



6016-216. IMPORTANCIA DE NUEVAS ESTRATEGIAS DE CARDIOPROTECCIÓN EN EL DAÑO POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN Y EL PRONÓSTICO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

Patricia Barrio Martínez, Juan Lacalzada Almeida, Carima Belleyo Belkasem, José Luis Iribarren Sarrias, Maitane Brouard Cruz, Celina Llanos Jorge, Juan José Jiménez Rivera e Ignacio Laynez Cerdeña del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: Durante la cirugía de revascularización coronaria es importante iniciar estrategias de cardioprotección con el fin de minimizar los daños por isquemia-reperfusión y el aturdimiento miocárdico. El índice de cardioplejia (ICI) relaciona el índice de masa ventricular izquierda (IMVI), tiempo de isquemia y dosis de cardioplejia con la aparición de síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC). Nuestro objetivo es estudiar la relación entre el índice de cardioplejia, el bajo gasto cardiaco y el aumento de marcadores de daño miocárdico y su influencia en el pronóstico posoperatorio (PO) de cirugía de revascularización coronaria.

Métodos: Se definió SBGC como índice cardiaco $2,2 \text{ l/min/m}^2$ y en pacientes no monitorizados según criterios clínicos. Se obtuvieron muestras sanguíneas basales, en el postoperatorio inmediato y a las 24 horas (PO). Se cuantificaron marcadores bioquímicos de daño miocárdico y se evaluó la perfusión sistémica mediante cifras de lactato.

Resultados: Se incluyeron 360 pacientes, 116 (32%) desarrollaron SBGC y este se relacionó inversamente con el ICI. También se observó una relación inversamente proporcional entre el ICI y el aumento de marcadores bioquímicos de daño miocárdico. La troponina I a la llegada (Rho -0,28, p 0,001) y su pico 24 h PO (Rho -0,28, p 0,001); la CK-MB a la llegada (Rho -0,28, p 0,001) y su pico 24 h PO (Rho -0,26, p 0,001); y con el Nt-ProBNP a la llegada (Rho -0,31, p 0,001) y su pico 24 h PO (Rho -0,32, p 0,01). Además los pacientes con mayor aumento de marcadores de daño miocárdico tuvieron más tiempo de ventilación mecánica, mayor incidencia de fracaso renal agudo con necesidad de técnicas dialíticas, un incremento de la estancia media (en ICU y hospitalaria) y mayor mortalidad (tabla).

Biomarcadores y características clínicas en el posoperatorio			
	No SBGC (n = 244)	SBGC (n = 116)	
Troponina I (ng/mL) UCI llegada	2,7 (DE 3,4)	11,7 (DE 17)	0,001

Troponina I (ng/mL) a las 24 h PO	9,4 (DE 5,8)	15,8 (DE 21,3)	0,001
Lactato (mmol/L) UCI llegada	1,9 (DE 0,9)	3,3 (DE 2,9)	0,001
Lactato (mmol/L) a las 24h PO	1,5 (0,6)	3,4 (DE 4,6)	0,001
CK-MB (UI/L) UCI llegada	44 (DE 19)	77 (DE 60)	0,001
CK-MB (UI/L) a las 24 h PO	38 (DE 28)	82 (DE 98)	0,001
NT-ProBNP (pg/mL) a las 24h PO	2.968 (DE 5.011)	7.443 (DE 8.272)	0,001
Ventilación mecánica (horas)*	3 (1,7-5)	16 (5-87)	0,001
TRR n (%)	1 (0,4)	20 (18)	0,001
Estancia en UCI (días)*	2 (1-3)	5 (2-11)	0,001
Estancia en hospital (días)*	12 (8-21)	20 (11-32)	0,001
Mortalidad (%)	1 (0,4)	26 (22,6)	0,001
DE: desviación estándar; UCI: unidad de cuidados intensivos; PO: posoperatorio; CK-MB: creatinina kinasa-MB; TRR: terapia de reemplazo renal. *Valores expresados en mediana y percentiles 25 y 75.			

Conclusiones: Los pacientes con SGBC presentaron mayor aumento de los marcadores bioquímicos de daño miocárdico y mayores concentraciones de lactato (como indicador subrogado de hipoperfusión) en el posoperatorio inmediato y a las 24 horas. Estos resultados apoyan la necesidad de buenas medidas de mioprotección intraoperatorias para disminuir el daño por isquemia-reperfusión, el SBGC y el aumento de la mortalidad posoperatoria.