

## CO80

## 89. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LAS ESCALAS DE RIESGO CHADS<sub>2</sub> Y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR TRAS CIRUGÍA CORONARIA AISLADA

Grupo de Trabajo de Arritmias de la SECTCV. En representación: Martín E, Hornero F  
*Hospital General Universitario, Valencia*

Objetivos: validar las escalas de riesgo CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC como modelos predictivos de desarrollo de accidente cerebrovascular (ACV) en cirugía coronaria aislada (CCA).

Material y métodos: pacientes consecutivos sometidos a CCA en 16 hospitales españoles. Excluidos casos con igual o más de una variable/s incompleta/s. Puntuaciones CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC computadas para todos los pacientes, considerándose variable de resultado la aparición de ACV (ataque isquémico transitorio [AIT]/ictus) perioperatorio precoz (primer mes postoperatorio y/o alta hospitalaria). Análisis uni y multivariante. La capacidad discriminativa fue cuantificada por el cálculo del área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados: veinte mil novecientos ochenta pacientes incluidos, 282 desarrollaron ACV postoperatorio (1,34%). La incidencia de ACV fue superior en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y/o fracción de eyección inferior al 40% (4,10 vs 0,83%), diabéticos (1,70 vs 1,11%), hipertensos (1,60 vs 0,98%), ACV previo (2,72 vs 1,26%) y a enfermedad arterial periférica (EAP) (3,04 vs 1,04%; p < 0,05). En el análisis multivariante, ICCC (*odds ratio* [OR]: 4,06), ACV previo (OR: 1,48), EAP (OR: 1,49) constituyeron factores de

riesgo independientes para el desarrollo de ACV postoperatorio (p < 0,05). El AUC para CHADS<sub>2</sub> fue 0,666, y para CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC 0,655 (p < 0,0001). La distribución de las tasas de ACV postoperatorio según las puntuaciones de las anteriores escalas se recoge en la figura 1 (p < 0,0001).

Conclusiones: las escalas de riesgo CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC pueden resultar útiles en la práctica clínica para estratificar el riesgo de desarrollo de ACV postoperatorio en pacientes sometidos a CCA.

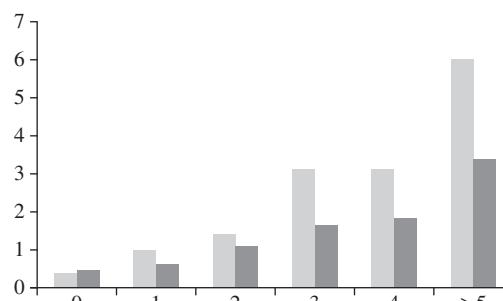


Figura 1. Tasas de ACV postoperatorio en pacientes sometidos a CCA según puntuaciones de las escalas CHADS<sub>2</sub> (gris) y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC (negro).

## CO81

## 286. DURABILIDAD Y COMPORTAMIENTO HEMODINÁMICO DE BIOPRÓTESIS EN POSICIÓN PULMONAR EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Reyes-Juárez JL, Sureda-Barbosa C, Castro-Alba MA, Palmer-Camino NE, Dos L, Pijuan A, Abella RF, Galiñanes-Hernández M  
*Hospital Vall d'Hebron, Barcelona*

Objetivo: el comportamiento y durabilidad de bioprótesis en posición pulmonar no está bien descrito. Analizamos ambas características en nuestra serie con pacientes con cardiopatías congénitas.

Materiales y métodos: entre 2003-2011 se realizó sustitución valvular pulmonar con bioprótesis a 55 pacientes, se excluyó a pacientes que recibieron homoinjertos. La edad media fue 45,8 años. El tamaño de la válvula fue de 25 mm. Las prótesis empleadas fueron Mitroflow (5) y Carpentier-Edwards Magna (50).

Resultados: hubo una muerte temprana en el seguimiento y ninguna tardía. El seguimiento fue del 100%, con una duración media de  $2,43 \pm 1,58$  años (0,5-8,2 años, 102 años/paciente). Todos los pacientes están libres de reintervención hasta los 8 años. La libertad de disfunción protésica a los 2, 5 y 7 años fue de 98, 89 y 83%. La edad más joven en el momento del implante se identificó como un factor de riesgo para disfunción protésica por análisis multivariado.

Conclusiones: el comportamiento y durabilidad de bioprótesis en posición pulmonar hasta los 7 años son aceptables. No observamos diferencias entre los dos tipos de prótesis empleadas.



**BIO MED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



91 803 28 02



[info@biomed.es](mailto:info@biomed.es)

