Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 892

Revista Española de Cardiología

# 6032-200. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CARDIACA EN TESTIGOS DE JEHOVÁ TRAS LA CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ULTRAOPTIMIZACIÓN PREOPERATORIO

Laura Varela Barca[1], Emilio Monguió Santín[1], Nieves de Antonio Antón[1], Begoña Bernal Gallego[1], Hugo Auquilla Luzuriaga[1], Esperanza Gómez Alonso[1], Tania Tineo Drove[2], Nuria Oliva Ilescas[2], José Enrique Partida Márquez[2], José Gabriel Martín Hernández [3], Rafael José de Martín Celemín[3], Carlos Figueroa Yusta[3], María del Mar Orts Rodríguez[3] y Guillermo Reyes Copa[1]

[1]Cirugía cardiaca, [2]Perfusión y [3]Anestesia. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** Aproximadamente el 40% de los pacientes que son intervenidos de cirugía cardiaca precisan transfusiones de hemoderivados durante su intervención. Sin embargo, los Testigos de Jehová (TJ) son un grupo de pacientes que rechazan el uso de hemoderivados por creencias religiosas. El manejo adecuado de los TJ se realiza en centros especializados y con protocolos de optimización preoperatorios, como el protocolo de ultraoptimización específico basado en un tratamiento con hierro, eritropoyetina y vitamina B12. Nuestro objetivo fue analizar los resultados quirúrgicos en pacientes que rechazan el uso de hemoderivados antes y después de la creación de un protocolo de ultraoptimización preoperatorio.

**Métodos:** Análisis de todos los pacientes TJ intervenidos de cirugía cardiaca en nuestro centro antes y después de la creación del protocolo de ultraoptimización específico en el año 2010. Se analizaron las características de los pacientes y resultados quirúrgicos en ambos grupos.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 63,4 ± 10 años con un 50% de mujeres. La mortalidad global fue del 7,8%. La tabla describe las distintas características de los pacientes antes (n = 91) y después (n = 62) de la entrada del protocolo de ultraoptimización. La hemoglobina y hematocrito preoperatorios antes y después del protocolo fueron 38,1 ± 11,7 vs 42,1 ± 8 (p = 0,02) y 12,6 ± 3,9 vs 13,9 ± 2,6 (p = 0,03), respectivamente. La mortalidad quirúrgica fue del 13,3% (n = 11) en el grupo preprotocolo y del 1,4% (n = 1) posprotocolo; p = 0,01. El análisis multivariante asoció la mortalidad quirúrgica al EuroSCORE (p = 0,04) y el grupo pre o posprotocolo (p = 0,02).

Características de los pacientes antes y después de la entrada del protocolo de ultraoptimización

| **Características** | **Preprotocolo (N = 91)** | **Posprotocolo (N = 62)** | **p** |
|---|---|---|---|
| Sexo femenino, n (%) | 49 (59,0%) | 28 (40,0) | **0,02** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Edad (años), media ± DE | 61,9 ± 10,5 | 65,2 ± 10,6 | 0,07 |
| Tabaco, n (%) | 13 (16,3%) | 13 (18,8) | 0,68 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 20 (25,0%) | 14 (20,3) | 0,49 |
| Hipertensión, n (%) | 41 (50,0%) | 38 (55,1%) | 0,53 |
| Dislipemia, n (%) | 22 (27,5%) | 37 (53,6) | **0,001** |
| EPOC, n (%) | 4 (5,0%) | 7 (10,1%) | 0,23 |
| Enfermedad neurológica, n (%) | 4 (5,0%) | 7 (10,1%) | 0,23 |
| Creatinina media ± DE | 1,0 ± 0,24 | 1,2 ± 1,2 | 0,18 |
| Endocarditis, n (%) | 1 (1,2%) | 5 (5,9%) | 0,11 |
| FEVI 50%, n (%) | 3 (3,6%) | 8 (8,7) | **0,05** |
| HTP, n (%) | 13 (15,7%) | 7 (10,1) | 0,32 |
| NYHA > III, n (%) | 56 (70,0%) | 39 (55,7%) | **0,008** |
| Cirugía cardiaca previa, n (%) | 17 (20,5) | 10 (14,3) | 0,32 |
| EuroSCORE I, media ± DE | 6,0 ± 4,9 | 8,0 ± 8,9 | 0,09 |
| EuroSCORE II, media ± DE | 4,4 ± 4,6 | 4,7 ± 7,5 | 0,78 |

n: número de pacientes; %: porcentaje; DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección ventrículo izquierdo; HTP: hipertensión pulmonar (> 50 mmHg); NYHA: Clasificación de la New York Heart Association.

**Conclusiones:** La introducción de un protocolo de ultraoptimización produjo una reducción significativa de la mortalidad en pacientes TJ intervenidos de cirugía cardiaca. En el análisis multivariante, solamente el

grupo pre o posprotocolo y el EuroSCORE se asociaron con mortalidad en el posoperatorio inmediato. Los resultados obtenidos demuestran que los pacientes TJ pueden ser intervenidos con una mortalidad similar a la de la población general en centros especializados.