Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 921

Revista Española de Cardiología

# 6028-356. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN EL PERIODO PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE ESTERNAL DIFERIDO

Ana María Arnaiz-García[1], María Elena Arnaiz-García[2], Mª Carmen Fariñas-Álvarez[1], Concepción Fariñas-Álvarez[3], Javier Arnáiz[4], Javier López-Rodríguez[2] y José Manuel Bernal-Marco[5] del [1]Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), [2]Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, [3]Departamento de Estadística, Universidad de Cantabria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), [4]Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y[5]Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El cerclaje esternal tras la cirugía cardiaca es uno de los momentos más importantes, pues el cierre de la misma puede causar un grave deterioro de la función cardiaca. Los objetivos de este estudio son identificar factores pronóstico de mortalidad en el periodo pre e intraoperatorio en el cierre esternal diferido (CED).

**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 cerclar 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 de 130 pacientes que precisaron CED. El 41,6% eran mujeres. El 49,2% tenían > 70 años. En el 50,8% la cirugía fue urgente y el 53,8% tenían un índice de Charlson > 5. El 70,3% presentaban insuficiencia renal crónica, el 40,6% de diabetes y el 58,3% de neoplasias. El 40,6% tenían antecedente de cirugía cardiaca previa y el NYHA era > 3 en 41,2% de los pacientes. El 46,5% estaban antiagregados y el 46,6% tuvieron infección 2 semanas antes de la cirugía. Las indicaciones quirúrgicas fueron: trasplante cardiaco (70%), endocarditis (40%) y cirugía mixta: valvular y revascularización (55,5%). El 69,3% de pacientes fallecidos recibieron profilaxis antibiótica durante menos de 3 días. El 41,5% de los pacientes precisaron transfusión. El motivo de diferir el cierre esternal fueron arritmias (60%) y compresión cardiaca (44,1%). La muerte 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 IRC (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 cardiaco (OR 5,28), la duración total de cirugía > 320 minutos (OR 3,33), duración de isquemia > 95 minutos (1,99), y drenajes pleurales > 3 días (6,18).

**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.