

DISCUSIÓN

Los aspectos desfavorables de la respuesta del paciente a la cirugía c/CEC fueron evidentes desde los primeros días de la cirugía cardíaca abierta, observándose que la complicación más común era el mayor sangrado difuso que en otros tipos de cirugía, la disfunción pulmonar se presentaba en forma inesperada, al igual que la disfunción miocárdica con bajo gasto cardíaco después de la cirugía.

Aunque el paciente se encuentra heparinizado la cascada de coagulación responde inmediatamente a la estimulación de una superficie extraña, siendo a menudo defectuosa por un periodo de tiempo después de la cirugía c/CEC provocando mayor tendencia al sangrado. Las plaquetas también se ven muy afectadas, encontrándose depleción y disfunción plaquetaria, lo que también se considera como causa de mayor sangrado.(13)

La derivación cardiopulmonar no sólo produce daño por si mismo, si no que interfiere con la “respuesta metabólica al stress”, proceso que es necesario para la recuperación post-operatoria.(14)



Constituyéndose por lo tanto la cirugía de revascularización miocárdica s/CEC una alternativa a ser empleada en pacientes con pobre estado general, al evitar los daños de la derivación cardiopulmonar y el clampaje de la aorta. El menor tiempo quirúrgico requerido, la no utilización de equipos complejos, el menor sangrado, el escaso o nulo requerimiento de transfusión sanguínea, y la extubación precoz; hacen que la necesidad del tiempo de hospitalización total y en UCI sea menor, con la consiguiente reducción significativa de costos en términos monetarios y significativo mejoramiento de la calidad de vida.

La casuística reportada no es extensa, llevándose a cabo en alrededor del 20 % de todas las cirugías de revascularización coronaria, pero todas los grupos quirúrgicos muestran baja morbi-mortalidad y ciertas ventajas cuando se comparan los resultados con los de la cirugía convencional c/CEC, tal como se demuestra en la experiencia presentada en este trabajo.

El Dr. Calafiori nos presenta un trabajo comparativo de revascularización miocárdica s/CEC y c/CEC (280 pacientes y 114 pacientes respectivamente), en ambos grupos la mortalidad fue comparable y la morbilidad fue menor, siendo la

permanencia en UCI, como la hospitalización global menor en el grupo de cirugía s/CEC en forma estadísticamente significativa.(4)

Pfister et al. En Sao Paulo, Brasil reporta en un grupo de 593 pacientes operados de cirugía coronaria entre 1981 a 1988, una mortalidad de 1.7% frente al 3.8% de la cirugía c/CEC. Hubo pocas complicaciones y el alta hospitalaria fue más temprana en pacientes operados s/CEC.(15)

Otro grupo del Hospital Sao Paulo, Brasil, 1,274 pacientes de 8,751 de cirugía cardíaca fueron sometidos a puentes aortocoronarios sin el uso de derivación cardiopulmonar entre 1981 y 1994; demostrando las ventajas de menor morbilidad y mortalidad, no siendo necesario administrar sangre homóloga, menor costo y estancia hospitalaria. La desventaja es que solamente una quinta parte de los pacientes son candidatos adecuados para esta técnica y los resultados son menos reproducibles.(9)

Una publicación de un hospital checo, reporta 15 casos s/CEC, de un total de 224 pacientes sometidos a cirugía coronaria entre Diciembre de 1995 y Enero de 1996.



No presentó mortalidad y el seguimiento a 6 meses la evolución clínica era satisfactoria.(16)

Entre los estudios nacionales, tenemos el trabajo del Dr. Álvarez Blas, con 2,183 operaciones de cirugía coronaria, de las cuales 142 fueron s/CEC, entre 1980 a Febrero de 1999. Menor morbilidad y mortalidad, paciente con menos tiempo de hospitalización, sangrado es menor o nulo y menor costo en grupo s/CEC.(14)

Recientemente en Agosto 2002: Pérez Álvarez M.A y Quispe Zapana V., Presentaron casuística de 51 pacientes de revascularización miocárdica s/CEC de Enero 1996 a Diciembre del 2001. Ventajas operatorias, morbilidad: 48%, menor necesidad de transfusión sanguínea perioperatoria: 20%, extubación inmediata el 11.8%.(17)

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se agregan nuevos conceptos y conocimientos en relación a costos en salud, desarrollándose en los últimos años proyectos dirigidos a la reducción de costos. Weinstein y Stason calcularon que el costo neto de la cirugía coronaria c/CEC es de 25,000 a 29,000 (en dólares de 1991). Los datos indican también que la inversión inicial de esta cirugía no se ve



Costo-Eficacia de la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Post-Quirúrgica de pacientes con revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. Icanaque Yesang, Nicolás.

Derechos reservados conforme a Ley

contrarrestada por costos menores del tratamiento subsecuente. Los costos varían con la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria y se asocia en gran medida con las complicaciones post- quirúrgicas.(10)

En la actualidad estos costos han disminuido enormemente con el no uso de CEC.