



7. Cirugía cardiovascular

7.1. Evaluación ecocardiográfica en el postoperatorio tardío de pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico con anillo pequeño: regresión del índice de masa ventricular izquierda

Cernas-Romero María Elena, Calixto-Guizar Itzel, Rivera-Lara Pedro
Instituto Mexicano de Seguro Social.

Introducción: la estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente. Es progresiva y provoca sobrecarga de presión crónica del ventrículo izquierdo (VI) e induce cambios estructurales y funcionales en el mismo, con alta morbilidad y mortalidad. La presencia de anillo aórtico pequeño (menor o igual a 19 mm) y la hipertrofia de VI son factores de mal pronóstico. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con reemplazo valvular mecánico aórtico, dividiendo en dos grupos: anillo aórtico menor o igual a 19 mm y mayor a 19 mm. Se toman datos del ecocardiograma previo y posterior a la cirugía, mínimo seis meses, realizando la comparación del porcentaje de regresión del índice de masa del ventrículo izquierdo entre ambos. **Análisis estadístico:** variables cualitativas con porcentajes, cuantitativas con distribución normal media y desviación estándar y libre distribución mediana y rango intercuartílico. Variables categóricas prueba de χ^2 , cuantitativas con distribución normal t de Student y con libre distribución U de Mann Whitney. **Resultados:** setenta y dos

pacientes, 50% con anillo aórtico pequeño. Respecto al índice de masa ventricular izquierda (IMVI) previo a cirugía de 113 ± 26 en anillo pequeño y 128 ± 31 en anillo grande, mostrando regresión del IMVI posterior a cirugía, mediana de nueve meses, de 10.24% en anillo pequeño y 16.49% en anillo grande, estadísticamente significativo (*Tablas 7.1.1 a 7.1.5*). **Conclusiones:** en el estudio se correlacionan dos factores de mal pronóstico en estenosis aórtica, observando diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de reducción de masa ventricular izquierdo posterior a la cirugía, siendo menor en pacientes con presencia de anillo aórtico pequeño (menor o igual a 19 mm) de 10.24% en comparación con 16.49% de los pacientes con anillo aórtico mayor a 19 mm.

7.2. Características de los pacientes postoperados de revascularización miocárdica electiva que cursan con cetoacidosis diabética euglucémica asociada a uso de iSGLT-2

Frías-Rosas Christian, Rangel-Hernández Abraham,
Arriaga-Torres José
Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción: la cetoacidosis diabética (CAD) se presenta con acidosis metabólica de brecha aniónica amplia, pH menor de 7.3 y glucosa sérica mayor de 250 mg/dL. Por el contrario, los pacien-

Tabla 7.1.1.

Variable	Anillo pequeño N = 36 n (%)	Anillo grande N = 36 n (%)	p
Sexo			
Femenino	27 (75%)	11 (30.5)	< 0.001
Masculino	9 (25%)	25 (69.4)	
Edad (años)	61.8 ± 9.4	57.9 ± 8.7	0.077
IMC (kg/m ²)	25.2 (24.3-27.1)	25.3 (23.8-26.2)	0.563
Categorías de IMC			
Peso normal	16 (44.4)	14 (38.8)	0.459
Sobrepeso	17 (47.2)	21 (58.3)	
Obesidad grado I	3 (8.3)	1 (2.7)	
Superficie corporal (m ²)	1.64 (1.61-1.8)	1.88 (1.63-1.95)	0.04
Diabetes mellitus	23 (63.8)	20 (55.5)	0.47
Hipertensión arterial sistémica	15 (41.6)	23 (63.8)	0.058
Tabaquismo	18 (50.0)	18 (50.0)	1
EPOC	5 (13.8)	3 (8.3)	0.453
ERC	7 (19.4)	12 (33.3)	0.181
Tipo de válvula mecánica			
Saint Jude	7 (19.4)	7 (19.4)	0.415
Saint Jude HP	14 (38.8)	19 (52.7)	
Saint Jude Regent	15 (41.6)	10 (27.7)	

Características basales de la población en estudio.

Tabla 7.1.2.

