

CO66

222. EXPERIENCIA CON EL DISPOSITIVO OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN EL TRATAMIENTO DEL *SHOCK* POSCARDIOTOMÍA REFRACTARIO

Hernández CE, Heredia T, Bel AM, Doñate L, Schuler M, Pérez M, Torregrosa S, Valera FJ, Margarit JA, Montero JA
Hospital La Fe, Valencia

Introducción y objetivo: la incidencia de *shock* poscardiotomía refractario (SPCR) a tratamiento convencional se sitúa en torno al 1%. La implantación de oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) de forma temporal como puente a la recuperación o a la utilización de otras medidas terapéuticas está ampliamente aceptada, pese a que los resultados no han sido satisfactorios según algunas series. En esta serie queremos mostrar nuestros resultados con el uso de la asistencia circulatoria de corta duración para el tratamiento de pacientes con SPCR.

Material y métodos: estudio sobre una serie de casos en los que se implantó dispositivo ECMO por fallo en el destete de la circulación extracorpórea (CEC) o por desarrollo posterior del cuadro.

Resultados: entre diciembre de 2006 - diciembre de 2011 se implantaron un total de 14 dispositivos en pacientes con SPCR, siendo 5 (35,7%) en enfermos sometidos a revascularización coronaria. En 7 casos se inició la asistencia tras el destete de la CEC. El tiempo medio de asistencia fue de 177,6 h. En el 78,6% de la muestra se utilizó balón intraaórtico de contrapulsación previamente. La complicación más frecuente fue la hemorragia mediastínica con reintervención hasta en el 42,8% de los pacientes. La mortalidad hospitalaria fue de un 57,1%, sin detectar muertes tardías.

Conclusión: estos resultados han hecho que el tratamiento con ECMO sea considerado en nuestro centro como una medida de primer orden para el tratamiento de los pacientes con fallo cardíaco tras la cirugía, a pesar de la alta mortalidad del proceso, que en algunas series es superior al 70%.

CO67

230. COMPARACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DE LA MORTALIDAD PRECOZ TRAS CIRUGÍA CARDÍACA CALCULADO POR LAS ESCALAS DE RIESGO EUROSCORE I Y II

Arnaiz García ME, González Santos JM, López Rodríguez J, Dalmau Sorlí MJ, Bueno Codoñer M
Hospital Clínico Universitario, Salamanca

Objetivo: recientemente se ha modificado la escala de riesgo EuroSCORE para mejorar su capacidad predictiva de mortalidad precoz tras cirugía cardíaca. Comparamos la capacidad predictiva de la nueva escala (EuroSCORE II) con la de la escala antigua.

Material y métodos: calculamos retrospectivamente la mortalidad esperada (ME) en un grupo de 1.024 pacientes consecutivos sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC) o a revascularización miocárdica sin ella. Los pacientes se agruparon de acuerdo con el tipo de cirugía: coronaria, valvular, combinada o mixta. Comparamos la mortalidad observada (MO) a 30 días con la estimada (ME)

por ambas escalas y analizamos su poder discriminatorio en cada situación mediante regresión nominal, expresado como el valor del área bajo la curva (AUC).

Resultados: en la tabla 1 se muestra la MO y calculada (ME) por las dos escalas de riesgo (método logístico) para el grupo total y para cada uno de los subgrupos.

Conclusiones: en nuestra experiencia, el EuroSCORE I sobrestima la mortalidad y el EuroSCORE II la infraestima de manera más acusada. Aunque el tamaño muestral es limitado, especialmente para el análisis de subgrupos, nuestros resultados cuestionan la utilidad de la nueva escala de riesgo EuroSCORE II.

TABLA 1.

	N	MO	ME-E1	AUC	p	ME-E2	AUC	p
Total	1.024	6,5%	9,2%	0,7500	0,0001	2,6%	0,7363	0,0001
Coronarios	277	3,9%	7,3%	0,7923	0,0002	1,9%	0,7778	0,0004
Valvulares	452	6,1%	8,0%	0,7446	0,0007	2,3%	0,7202	0,0900
Combinados	167	10,1%	10,7%	0,6539	0,0875	3,4%	0,6631	0,3060
Miscelánea	128	8,5%	15,3%	0,7626	0,0001	3,9%	0,7634	0,0449



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es