

## Carta al Director

## Breve comentario sobre el artículo original «Validación del EuroSCORE II: ¿funciona en nuestro medio?»

## Brief comment on the original article "EuroSCORE II validation. Does it work in our patients?"

Sr. Director:

Quería felicitar al Dr. José M. Cortina y al Dr. Jacobo Silva por sus respectivos editoriales y artículo original publicados en el número de abril-junio 2013 y versados en la validación externa del nuevo EuroSCORE II.

Ambos son estimulantes y en especial estoy absolutamente de acuerdo con los comentarios del Dr. Cortina, ya que, nos guste más o menos, EuroSCORE II da una respuesta como mínimo «más realista» a la mortalidad estimada del paciente intervenido bajo CEC.

EuroSCORE II no se debe tomar a la ligera; ha sido calculado a partir de los resultados recientes (mayo-julio del 2010) de un gran número de centros (154 centros; 43 países; 19 centros españoles) y sobre un volumen de pacientes (22.381) superior al volumen anual de cirugía con CEC de todo nuestro país (18.252 en el registro del 2011 publicado en el mismo número de la revista).

Al igual que se comenta en el editorial, cuando comparamos la mortalidad real con la estimada, solamente se pueden producir 3 escenarios: que nuestros resultados sean mejores, iguales o peores. Los 2 primeros escenarios son zonas de tranquilidad, y es lo que ocurre actualmente cuando estimamos la mortalidad mediante EuroSCORE logístico. El tercer escenario, que es el que se plantea en el artículo del Dr. Silva, nos exige realizar un análisis crítico de por qué se ha dado esa situación y que solamente tiene 3 posibles respuestas: que la mortalidad estimada esté infravalorada y, por lo tanto, la estimación no sea válida; que la mortalidad real sea superior a la estimada y, por lo tanto, superior al estándar aceptable, que se den ambas situaciones a la vez.

En el caso de confirmarse la primera respuesta, volvemos a estar en una zona de tranquilidad. En el caso de confirmarse la segunda o tercera respuestas, es una situación delicada que nos exige, una vez más, un nuevo análisis crítico de los resultados reales de nuestro grupo.

En el artículo original «Validación del EuroSCORE II: ¿funciona en nuestro medio?», El Dr. Silva realiza un trabajo estadístico exhaustivo concluyendo que EuroSCORE II discrimina bien pero calibra mal el riesgo, infraestimándolo, con lo que se posiciona en la primera respuesta. Llama la atención que el autor define en el apartado de métodos que las variables cuantitativas no normales se expresan mediante mediana y rango intercuartil cuando el EuroSCORE logístico y II (cuyas distribuciones son no normales) los expresa mediante media e intervalo de confianza del 95%, sobre la base de los cuales realiza el análisis. Si la mortalidad estimada la hubiera expresado con mediana (cuyo resultado está menos afectado por los valores extremos y, por lo tanto, menor valor absoluto), la diferencia entre la mortalidad real y la estimada sería aún más acusada, situación que al menos debería hacernos pensar que probablemente nos encontremos en el caso de la segunda o tercera respuestas, que son que la mortalidad real sea más alta de la esperada con o sin una infraestimación del riesgo operatorio.

A modo de ejemplo, presento mi serie personal de pacientes intervenidos bajo CEC desde el 2011 hasta la actualidad, con la mortalidad real comparada con la estimada mediante EuroSCORE logístico (fig. 1) y EuroSCORE II (fig. 2) (expresados como mediana y rango intercuartil), en donde se ve que EuroSCORE II se aproxima

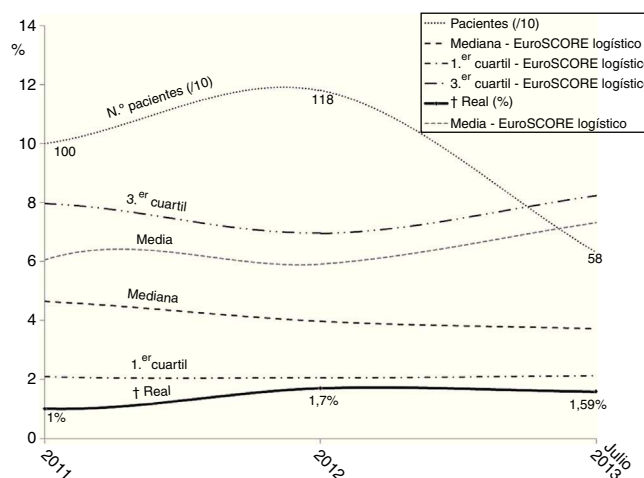


Figura 1. Mortalidad real (intrahospitalaria) comparada con mortalidad estimada por EuroSCORE logístico (media, mediana, rango intercuartil, número de pacientes).

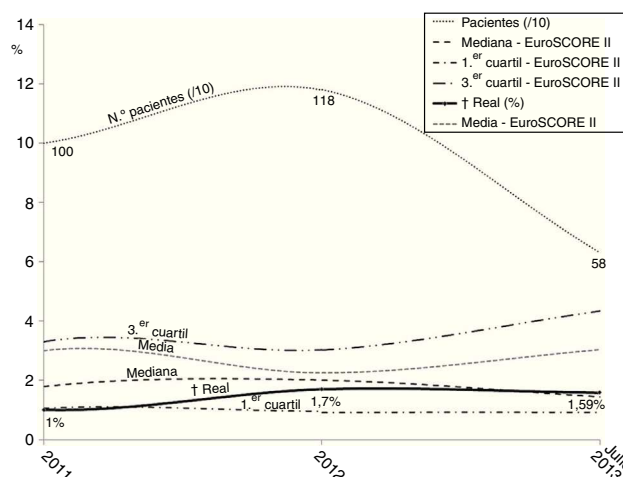


Figura 2. Mortalidad real (intrahospitalaria) comparada con mortalidad estimada por EuroSCORE II (media, mediana, rango intercuartil, número de pacientes).

mucho a los resultados reales. También se representa EuroSCORE logístico y II como media aritmética para mostrar como su valor está claramente desplazado por los valores extremos con respecto a la mediana (figs. 1 y 2).

Como conclusión, debo afirmar que EuroSCORE II supone un cambio cuantitativo y cualitativo con respecto a EuroSCORE logístico, con una clara disminución de la mortalidad estimada que, a falta de ser validado externamente, muy probablemente sí refleja la realidad actual de muchos grupos quirúrgicos. Por ello, animo a que EuroSCORE II no se interprete como una amenaza, sino más bien como un estímulo y una meta deseable de conseguir y mantener.

Rubén Fernández-Tarrío

Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Son Espases,  
Palma de Mallorca, Islas Baleares, España  
Correo electrónico: rutarrío@yahoo.es

7 de agosto de 2013 29 de agosto de 2013