Variable ecocardiograma basal	Anillo pequeño N = 36	Anillo grande N = 36	p
Diámetro diastólico del VI (mm)	42.3 ± 5.4	44.3 ± 7.4	0.22
Diámetro sistólico del VI (mm)	29.4 ± 7.9	31 ± 8.2	0.424
Grosor del septum IV (mm)	13 (12-14)	14 (13.5-15)	0.042
Grosor de la pared posterior del VI (mm)	12 (11-13)	13 (12-14.5)	0.001
PSAP (mmHg)	42 (36.5-48)	40 (36.5-51)	0.631
FEVI (%)	64 (49-71.5)	60.5 (50.5-69)	0.435
Gradiente máximo (mmHg)	97.4 ± 22.8	85.3 ± 18.9	0.018
Gradiente medio (mmHg)	60.8 ± 15.0	53.2 ± 13.0	0.026
Velocidad máxima (m/s)	5.1 (4.4-5.4)	4.5 (4.3-5)	0.010
Área valvular aórtica (cm ²)	0.48 (0.35-0.61)	0.7 (0.48-0.8)	0.001
Masa ventricular izquierda indexada (g/m ²)	113.3 ± 26.9	128 ± 31.8	0.040
Grosor parietal relativo	0.55 (0.5-0.65)	0.6 (0.52-0.7)	0.173

Tabla 7.1.3.

Variable ecocardiograma postquirúrgico	Anillo pequeño N = 36	Anillo grande N = 36	p
Diámetro diastólico del VI (mm)	42.1 ± 5.2	43.5 ± 6.3	0.333
Diámetro sistólico del VI (mm)	28.2 ± 7.4	29.5 ± 6.3	0.423
Grosor del septum IV (mm)	11 (12-13)	13 (12-14)	0.033
Grosor de la pared posterior del VI (mm)	11 (11-12.5)	12 (11-13)	0.138
PSAP (mmHg)	36.5 (32.5-47)	37 (32-41.5)	0.748
FEVI (%)	63 (57-65)	61.5 (55-65.5)	0.631
Gradiente máximo (mmHg)	25.5 (20-32.5)	19.5 (16.5-30)	0.073
Gradiente medio (mmHg)	14.5 (11-17.5)	12.5 (8-17)	0.193
Velocidad máxima (m/s)	2.4 (2.15-2.7)	2.15 (1.85-2.45)	0.041
Área protésica efectiva (cm ²)	1.4 (1.2-1.9)	1.7 (1.3-2)	0.322
Masa ventricular izquierda indexada (g/m ²)	103.2 ± 23.7	108 ± 26.4	0.347
Grosor parietal relativo	0.52 (0.47-0.62)	0.56 (0.45-0.61)	0.928

Tabla 7.1.4: Comparación de los parámetros ecocardiográficos de geometría ventricular previo y posterior al tratamiento quirúrgico.

Variable comparada	Prequirúrgico	Postquirúrgico	p
Diámetro diastólico del VI (mm)			
Anillo pequeño	42.3 ± 5.4	42.1 ± 5.2	0.699
Anillo grande	44.3 ± 7.4	43.5 ± 6.3	0.481
Diámetro sistólico del VI (mm)			
Anillo pequeño	29.4 ± 7.9	28.2 ± 7.4	0.320
Anillo grande	31 ± 8.2	29.5 ± 6.3	0.237
Grosor del septum IV (mm)			
Anillo pequeño	13 (12-14)	11 (12-13)	< 0.001
Anillo grande	14 (13.5-15)	13 (12-14)	< 0.001
Grosor de la pared posterior del VI (mm)			
Anillo pequeño	12 (11-13)	11 (11-12.5)	0.006
Anillo grande	13 (12-14.5)	12 (11-13)	< 0.001
Masa ventricular izquierda indexada (g/m ²)			
Anillo pequeño	113.3 ± 26.9	103.2 ± 23.7	< 0.001
Anillo grande	128 ± 31.8	108 ± 26.4	< 0.001
Grosor parietal relativo			
Anillo pequeño	0.55 (0.5-0.65)	0.52 (0.47-0.62)	0.177
Anillo grande	0.6 (0.52-0.7)	0.56 (0.45-0.61)	0.025

Tabla 7.1.5: Comparación de porcentaje de reducción de la masa ventricular izquierda indexada en pacientes con anillo aórtico pequeño y anillo aórtico grande.

Variable comparada	Anillo pequeño	Anillo grande	P
Porcentaje de reducción de la masa ventricular izquierda indexada posterior a la cirugía	10.24 (6.07-12.11)	16.49 (10.41-20.05)	< 0.001

tes con CAD asociada a iSGLT2 presentan brecha aniónica amplia con niveles de glucosa sérica menor de 250 mg/dL. Dada su baja incidencia el diagnóstico es un reto. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó una búsqueda basada en registros de hospitalización de enero de 2021 a agosto de 2022 con los siguientes criterios de inclusión: edad mayor a 18 años; diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica con ingreso para revascularización miocárdica quirúrgica electiva; y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con iSGLT-2. **Análisis estadístico:** se realizó una tabla de frecuencias en la que se recabaron las características basales de la población (edad, sexo, creatinina, tasa de filtrado glomerular, fracción de expulsión de ventrículo izquierdo), características del evento quirúrgico y datos clínicos al momento de diagnóstico de CAD (Tablas 7.2.1 a 7.2.3). **Resultados:**

Tabla 7.2.1: Características de la población.

