

## P63

**190. LA OBESIDAD EN CIRUGÍA CARDÍACA**

Berastegui García E, Torrents A, Castro Alba MA, Roma F, Ríos Barrera R, Rodríguez Lecoq R, Sureda Barbosa JC, Gracia Baena JM, Igual Barcelò A, Peris X, García A  
*Hospital Vall d'Hebron, Barcelona*

El motivo del presente estudio es valorar la obesidad, índice de masa corporal (IMC) superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, como predictor de morbilidad en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Métodos: de enero de 2006 a enero de 2010, 1.655 pacientes han sido intervenidos en nuestro centro. Setenta y nueve pacientes presentaban un IMC > 35. La edad media fue de 67 años. Cuarenta y cinco pacientes eran mujeres; 57% de pacientes fueron intervenidos de cirugía de revascularización coronaria; 38% de pacientes fueron sometidos a sustitución valvular, 5% de pacientes presentaban cardiopatía congénita. El 32% del total de pacientes se intervinieron con carácter urgente y el resto de forma electiva.

Resultados: diez pacientes presentaban obesidad mórbida con IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, 27 pacientes eran hipertensos;

48 diabéticos; 40 enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 10 dislipémicos. El IMC medio de las mujeres fue de 38,08 y el de los varones de 36,44. El EuroSCORE logístico medio del grupo fue de 2,7. La estancia media hospitalaria fue de 18 días (0-90 días). La mortalidad perioperatoria fue del 5%. El seguimiento medio tras el alta hospitalaria fue de 29 meses.

Un 29% de pacientes presentaron complicaciones de su herida quirúrgica (6 requirieron resutura quirúrgica); 15% pacientes presentaron complicaciones respiratorias en forma de embolia pulmonar (TEP) y atelectasia.

Conclusiones: en nuestra experiencia la obesidad es un factor de morbilidad que se asocia con mayor riesgo de presentar complicaciones respiratorias e infección de herida quirúrgica.

## P64

**191. UTILIDAD DE LA CORONARIOGRAFÍA URGENTE EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA**

García Sáez D, Pérez de la Sota E, Forteza Gil A, López Gude M.<sup>ª</sup>J, Centeno Rodríguez J, De Diego Candela J, Prieto González GA, Bellot Fernández R, Villar García S, Albarrán González-Trevilla A, Cortina Romero JM.<sup>a</sup>  
*Hospital 12 de Octubre, Madrid*

Introducción: el diagnóstico y tratamiento la isquemia miocárdica en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca son en la actualidad temas controvertidos.

Métodos: entre 2001-2009, 21 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca han presentado en el postoperatorio inmediato un ascenso del ST, realizándose coronariografía urgente. El tiempo transcurrido desde la cirugía a la realización del cateterismo fue inferior a 2 h en el 90%.

Resultados: en los pacientes intervenidos de enfermedad coronaria (n = 12) se objetivó oclusión del injerto en seis casos, un caso de compresión del *bypass* de arteria mamaria izquierda (AMI) a DA por un drenaje, dos pacientes espasmo del injerto de arteria radial, y sin hallazgos en los tres restantes. Se realizó angioplastia en cuatro y tratamiento quirúrgico en tres.

De los pacientes intervenidos de otras enfermedades (n = 9) se había realizado una sustitución valvular aórtica en 55%. En tres no hubo hallazgos en la coronariografía, un paciente tenía un trombo en el tronco de la coronaria izquierda (TCI), otro compresión de la arteria coronaria derecha nativa por un drenaje y otro una oclusión de la arteria circunfleja por un punto de sutura. Dos pacientes tenían enfermedad coronaria no conocida y el último espasmo del árbol nativo. Se realizó angioplastia en tres y tratamiento quirúrgico en uno.

Conclusiones: son muchas las posibles causas de isquemia perioperatoria (relacionadas o no con el injerto), y en ocasiones es difícil llegar a un diagnóstico preciso.

Se debe realizar una coronariografía completa (del árbol nativo y los injertos) y un análisis conjunto de las imágenes por cardiólogo intervencionista y cirujano cardíaco.