



Original

Reintervenciones en una Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular[☆]



Juan Fernando Encalada, Paula Campelos, Cristian Delgado, Guillermo Ventosa, Eduard Quintana, Elena Sandoval, Daniel Pereda, Ramón Cartaña, Salvador Ninot, Clemente Barriuso, Miguel Josa, Manuel Castellá, José Luis Pomar, Jaime Mulet y Carlos-Alberto Mestres^{*}

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2014

Aceptado el 7 de julio de 2015

On-line el 28 de agosto de 2015

Palabras clave:

Cirugía

Cardiaca

Cuidados Intensivos

Intervención

RESUMEN

Introducción: Analizar las indicaciones, acciones y resultados de las operaciones realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Cirugía Cardiovascular.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes adultos consecutivos intervenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se incluyeron todas las intervenciones practicadas. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Entre 2008 y 2013 se intervinieron 3379 pacientes adultos consecutivos. Se practicaron en la UCI 124 intervenciones en 109 pacientes, 70 hombres (64,2%) y 39 mujeres (35,8%) con un promedio de edad de 61,6 años (12-80). Ello ha representado un 3,2%. Durante el mismo periodo de tiempo, se intervinieron en quirófano 185 pacientes por taponamiento cardiaco/hemorragia postoperatoria (5,5%). Las intervenciones previas fueron por cardiopatía valvular (34,9%), patología aórtica (22,9%), cardiopatía isquémica (15,6%), valvular/isquémica (12%), valvular/de la aorta (11%) y miscelánea (3,6%). Las indicaciones de intervención fueron hemorragia persistente 54 (43,5%), taponamiento cardiaco 41 (33%), bajo gasto cardiaco 13 (10,5%), parada cardíaca/arritmias 8 (6,5%), insuficiencia respiratoria 6 (4,8%) e isquemia de extremidades 2 (1,7%). Las intervenciones fueron: exploración mediastínica 73 (58,9%), colocación/retirada de ECMO 17 (13,7%), cierre esternal 16 (12,9%), resucitación abierta 9 (7,3%), drenaje subxifoideo 7 (5,6%) y embolectomía femoral 2 (1,6%). La mortalidad fue 33%. Hubo un caso de mediastinitis (0,9%), sin diferencias con la tasa de infecciones profundas en pacientes no intervenidos en UCI.

Conclusiones: La intervención en UCI es una alternativa segura y de rescate en subgrupos específicos de pacientes. no incrementa el riesgo de infección, evita el transporte de pacientes inestables y permite ahorrar tiempo en la decisión quirúrgica postoperatoria.

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Presentado en parte en el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Santiago de Compostela, 18-20 de junio de 2014.

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmestres@clinic.ub.es (C.-A. Mestres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.07.004>

0009-739X/© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Surgery in the Cardiovascular Surgical Intensive Care Unit

ABSTRACT

Keywords:
Surgery
Cardiac
Intensive Care
Operation

Background: To analyze the indications, actions and results of the operations performed in the Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit.

Methods: Retrospective analysis of consecutive non-selected adult patients operated in the ICU. All operations were included. Descriptive statistics were used.

Results: Between 2008 and 2013, 3379 consecutive adult patients were operated upon. A total of 124 operations were performed in the ICU in 109 patients, 70 male (64.2%) and 39 female (35.8%) with a mean age of 61.6 years (12-80). This represented 3.2% of all operations. During the study period, 185 patients (5.5%) were reoperated for postoperative bleeding/tamponade in the operating room. The index interventions were for valvular heart disease (34.9%), aortic disease (22.9%), ischemic heart disease (15.6%), combined valvular/ischemic (12%), valvular/aorta (11%) and miscellaneous (3.6%). The indications for reoperation were persistent bleeding 54 (43.5%), pericardial tamponade 41 (33%), low cardiac output 13 (10.5%), cardiac arrest/arrhythmia 8 (6.5%), respiratory insufficiency 6 (4.8%) and acute ischemic limb 2 (1.7%). Operations performed were: mediastinal exploration 73 (58.9%), implant/removal of ECMO 17 (13.7%), sternal closure 16 (12.9%), open resuscitation 9 (7.3%), subxyphoid drainage 7 (5.6%) and femoral embolectomy 2 (1.6%). Overall mortality was 33%. There was one case of mediastinitis (0.9%), with no difference from patients operated in the regular operating room.

Conclusions: Operations in the ICU represent a safe, life-saving alternative in specific subgroups of patients. The risk of wound infection is not increased, unstable patients are not transferred and there is time savings.

© 2015 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Aproximadamente un 5-8% de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca requerirán alguna intervención en el postoperatorio inmediato. Las complicaciones más frecuentes que requieren de intervención son: hemorragia postoperatoria, taponamiento cardíaco, inestabilidad hemodinámica (parada cardíaca o arritmias), ventilación mecánica prolongada con requerimiento de traqueotomía, cierre esternal diferido, y colocación o retirada de dispositivos de asistencia circulatoria¹.

En general, los pacientes que requieren actuaciones quirúrgicas en el postoperatorio de cirugía cardíaca deben ser trasladados a quirófano en condiciones de inestabilidad hemodinámica (hipotensión, bajo gasto cardíaco, hemorragia persistente) que pueden agravar la situación aumentando los riesgos inherentes a una reintervención. Por otra parte, debe considerarse el inconveniente de la distancia entre la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el quirófano de cirugía cardíaca y el tiempo que se necesita para organizar el equipo quirúrgico fuera del horario oficial de trabajo o en días no laborables. El tiempo mínimo para organizar el quirófano puede oscilar entre una y dos horas en la mayoría de los hospitales, lo cual puede repercutir en el resultado final del proceso. Un escaso número de hospitales tienen un diseño apropiado en el que la UCI y el quirófano están incluidos en una unidad integrada².

Una opción alternativa a la exploración quirúrgica en quirófano es la intervención en UCI, alternativa aceptada en la práctica pero sobre la que se dispone de escasa información en nuestro ambiente. La experiencia acumulada sobre intervenciones en UCI y sus buenos resultados ha incrementado gradualmente sus indicaciones alentando su uso, en lugar de

trasladar pacientes con inestabilidad hemodinámica de regreso a la sala operatoria³.

El objetivo del presente trabajo es presentar nuestra experiencia departamental en intervenciones quirúrgicas realizadas en la UCI en pacientes intervenidos previamente de cirugía cardíaca mayor y los resultados derivados de esta actuación alternativa a la exploración quirúrgica convencional.

Métodos

Análisis retrospectivo de pacientes adultos consecutivos intervenidos de cirugía mayor (esternotomía y toracotomía con/sin circulación extracorpórea) que requirieron reintervenciones en UCI. Se realizó un análisis de la base de datos departamental con estadística descriptiva.

Los pacientes fueron intervenidos de acuerdo al protocolo quirúrgico de quirófano y la Guía de la Resucitación de la European Association for Cardio-thoracic Surgery⁴.

Decisión

La decisión de intervenir a un paciente en UCI es exclusiva del cirujano responsable o, en su ausencia, de la persona de mayor responsabilidad y experiencia.

Definiciones

Cirugía cardíaca mayor

Se define como intervención de cirugía cardíaca mayor cualquier intervención intratorácica o toracoabdominal sobre el corazón y los grandes vasos intratorácicos con o sin

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252156>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252156>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)