Casos	Edad (años)	Sexo	Años de evolución DM2	IMC (kg/m ²)	Creatinina (mg/dL)	TFG (mL/min/1.73 m ²)	FEVI (%)	Tipo de ISGLT2	Otros tratamientos
1	78	Hombre	2	37.1	1.3	56	69	Dapaglifozina	Liraglutide
2	69	Hombre	8	28.4	1.1	73	47	Dapaglifozina	Metformina, sitagliptina
3	72	Hombre	8	26.2	0.8	94	67	Dapaglifozina	Linagliptina, Insulina glargina
4	52	Mujer	4	26.4	0.8	89	37	Dapaglifozina	Insulina glargina, metformina, sitagliptina
5	65	Hombre	6	28.3	1.2	67	21	Dapaglifozina	Metformina
6	51	Mujer	10	24.4	0.6	109	50	Dapaglifozina	Metformina, sitagliptina
7	51	Hombre	3	37.1	0.8	107	40	Dapaglifozina	Sitagliptina, metformina
8	55	Hombre	2	21.2	1.7	47	30	Dapaglifozina	Metformina
9	55	Hombre	24	33.9	1.15	75	60	Dapaglifozina	Pioglitazona, metformina, insulina glargina
10	54	Hombre	12	28.7	0.9	101	40	Dapaglifozina	Metformina, glibenclamida
N	60		7.9	29.3	1.03	81.8	46.1		

Tabla 7.2.2: Características del evento quirúrgico.

No. de caso	Arteria revascularizada	Tiempo de DCP (min)	Tiempo de pinzamiento aórtico (min)	Sangrado (ml)	Hematocrito precirugía (%)	Hematocrito postcirugía (%)	Lactato precirugía (mmoL/L)	Lactato postcirugía (mmoL/L)
1	DA, MO, 1DX	148	69	710	44.0	29.8	0.8	7.4
2	DA, MO	137	57	840	30.8	26.0	0.6	6.2
3	DA	114	92	230	36.0	18.4	0.5	2.7
4	DA, DP, PL	86	54	260	42.0	22.7	0.5	2.0
5	DA, RI	79	45	200	37.3	26.6	1.12	3.5
6	DA, MO	108	45	255	41.0	34.0	0.6	1.2
7	DA, MO, DP	99	50	530	45.6	33.0	1.1	4.5
8	DA, MO, 1DX	178	168	480	52.2	21.9	2.2	8.0
9	DA, MO	145	90	330	45.0	32.7	1.0	1.6
10	DA, NO, RVP, DP	10	57	410	42.0	22.0	0.9	3.3
Promedio		119.5	72.7	424.5	41.667	28.75	1.06	5.4

DCP = derivación cardiovascular. DA = descendente anterior. DP = descendente posterior. MO = marginal obtusa. PL = posterolateral. RI = ramo intermedio. RVP = ramo ventricular posterior. 1 DX = primer ramo diagonal.

Tabla 7.2.3: Características al diagnóstico.

	Glucosa precirugía (mg/dL)	Glucosa al diagnóstico de CAD (mg/dL)	pH al diagnóstico	Tiempo de cirugía a diagnóstico (horas)	Días de hospitalización
1	70	148.0	7.22	48.00	11.0
2	155	216.0	7.28	72.00	17.0
3	133	195.0	7.24	6.00	5.0
4	100	183.0	7.30	6.00	5.0
5	99	170.0	7.30	48.00	6.0
6	114	179.0	7.24	14.00	6.0
7	110	175.0	7.31	4.00	14.0
8	98	171.0	7.21	12.00	30.0
9	109	229.0	7.25	24.00	13.0
10	143	200.0	7.21	7.21	11.0
n	113.1	186.6	7.30	27.00	11.8

se recabaron datos de 10 pacientes que cumplieron la definición de CAD euglucémica en tratamiento con iSGLT-2. Ocho de los pacientes fueron hombres, la edad promedio fue 60 años (51-78 años); el IMC fue 29.3 kg/m²; la TFG fue 81.8 mL/min/1.73 m² (47-109 mL/min/1.73m²); la FEVI fue 46.1% (21-69%); la DA fue el vaso más intervenido; una defunción. **Conclusiones:** en este estudio 80% fueron hombres, el IMC fue mayor a 25 kg/m², la TFG se encontraba ligeramente disminuida (81.8 mL/min). Tenían FEVI reducida 60% previo a cirugía. El segundo fármaco hipoglucemiante más usado fue metformina. La mortalidad fue 10%. Se deben identificar las características de los pacientes que usan iSGLT-2 para evitar el desarrollo de CAD euglucémica en el postoperatorio.

