



ORIGINAL

Morbimortalidad de los aneurismas de aorta abdominal rotos durante la implantación del tratamiento endovascular en nuestro centro



E.M. Evangelista Sánchez*, E. Doiz Artázcoz, R. Conejero Gómez, A. Craven-Bartle Coll, F.N. Arribas Aguilar y M. Rodríguez Piñero

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Recibido el 8 de mayo de 2014; aceptado el 23 de julio de 2014

Disponible en Internet el 30 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Aneurismas;
Aorta abdominal;
Rotura;
Tratamiento
endovascular

Resumen

Objetivo: Valorar la mortalidad y complicaciones postoperatorias durante el primer mes de los aneurismas de aorta abdominal rotos (AAAr), en función de la técnica quirúrgica empleada, reparación endovascular de aneurisma (EVAR). Analizar los factores pronósticos que influyen en la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohortes históricas de los pacientes con AAAr infrarrenales y yuxtarrenales sometidos a tratamiento quirúrgico (EVAR o cirugía abierta) en nuestro centro. Los criterios de elección para EVAR son anatomía favorable y estabilidad hemodinámica. Las variables recogidas fueron características demográficas, factores de riesgo cardiovascular y patología asociada, técnica quirúrgica, lugar de procedencia, demora en la intervención, situación preoperatoria, complicaciones médico-quirúrgicas postoperatorias, estancia en unidad de reanimación posquirúrgica (URP) y en planta de hospitalización y mortalidad.

Resultados: Entre enero de 2011 y agosto del 2013 se intervinieron 31 varones con edad media de 71 años. La mortalidad global fue del 45% (mortalidad del 61% en cirugía abierta frente al 23% con EVAR, $p < 0,06$). Hipotensión preoperatoria < 80 mmHg ($p < 0,004$), creatinina $> 2,1$ mg/dl ($p < 0,018$) e inestabilidad hemodinámica en quirófano ($p < 0,05$) se asocian con la mortalidad de forma significativa, independientemente de la técnica quirúrgica empleada. La estancia media en URP fue de 10 días en cirugía abierta frente a 2 días en EVAR ($p < 0,04$). La estancia media hospitalaria fue de 19 días en cirugía abierta frente a 6,5 días en EVAR.

Conclusiones: La introducción del EVAR para el tratamiento de los AAAr en nuestro centro ha disminuido la morbimortalidad, la estancia media en URP y en planta de hospitalización.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evangel80@hotmail.com (E.M. Evangelista Sánchez).

KEYWORDS

Aneurysm;
Abdominal aortic;
Ruptured;
Endovascular repair

Morbidity and mortality of ruptured abdominal aortic aneurysms during endovascular treatment**Abstract**

Objective: A study was conducted on the 30-day mortality and postoperative complications after endovascular repair (EVAR) and open surgery in patients with ruptured abdominal aortic aneurysms (rAAA). An analysis was made of the prognostic factors influencing the mortality.

Material and methods: A review was conducted on a cohort of patients with infrarenal and juxtarenal rAAA undergoing surgical treatment (EVAR and open surgery). The selection criteria used for EVAR were favourable anatomy and hemodynamic stability. The variables collected were demographic characteristics, cardiovascular risk factors and associated diseases, surgical technique, place of origin, delayed intervention, preoperative status, postoperative medical and surgical complications, postoperative stay in intensive care unit (ICU) and days of hospital stay, and mortality.

Results: A total of 31 males with a mean age of 71 years were operated on between January 2011 and August 2013. Mortality was 45% (a mortality of 61% in open surgery compared to 23% with EVAR, $p = .06$). Variables significantly associated with 30-day mortality were preoperative hypotension < 80 mmHg ($p = 0.004$), creatinine > 2.1 mg / dl ($p = 0.018$), and hemodynamic instability during surgery ($p < 0.05$), regardless of the surgical technique used. The average stay in the ICU was 10 days in open surgery versus 2 days for EVAR ($p = 0.04$). The average hospital stay was 19 days in open surgery versus 6.5 days for EVAR.

Conclusions: EVAR for treatment of rAAA in this hospital has decreased morbidity and mortality rates, the average stay in ICU, and hospitalization stay.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los aneurismas de aorta abdominales rotos (AAAr) son una urgencia quirúrgica que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz dada su altísima mortalidad (80% de los pacientes)^{1,2}. La cirugía convencional abierta ha sido hasta hace unos años la única opción terapéutica presentando una mortalidad publicada entre el 40-70%³.

La reparación endovascular de aneurisma (EVAR) mediante exclusión del saco aneurismático con endoprótesis ha pasado de ser una alternativa en casos seleccionados a ser tenida en cuenta como primera opción quirúrgica en muchos centros, extrapolando los resultados favorables obtenidos en la cirugía programada.

Está descrita una mortalidad menor en los pacientes tratados mediante EVAR (25%) respecto a la cirugía convencional (50%), aunque las muestras no son comparables, ya que los grupos tratados difieren en las características clínicas, morfológicas y proceden de países y medios diferentes al nuestro⁴.

En nuestro centro la EVAR es la técnica predominante en los últimos años en el tratamiento programado, y la tendencia en los AAAr es ascendente a favor de esta, por este motivo nos planteamos conocer las características de los pacientes y nuestros resultados de ambas técnicas.

El objetivo es valorar la mortalidad y complicaciones postoperatorias durante el primer mes en función de la técnica quirúrgica empleada (cirugía convencional y EVAR).

Material y métodos

Estudio de cohortes históricas de los pacientes con AAAr infrarrenales y yuxtarenales tratados en nuestro centro

mediante cirugía abierta como EVAR. El diagnóstico fue realizado mediante angio-TAC en todos los casos.

La población de referencia es la correspondiente a la provincia de Cádiz, Ceuta y Gibraltar con sus respectivos hospitales comarcales y generales, la cual comprende una población de 1.250.000 habitantes.

Los criterios de selección para EVAR en nuestro centro son anatomía favorable (diámetro cuello de aorta infrarenal 20-32 mm, una longitud de cuello mínima de 10 mm, diámetro mínimo de una iliaca de 8 mm, ausencia de trombo o calcificación que limite el anclaje de la endoprótesis a nivel infrarenal o iliaco), y estabilidad hemodinámica (tensión arterial mayor de 80 mmHg y consciente)⁷. Excluimos para EVAR los pacientes con alergia a contraste yodados.

Se describe la muestra y se estudian los factores que influyen en la mortalidad. Para ello nos hemos basado en las escalas de Glasgow⁵ y Hardman⁶⁻⁸, que permiten conocer el riesgo de mortalidad preoperatorio de los pacientes con AAAr. La escala de Glasgow calcula el riesgo basándose en la fórmula: edad + 7 puntos por enfermedad coronaria + 10 puntos por enfermedad cerebrovascular + 14 puntos por enfermedad renal. La escala de Hardman calcula el riesgo asignándole un punto a las variables preoperatorias: edad > 76 años, bajo nivel de conciencia, hemoglobina < 9 g/dl, creatinina > 190 μ mol/l (2,1 mg/dl), cambios isquémicos en el ECG. Con una puntuación ≥ 3 se considera paciente con elevado riesgo de mortalidad al someterlo a cirugía.

Las variables⁷ se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica durante el primer mes postoperatorio. Recogimos los datos correspondientes a características demográficas (edad y sexo), comorbilidad previa (diabetes, hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867418>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)