

## Cirugía coronaria en la tercera edad

Alberto Juffé Stein

Servicio de Cirugía Cardíaca. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

El desarrollo y las mejoras de los sistemas sanitarios de salud en Europa, unido a una buena calidad de vida, han hecho posible un aumento importante en la expectativa de vida, siendo en la actualidad de más de 75 años para el varón y superior a 80 años en la mujer. En el año 2020, el 20% de la población tendrá más de 65 años y el 5,5% será mayor de 80 años<sup>1</sup>. Se estima que en el año 2050 la población de los EE.UU. de más de 80 años será de 25 millones de personas, de los cuales un 40% tendrá enfermedad cardiovascular de gravedad<sup>2</sup>. Esto traerá aparejado un incremento importante de la cirugía de revascularización coronaria en pacientes añosos, con múltiples factores de riesgo, que exigirá la introducción de nuevas técnicas para poder mantener una morbimortalidad razonable.

El trabajo sobre la cirugía coronaria en ancianos, presentado por el Dr. Eduardo D. Gabe<sup>3</sup>, de la Fundación Falavero, que se publica en este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, analiza en forma retrospectiva a 207 pacientes mayores de 75 años. Los resultados demuestran un incidencia intrahospitalaria de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, infarto perioperatorio y de accidente cerebrovascular del 38, 29, 4,8 y 2,8%, respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue del 5,8%, cifras similares a las publicadas por otros autores<sup>4,6</sup>. En el análisis multivariable, la edad y el deterioro de la función del ventrículo izquierdo fueron los únicos que demostraron tener valor pronóstico. La presencia de enfermedad vascular periférica predijo la mortalidad tardía.

En el estudio, solamente se realizó la cirugía de revascularización coronaria sin necesidad de utilizar la circulación extracorpórea (CEC) en el 22% de los pacientes. Aunque la mayoría de los grupos siguen utilizando la CEC, no cabe duda de que este grupo de pacientes son los que más se benefician de la revascularización arterial sin CEC. Los autores<sup>3</sup> comunican una incidencia de daño neurológico poscirugía del 2,8% similar a la encontrada en la bibliografía<sup>4</sup>. Sería muy interesante realizar el análisis de los resultados en los pacientes operados con y sin CEC.

Nuestra filosofía ha sido realizar la cirugía de revascularización coronaria arterial sin manipulación de la aorta ascendente y sin necesidad de la CEC, y utilizar

de manera sistemática la doble arteria mamaria esquelétizada, independientemente de la edad del paciente, realizando revascularización arterial completa. Desde abril de 1998 a diciembre de 2000 hemos intervenido a 349 pacientes con doble mamaria esquelétizada, con la técnica de Tector<sup>7</sup>, sin CEC. El 30% de los pacientes eran mayores de 75 años. El número de anastomosis por paciente fue de 2,98. Se consiguió revascularización completa en el 95,4% con ambas mamas. La incidencia de mediastinitis fue del 1,7%, con accidente cerebrovascular en el 0,3% (un paciente con cirugía carotídea simultánea). La mortalidad global en los mayores de 70 años fue del 5,1%, el índice de reoperación por hemorragia fue del 0,6% y los episodios de fibrilación auricular del 5%, significativamente menores a los observados en el estudio de Gabe et al<sup>3</sup>.

Avery<sup>2</sup> ha publicado recientemente el análisis de 104 octogenarios sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, demostrando una mortalidad global de 13,5% y una incidencia de fibrilación auricular del 55,3%, asociadas a un índice mayor de reintubación y bajo gasto cardíaco que en los menores de 80 años. El coste por intervención quirúrgica aumentó un 20%, (22.769 frente a 17.951 dólares).

La utilización de la cirugía sin CEC con el uso de estabilizadores epicárdicos abre un futuro prometedor en los pacientes mayores de 70 años, ya que disminuye la morbimortalidad y reduce la incidencia de transfusión y reoperación por hemorragia. Además, se obtiene una menor estancia en la unidad de reanimación y hospitalaria, y una disminución del tiempo de ventilación mecánica<sup>7</sup>. La doble mamaria interna esquelétizada no es un factor que incremente el riesgo en los enfermos mayores de 75 años y asegura la óptima revascularización miocárdica sin necesidad de manipular la aorta ascendente.

Por otro lado, la identificación de los grupos de riesgo y su preparación preoperatoria (fisioterapia respiratoria) y el manejo intra y postoperatorio es crucial para garantizar unos buenos resultados quirúrgicos, ya que estos pacientes presentan una reserva pulmonar reducida y, por otro lado, unas arterias rígidas que dificultan el manejo del volumen intravascolar.

Los autores concluyen que la cirugía coronaria en los pacientes añosos presenta un riesgo de mortalidad mayor y que la enfermedad vascular periférica es la

única variable, además de la edad, que aumenta el riesgo quirúrgico. Creemos que este incremento del riesgo podría disminuirse con la utilización de nuevas técnicas, como la cirugía sin CEC.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Walter PJ. Coronary bypass surgery in the elderly. Dordrecht (Países Bajos): Kluwer Academic Publishers, 1995; 4.
2. Avery GJ, Ley SJ, Hill D, Hershon JJ, Dick SE. Risk, cost and outcome. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 591-596.
3. Gabe ED, Favaloro RR, Favaloro MR, Raffaelli HA, Machaín AH, Abud JA et al. Cirugía coronaria en pacientes ancianos. Resultados hospitalarios y a largo plazo. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 709-714.
4. Murkin JM, Martzke JS, Buchan AM. A randomized study of the influence of perfusion technique and pH management strategy in 316 patients undergoing coronary artery bypass surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110: 349-362.
5. Cuenca JJ, Herrera JM, Rodríguez-Delgadillo MA, Paladín V, Campos V, Rodríguez F et al. Revascularización miocárdica arterial completa con ambas arterias mamarias sin circulación extracorpórea. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 632-641.
6. Calafiore AM, Vitolla G, Iaco AL, Fino C, Di Giammarco G, Marchesani F et al. Bilateral internal mammary artery grafting: midterm results of pedicled versus skeletonized conduits. *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1637-1643.
7. Juffe A. Arterial revascularization off pump. 20th International Symposium. 37th Annual Meeting of The Society of Thoracic Surgeons. New Orleans, Louisiana, 29-31 enero, 2001.