7.3. Asociación del inicio temprano de anticoagulación con la presencia de derrame pericárdico en sujetos con cirugía valvular cardiaca

Gutiérrez-Cuevas Luis Manuel, Ortiz-Obregón Sergio, Moreno-Ruiz Luis Antonio
IMSS.

Introducción: los pacientes sometidos a cirugía cardiaca con derrame pericárdico ocurren en hasta tres cuartas partes; todos los pacientes luego de un implante valvular protésico inician anticoagulación con antagonista vitamina K (AVK) en los primeros días. Pocos estudios han buscado de manera intencionada si el tiempo de inicio tiene relación con el derrame. **Material y métodos:** estudio de casos-cohorte retrospectivo, observacional, analítico con recolección de información ambilectiva. Se incluyeron adultos sometidos a cirugía cardiaca valvular protésica mecánica en un periodo de 18 meses. Se realizaron dos grupos: terapia de anticoagulación con antagonista de vitamina K (AVK) en las primeras 72 horas y el otro grupo después de 72 horas. Los casos: derrame pericárdico (DP). **Análisis estadístico:** se contrastaron las diferencias de variables cualitativas entre grupos con χ^2 o en caso necesario (frecuencia esperada ≥ 5) con prueba exacta de Fisher. Para las variables de confusión se usó análisis multivariado. Las pruebas estadísticas fueron probadas bajo un nivel de alfa 0.05. **Resultados:** se registraron 270 pacientes; la comparación del resultado de DP en el grupo con AVK < 72 hrs. vs el grupo con AVK > 72 hrs. fue de 51 DP (18.9%)

vs 25 DP (9.3%) * p < 0.001. La comparación de taponamiento entre ambos grupos fue de ocho (3%) vs dos (0.7%) * p = 0.05 (Tablas 7.3.1 y 7.3.2). La comparación de pericarditis entre ambos grupos fue de 15 (5.6%) vs nueve (3.3%) * p = 0.1 (Figuras 7.3.1 y 7.3.2). **Conclusiones:** la anticoagulación temprana < 72 horas tiene mayor tendencia a desarrollo de derrame pericárdico y eventos cardiovasculares adversos mayores. A pesar de las recomendaciones de las guías internacionales de iniciar el esquema de anticoagulación

Tabla 7.3.1.

Características basales	Total N = 270 n (%)	< 72 horas N = 134 n (%)	> 72 horas N = 136 n (%)	p *
Mujeres	142 (52.6)	62 (23.0)	80 (29.6)	0.03
Hombres	128 (47.4)	72 (26.7)	56 (20.7)	0.03
Hipertensión arterial	113 (41.9)	61 (22.6)	52 (19.3)	0.22
Diabetes mellitus	69 (25.6)	31 (11.5)	38 (14.1)	0.36
Dislipidemia	48 (17.8)	24 (8.9)	24 (8.9)	0.95
Enfermedad renal crónica	11 (4.1)	4 (1.5)	7 (2.6)	0.36
Enfermedad pulmonar	10 (3.7)	3 (1.1)	7 (2.6)	0.20
Tabaquismo	96 (35.6)	51 (18.9)	45 (16.7)	0.39
Lesión renal aguda	16 (5.9)	9 (3.3)	7 (2.6)	0.58
IMC < 30	226 (83.7)	115 (42.6)	111 (41.1)	0.41
IMC > 30	44 (16.3)	19 (7.0)	25 (9.3)	0.41
NYHA I-II	193 (71.5)	94 (34.8)	99 (36.7)	0.630
NYHA III-IV	77 (28.5)	40 (14.8)	37 (13.7)	0.630
FEVI < 40	27 (10.0)	12 (4.4)	15 (5.6)	0.25
Insuficiencia mitral	113 (41.9)	49 (18.1)	64 (23.7)	0.08
Insuficiencia aórtica	90 (33.3)	50 (18.5)	40 (14.8)	0.16
Estenosis mitral	67 (24.8)	33 (12.2)	34 (12.6)	0.94
Estenosis aórtica	151 (55.9)	84 (31.1)	67 (24.8)	0.02

Tabla 7.3.2.

