórtica.

Métodos: cuatrocientos treinta y cuatro pacientes intervenidos de sustitución valvular ± cirugía coronaria por estenosis aórtica grave. Se clasificaron en dos grupos según su fracción de eyección: igual o inferior a 35% y superior a 35%. Mediante curvas de supervivencia y análisis de regresión de Cox se estudió el efecto de la disfunción ventricular en la mortalidad a medio plazo.

TABLA 1. VARIABLES

	FE ≤ 35% n = 36	FE > 35% n = 398	P
Edad	73 (66,3-77,5)	72 (67-76)	0,47
Mujeres	13 (36,1)	176 (44,2)	0,38
EuroSCORE logístico	11 (7,8-20,1)	5,4 (3,6-8,4)	< 0,01
Cirugía urgente	3 (8,3)	14 (3,5)	0,16
Cirugía combinada	19 (52,8)	152 (38,2)	0,11
Anemia preoperatoria	16 (45,7)	150 (37,7)	0,37
Diabetes mellitus	12 (34,3)	134 (33,7)	1,00
Insuficiencia renal	7 (19,4)	40 (10,1)	0,09
Tiempo CEC (min)	93 (83-118)	97 (80,8-118)	0,75
Tiempo isquemia (min)	73 (63,5-87,8)	78 (64-94)	0,28

TABLA 2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	FE ≤ 35% n = 36	FE > 35% n = 398	P
Ventilación mecánica > 72 h	3 (8,3)	5 (1,3)	0,02
Neumonía	3 (8,3)	5 (1,3)	0,02
Estancia UCI (días)	3 (2-5)	3 (2-4)	0,27
Estancia hospitalaria (días)	13 (9-27)	10 (8-17)	< 0,01
Mortalidad intrahospitalaria	1 (2,8)	9 (2,3)	0,58
Mortalidad global	9 (25)	39 (9,8)	0,01

Resultados: la tabla 1 (mediana/%, rango IC) resume las principales variables. La mortalidad bruta hospitalaria observada fue 2,3% (n = 10). La tabla 2 (mediana/%, rango IC) resume las complicaciones postoperatorias. El tiempo medio de seguimiento fue 3,1 años (1,9-4,2). La figura 1 muestra la probabilidad de supervivencia. El análisis de regresión de Cox mostró asociación entre DSVS y mortalidad a medio plazo (*hazard ratio* [HR]: 2,8; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,3-6,1).

Conclusiones: la DSVI (fracción de eyección [FE] ≤ 35%) aumenta la mortalidad a medio plazo de los pacientes intervenidos por estenosis aórtica grave.

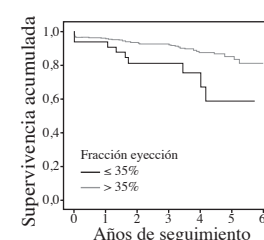


Figura 1. Curva de supervivencia a medio plazo.

CO26

307. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: IMPACTO PRONÓSTICO COMO FACTOR DE RIESGO PREOPERATORIO Y COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA

García Fuster R, Paredes F, García A, Martín E, Cánovas S, Gil O, Hornero F, Martínez León J

Hospital General Universitario, Valencia

Objetivos: el accidente cerebrovascular (ACV) perioperatorio es una seria complicación en cirugía coronaria por su letalidad y secuelas. El antecedente de ACV puede ser un factor predisponente. Estudiamos su relación con el desarrollo de ACV quirúrgico y la influencia de ambos en la supervivencia precoz y a largo plazo.

Material y métodos: se han considerado 3.556 pacientes intervenidos consecutivamente de cirugía coronaria aislada entre 1995-2011; 208 (5,8%) habían sufrido al menos un ACV previo. Se estudió su perfil de riesgo y la incidencia de ACV perioperatorio junto con la mortalidad hospitalaria y tardía.

Resultados: los pacientes con ACV previo mostraron mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión (68,8 vs 56,6%; p < 0,01) o diabetes (51,0 vs 39,2%; p < 0,01). También mayor arteriopatía periférica (28,4 vs 11,0%; p < 0,0001) y coronaria (número vasos:

2,7 ± 0,5 vs 2,6 ± 0,6; p < 0,05). Mayor incidencia de ACV perioperatorio (3,8 vs 1,0%; p < 0,01) y fallo renal agudo (11,1 vs 5,4%; p < 0,01), pero sin aumento significativo de mortalidad hospitalaria (5,3 vs 3,0%; p = 0,09). Sí aumentó en caso de ACV perioperatorio: 11,9 vs 3,1%; p < 0,01 (*odds ratio* [OR]: 4,8; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,69-13,6; p < 0,01). La arteriopatía periférica se asoció a ACV quirúrgico (p < 0,05) y mortalidad precoz (p < 0,01). Junto a ACV previo y quirúrgico fueron predictores independientes de mortalidad tardía (supervivencia a 10 años en pacientes con y sin ACV previo: 61 ± 4% vs 77 ± 0,9%; p < 0,0001).

Conclusiones: el ACV perioperatorio supone una complicación de elevada mortalidad hospitalaria, pero también durante el seguimiento. ACV previo y arteriopatía periférica son factores asociados a dicha complicación y también reducen la supervivencia tardía.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es