Resultados luego de la implementación de un protocolo de atención centrado en el paciente en Cirugía cardiovascular

Manuel Quiroz Flores[1], Belén Tapia Da Silva[2], Bryan Oyarce Letelier[2], Ignacia De la Vega Irigoyen[2], Pedro González Leyton[2], Victor Valdivia Urra[3], Victor De la Torre Cruz[3]

1. Stanford University, Department of Cardiothoracic Surgery, Palo Alto, California
2. Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología, Antofagasta, Chile
3. Hospital Regional de Antofagasta, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, Antofagasta, Chile

INTRODUCCIÓN:
Los pacientes de cirugía cardiovascular son un desafío en el pre y postoperatorio debido a múltiples factores que deben controlarse. Nuestro objetivo es presentar los resultados de un protocolo de atención en cirugía cardiaca.

METODOLOGÍA:
Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes operados por el mismo cirujano durante el periodo de 2020 a 2023 en un hospital público. Los grupos analizados fueron 2020-2021 Grupo Control (GC) y 2022-2023 Grupo intervención (GI).

INCLUSIÓN:
Pacientes operados con registros clínicos completos.

EXCLUSIÓN:
Pacientes operados de cirugía no cardíaca o que no fueron candidatos al protocolo de extubación. Revisamos protocolos operatorios, anestésicos, registros clínicos, control ambulatorio y rehabilitación. Analizamos variables demográficas, del pre y postoperatorio, de la cirugía y seguimiento. Utilizamos estadística descriptiva, prueba T de student, Chi cuadrado y sobrevida con método de Kaplan-Meier. Se contó con aprobación del comité de ética científico.

RESULTADOS:
De 83 pacientes operados, 78 fueron elegibles; 36 y 42 respectivamente. No se registró mortalidad intra hospitalaria o precoz. Los grupos fueron comparables. (Tabla 1). Respecto al Euroscore en alto riesgo hubo una diferencia significativa. Las cirugías fueron revascularización coronaria en 33 y 39 casos, reemplazo valvular mitral 2 casos en GC y reemplazo valvular aórtico 1 y 3 casos respectivamente. Se realizaron 4 y 11 cirugías sin circulación extracorpórea (CEC). Se realizó ecografía epiaórtica en ambos grupos, se decidió el cambio del sitio de canulación o clamp aórtico (CA) en 3 y en 2 casos respectivamente. Los tiempos promedio de CEC y CA, del GC fueron CEC 84 minutos (min.) y CA 56 min. El GI presentó CEC 75 min. y CA 49 min. No fue significativo. Se extubo antes de 6 horas a 12 casos del GC (33%) y al 100% del GI, diferencia significativa ($p<0,005$). Requirieron reintubación 1 paciente en cada grupo y ventilación mecánica prolongada 2 del GC y 1 del GI. Las complicaciones en el GC; 1 dehiscencia esternal, 1 accidente cerebrovascular isquémico y 1 neumonía y en GI 1 neumonía, 1 delirium y 1 reintervención por sangrado de safenectomía. La fibrilación auricular postoperatoria ocurrió en 3 casos del GC, diferencia significativa. El tiempo promedio de hospitalización fue 10 días en GC y 7 días GI, $p=0,0047$. El seguimiento medio del GC fue 48,6 meses con sobrevida de 91,7% 3 pacientes fallecen; (Cáncer de Parótida, Falla renal crónica y paro cardiorespiratorio). En el GI el seguimiento medio fue de 47,6 meses con sobrevida de 92,9% 4 pacientes fallecen; (Cáncer de Colon sigmoides, sepsis abdominal, sepsis respiratoria y paro cardiorespiratorio) no fue significativo.

CONCLUSIONES:
La implementación de un protocolo centrado en el paciente logra beneficios que impactan la calidad de la atención sin afectar la sobrevida. Es fundamental la participación de la unidad de cuidados intensivos.