MACE	Total N = 270 n (%)	< 72 horas N = 134 n (%)	> 72 horas N = 136 n (%)	p *
Pericarditis	24 (8.9)	15 (5.6)	9 (3.3)	0.1
Derrame pericárdico	76 (28.1)	51 (18.9)	25 (9.3)	< 0.001
Taponamiento	10 (3.7)	8 (3)	2 (0.7)	0.05

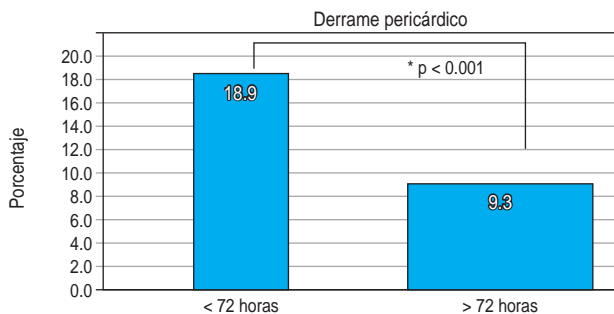


Figura 7.3.1.

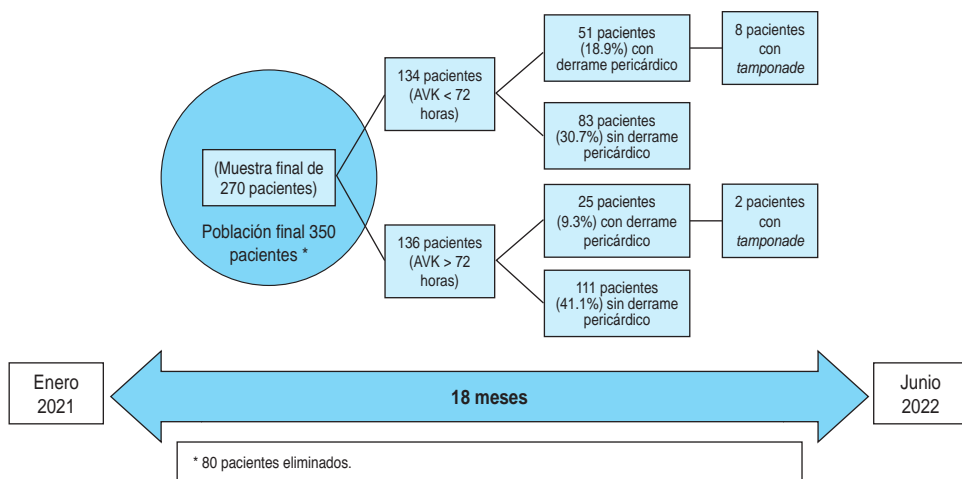


Figura 7.3.2.

Eventos de derrame pericárdico en pacientes postoperados de cirugía valvular única o múltiple de acuerdo con el tiempo de inicio de anticoagulación (< 72 vs > 72 horas).

con AVK en el primer día postoperatorio el comportamiento en nuestra población es distinto, motivo que da pauta para una nueva línea de investigación.

7.4. Abordaje ecocardiográfico transhepático en comparación con el abordaje subcostal para la evaluación de la vena cava inferior en pacientes postquirúrgicos de cirugía cardíaca

Orozco-Sepúlveda DE, Lomelí-Sánchez O, Chih-Lin Chen, Ramos-Aguas D, Esturau-Santaló R, Hernández-del Río JE, Miranda-Aquino T
Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Introducción: la vena cava inferior es una vena fácilmente compresible y su calibre no es afectado por la respuesta compensatoria vasoconstrictora generada ante la pérdida de volumen intravascular. A pesar de que su variabilidad respiratoria es un parámetro dinámico útil, su uso presenta limitaciones clínicas en poblaciones específicas. **Material y métodos:** se valoró la VCI en las vistas subcostal y transhepática por un operador experimentado y uno no experimentado en un grupo de validación de pacientes no posquirúrgicos, posteriormente en un grupo de pacientes postquirúrgicos de cirugía cardíaca con drenajes mediastinales. Se analizó el diámetro máximo y mínimo, el tiempo en la adquisición de las imágenes, el grado de dolor y la calidad de las vistas (Tablas 7.4.1 a 7.4.3). **Análisis estadístico:** se obtuvo un total de 43 pacientes del grupo de validación y 49 pacientes del grupo de pacientes postquirúrgicos. Se determinó la concordancia de las variables por medio de la prueba de Pearson. **Resultados:** en el grupo de validación sin diferencia significativa en el diámetro máximo entre las vistas SC vs TH (15.6 vs 16.0; p = 0.9, r = 0.93), ni en el diámetro mínimo (11.2 vs 11.5; p = 0.7, r = 0.94). En el grupo de postquirúrgicos sin diferencia significativa en el diámetro máximo en SC vs TH 18.3 vs 18.1; p = 0.8, r = 0.9, ni en el mínimo (14.5 vs 14.3; p = 0.9) (Figuras 7.4.1 y 7.4.2). **Conclusiones:** en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca, es posible utilizar la vista transhepática para evaluación de la vena cava inferior porque tiene una excelente concordancia con los valores de la ventana subcostal, con menos tiempo para la adquisición de imágenes, mejor calidad de las mismas y menor dolor.

