



## EV-024 - FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN EL PERIODO PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE ESTERNAL DIFERIDO

A. Arnáiz García<sup>1</sup>, M. Arnáiz García<sup>2</sup>, C. Fariñas Álvarez<sup>3</sup>, J. Arnáiz García<sup>4</sup>, M. Fariñas Álvarez<sup>1</sup>, J. Bernal Marco<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Unidad de Calidad, <sup>5</sup>Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>2</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>4</sup>Radiología. Hospital Aspetar. Doha. Qatar.

### Resumen

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio son identificar factores pronóstico de mortalidad en el periodo pre e intraoperatorio.

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohortes, con registro retrospectivo durante los años 1993-2000 y prospectivo durante los años 2001-2012, de todos los pacientes en edad adulta que precisaron cerrar el esternón de forma diferida y que fallecieron tras ello. El periodo de estudio fue de 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 2012.

**Resultados:** Fallecieron 51 pacientes del total de 130 pacientes que precisaron cierre esternal diferido. El 41,6% eran mujeres. El 49,2% tenían > 70 años de edad. En el 50,8% la cirugía fue urgente y el 53,8% tenían un índice de Charlson > 5. El 70,3% de los pacientes estaban diagnosticados de insuficiencia renal crónica, el 40,6% de diabetes y el 58,3% de neoplasias. El 40,6% tenían antecedente de cirugía cardíaca previa y el NYHA era > 3 en 41,2% de los pacientes. El 46,5% estaban antiagregados y el 46,6% tuvieron una infección 2 semanas antes de la cirugía. Las indicaciones quirúrgicas fueron: trasplante cardíaco (70%), endocarditis (40%) y cirugía mixta: valvular y revascularización (55,5%). De las cirugías valvulares, fallecieron el 66,6% si fueron biológicas y mitrales (54,5%). El 69,3% de los pacientes fallecidos recibieron profilaxis antibiótica durante menos de 3 días. El tiempo total de cirugía fue > 320 minutos en 53,9% de los casos, la duración en circulación extracorpórea fue > 140 minutos en 55,3%, el tiempo en isquemia > 95 min en 47,5%. El 41,5% de los pacientes precisaron transfusiones de hemoderivados. El motivo de diferir el cierre esternal fueron arritmias (60%) y compresión cardíaca (44,1%). El exitus se produjo a los 14,7 (DE 28,4) días del ingreso. En el análisis multivariante, los factores pronóstico que resultaron significativos, con  $p < 0,01$  fueron: índice de Charlson > 5 (OR 2,78), la insuficiencia renal crónica (OR 6,43), la estancia preoperatoria en UCI (OR 2,65), la indicación de cirugía por aneurisma (OR 1,44) o endocarditis (OR 2,26), el trasplante cardíaco (OR 5,28), la duración total de cirugía > 320 minutos (OR 3,33), duración de isquemia > 95 minutos (1,99), y una duración de los drenajes pleurales > 3 días (6,18).

**Discusión:** El CED tras la cirugía cardíaca es uno de los momentos cruciales del acto quirúrgico ya que el acercamiento de los bordes quirúrgicos puede causar un grave deterioro de la función

cardiaca que puede incluso comprometer la vida del paciente. Esto es especialmente importante en los aquellos pacientes en los que durante la cirugía presentan datos de inestabilidad hemodinámica grave. Es en esta situación donde radica la importancia de esta técnica, consistente en retrasar el cierre de la esternotomía hasta que se logre la estabilidad hemodinámica del paciente, permitiendo el cierre de la herida de esternotomía de manera definitiva.

*Conclusiones:* En nuestra serie se comportaron como factores pronósticos de mortalidad en el análisis multivariante: índice de Charlson > 5, insuficiencia renal crónica, estancia prequirúrgica en UCI, los tiempos prolongados de duración de la cirugía y tiempo en CEC y duración de los drenajes pleurales de más de 3 días.