Tabla 7.4.1: Grupo control validación.

Variable	Subcostal	Transhepática	p	Concordancia
Diámetro mínimo	15.6 ± 6.1	16.0 ± 6.2	0.900	0.93
Diámetro máximo	11.2 ± 6.8	11.5 ± 6.8	0.700	0.94
Tiempo	15 (11-23)	10 (7-21)	0.090	0.17
Dolor	0 (0-2)	0 (0-1)	0.210	NA
Ventana acústica		95%	0.400	
Buena, n (%)	73 (85)	84 (98)	0.007	NA
Mala, n (%)	13 (15)	2 (2)	0.007	NA

Tabla 7.4.2. Grupo pacientes posquirúrgicos.

Variable	Subcostal	Transhepática	p	Concordancia
Diámetro máximo	18.3 ± 5.2	18.1 ± 14.8	0.8	0.90
Diámetro mínimo	14.5 ± 5.4	14.3 ± 17.2	0.9	0.93
Tiempo	57 (40-83)	18 (12-32)	< 0.0001	0.43
Dolor	8 (4-10)	0 (0-2)	< 0.0001	NA
Ventana acústica				
Buena, n (%)	39 (40)	94 (96)	< 0.0001	NA
Mala, n (%)	59 (60)	4 (4)	< 0.0001	NA

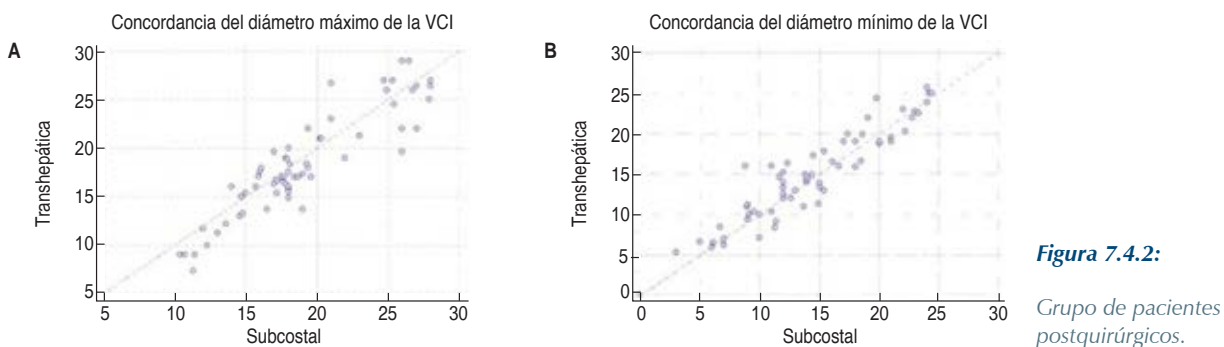
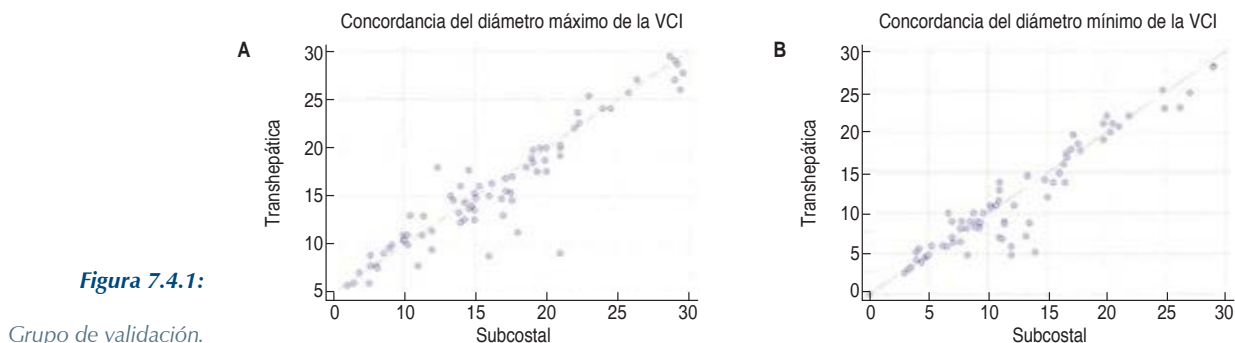
7.5. Síndromes pericárdicos en cirugía cardíaca valvular

Gutiérrez-Cuevas Luis Manuel, Ortiz-Obregón Sergio, Moreno-Ruiz Luis Antonio
IMSS.

Introducción: en el caso de la cirugía cardíaca se conoce que los síndromes pericárdicos ocurren en un 10 a 30%. Se desarrollan como complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente en su presentación como pericarditis, derrame pericárdico y tamponade cardíaco. Estudios previos han evaluado factores de

Tabla 7.4.3. Comparación entre observador experto vs principiante en grupo pacientes posquirúrgicos.

Variable	Subcostal			Concordancia	Transhepática			Concordancia
	Experto	Principiante	p		Experto	Principiante	p	
Diámetro máximo	17.9 ± 5.1	18.8 ± 5.4	0.5	0.93	18.1 ± 4.7	18.2 ± 5.1	0.6	0.94
Diámetro mínimo	14.2 ± 5.6	14.8 ± 5.4	0.6	0.95	14.8 ± 8.7	13.9 ± 5.4	0.6	0.93
Tiempo	50 (38-88)	59 (44-80)	0.6	0.71	16 (11-26)	19 (17-30)	0.05	0.13
Dolor	0 (0-2)	0 (0-1)	0.21	NA	0 (0-0)	0 (0-0)	0.9	NA
Ventana acústica								
Buena, n (%)	20 (39)	20 (39)	0.9	NA	47 (96)	47 (96)	0.9	NA
Mala, n (%)	29 (61)	29 (61)	0.9	NA	2 (4)	2 (4)	0.9	NA



riesgo e identificado a los pacientes de alto riesgo (Figura 7.5.1). **Material y métodos:** el objetivo fue medir la frecuencia de síndromes pericárdicos en pacientes llevados a cirugía valvular cardiaca. La población objetivo fueron pacientes llevados a un implante valvular protésico mecánico con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se trató de un estudio de casos-cohorte retrospectivo, observacional, analítico con recolección de información ambielectiva. **Análisis estadístico:** se probó la distribución de las variables cuantitativas con Kolmogórov-Smirnov y aquellas con distribución semejante a la normal se resumieron con media y desviación estándar; las variables cualitativas en frecuencias absolutas y relativas. Las pruebas estadísticas bajo un nivel crítico de 0.05. **Resultados:** se registraron 270 pacientes, con evidencia de 24 pacientes que presentaron pericarditis (8.9%), 76 pacientes con derrame pericárdico (28.1%) y 10 pacientes con taponamiento

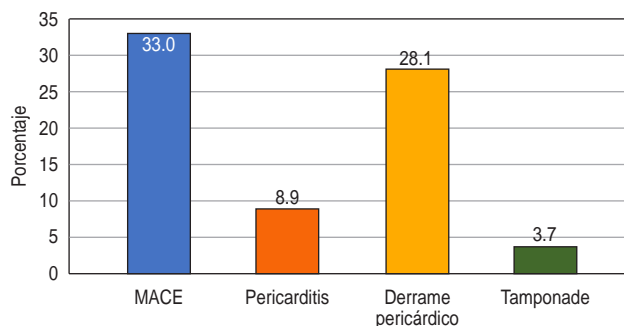


Figura 7.5.1: Desenlace del evento combinado en pacientes postoperados de cirugía valvular única o múltiple.

(3.7%). Se analizó criterio de valoración compuesto de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) obtenido en 90 pacientes (33.3%) (Tabla 7.5.1). **Conclusiones:** en este estudio se encontró que entre los factores de riesgo cardiovasculares la hipertensión tiene correlación para el desarrollo de síndromes pericárdicos; la

Tabla 7.5.1.

Variables	Total N = 270 n (%)	p *
Mujeres	142 (52.6)	NS
Hombres	128 (47.4)	NS
Edad (años)	55.7 ± 12.1	NS
HAS	113 (41.9)	0.007
DM	69 (25.6)	NS
DSL	48 (17.8)	NS
IMC (kg/m ²) > 30	23 (16.3)	NS
Tabaquismo	96 (35.6)	NS
NYHA III-IV	77 (28.5)	NS
FEVI < 40	13 (9.2)	NS
Creatinina, mg/dL	1.09 ± 1.1	0.002
Estenosis mitral	67 (24.8)	0.049
Estenosis aórtica	151 (55.9)	0.040
Implante valvular aórtico	158 (58.5)	0.010
Implante valvular múltiple	37 (13.7)	0.010
Frote pericárdico	22 (8.1)	0.040
Dolor pleurítico	21 (7.8)	0.060
Pericarditis	24 (8.9)	0.019
Derrame pericárdico	76 (28.1)	0.000
Taponamiento	10 (3.7)	NS
MACE	90 (33.3)	0.000

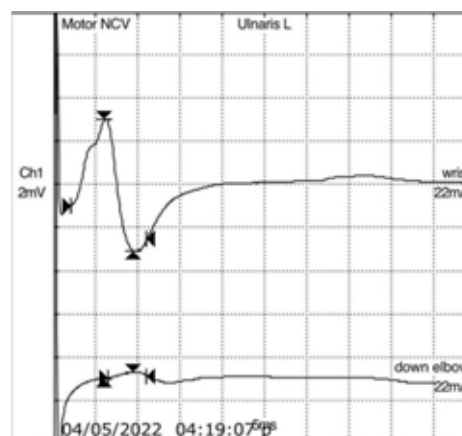


Figura 7.6.1: Electromiografía con bloqueo de conducción nerviosa del nervio cubital.

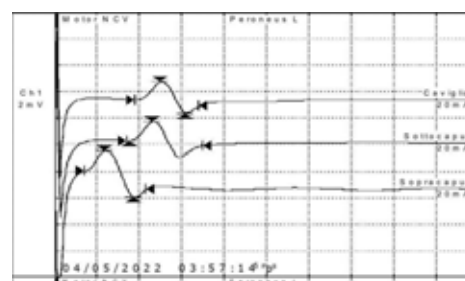


Figura 7.6.2: Electromiografía con bloqueo de conducción nerviosa de nervio peroneal.

Tabla 7.6.1: Electromiografía compatible con polirradiculoneuropatía desmielinizante con degeneración axonal secundaria.

MNCV	Site/Segment	Latency ms	Amplitude mV	Durate ms	Area mVms	Distance mm	Velocity m/s
Peroneo derecho	Hueco poplíteo	9.0	0.138	7.1	1.100		
	Cabeza de peroné	9.9	0.183	6.9	1.200	310	42.4
	Tobillo	2.6	0.609	3.4	1.200		
Tibial postoperatorio derecho	Hueco poplíteo	10.1	0.509	7.4	1.400	370	66.0
	tobillo	4.5	0.415	6.0	3.600		
Peroneo izquierdo	Hueco poplíteo	9.5	2.400	7.5	5.500		
	Cabeza de peroné	8.6	1.400	8.8	6.900	330	66.0
	tobillo	3.6	3.500	7.2	10.500		
Tibial postoperatorio izquierdo	Hueco poplíteo	11.0	0.336	7.5	0.910	360	56.2
	Tobillo	4.6	0.139	8.8	1.200		
Mediano derecho	Muñeca	3.4	0.138	9.0	0.763		
	Codo	10.9	0.010	7.7	0.079	220	29.3
Mediano izquierdo	Muñeca	3.6	1.300	3.8	2.300		
	Codo	17.4	0.058	9.5	0.463	200	14.5
Cubital izquierdo	Muñeca	2.1	6.200	8.9	17.700		
	Codo	6.5	0.316	4.5	0.857	240	54.5
Cubital derecho	Muñeca	2.6	5.300	13.7	19.200		
	Codo	5.8	0.642	10.2	2.900	240	75.0

valvulopatía mitral y aórtica, así como su resolución quirúrgica e implante de más de una prótesis valvular en un evento quirúrgico tienen mayor tendencia para desarrollar derrame pericárdico. Un tercio de la población estudiada presentó MACE.

7.6. Síndrome de Guillain-Barré posterior a cirugía cardíaca: primer caso en Latinoamérica

Torres-Pulido Abraham, Espinosa-González Patricia,
Elizalde-Silva José Luis, Reyes-Ortega Antonio, Rojas-Velasco Gustavo
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Presentación del caso: hombre de 65 años postoperado de revascularización coronaria y cambio valvular aórtico. Al tercer día

postoperatorio presentó paresia ascendente, arreflexia y dificultad respiratoria. La electromiografía reportó polirradiculoneuropatía desmielinizante con degeneración axonal secundaria compatible con SGB (*Figuras 7.6.1 y 7.6.2*). Recibió inmunoglobulina con buen desenlace. **Resultados:** hasta el año 2021, únicamente se habían reportado 13 casos a nivel mundial de SGB postcirugía de revascularización coronaria, lo que convierte al presente caso en el número 14 y en el primero reportado en México y América Latina (*Tabla 7.6.1*). **Análisis y conclusiones:** es importante considerar el SGB como una complicación neurológica posterior a cirugía cardíaca. No se han descrito factores de riesgo relacionados por lo que un manejo multimodal con diagnóstico y tratamiento oportuno podría impactar en desenlaces y morbimortalidad.