



CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL ADULTO – ARTÍCULO ORIGINAL

Valor predictivo del EuroSCORE II y el STS score en pacientes sometidos a cirugía cardíaca valvular por el abordaje mínimamente invasivo



Catalina María Martínez Ochoa^{a,*}, Eliana Mabel Cañas^b,
Jorge Alberto Castro Pérez^c, Clara Inés Saldarriaga Giraldo^d, Carolina González Berrío^e
y Nathalia González Jaramillo^b

^a Departamento de Anestesiología. Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

^b Departamento de Epidemiología. Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

^c Departamento de Anestesiología. Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

^d Departamento de Cardiología. Clínica CardioVID, Medellín, Colombia Programa Cardiología Clínica Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica CardioVID, Medellín, Colombia. Sección de Cardiología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^e Departamento Medicina General. Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

Recibido el 24 de julio de 2015; aceptado el 13 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 24 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Cirugía cardíaca;
Sustitución valvular;
Valvuloplastia;
Predictores;
Mortalidad

Resumen

Objetivo: Evaluar el EuroSCORE II y el STS score como predictores de la morbilidad y la mortalidad postoperatoria en pacientes que van a la cirugía cardíaca valvular aislada por el abordaje mínimamente invasivo.

Metodología: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de 273 pacientes consecutivos desde noviembre de 2010 hasta noviembre de 2014. A todos se les calculó el EuroSCORE II y el STS score. La discriminación fue medida con el área bajo la curva ROC y la calibración fue evaluada con el test de Hosmer-Lemeshow (HL).

Resultados: La capacidad discriminatoria fue similar, para el EuroSCORE II con un área bajo la curva ROC fue de 0.68 (IC 95%: 0.512 - 0.856), $p=0.039$ y la del STS score fue de 0.650 (IC 95%: 0.453 - 0.848), $p=0.107$. El poder de calibración para la mortalidad general del EuroSCORE II fue de $p=0.28$ y del STS fue de $p=0.27$. Ambos puntajes subestimaron el riesgo de la mortalidad. La morbilidad y la mortalidad fue mayor cuando se implementó la técnica mínimamente invasiva y disminuyó progresivamente a 1.4% ($n=1$) al cuarto año del estudio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catamartin28@yahoo.es (C.M. Martínez Ochoa).

KEYWORDS

Cardiac surgery;
Valve replacement;
Valvuloplasty;
Predictors;
Mortality

Conclusiones: El valor predictivo del EuroSCORE II y el STS fue similar. El desarrollo y la validación de las escalas locales ayudarían a mejorar la estratificación de riesgo en nuestra población y reflejar verdaderamente nuestra práctica clínica. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño de la muestra para estimar la utilidad de las escalas disponibles y para proponer una propia para este tipo de intervención.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

EuroSCORE II and STS score predictive value in patients undergoing minimally invasive heart valve surgery

Abstract

Motivation: Assessing EuroSCORE II and STS score values as predictors for postoperative morbidity and mortality in patients undergoing minimally invasive heart valve surgery.

Methods: Retrospective cohort study of 273 consecutive patients since November 2010 and November 2014. EuroSCORE II and STS score values were collected for all of them. Discrimination was measured with the area under the ROC curve and calibration was assessed by means of the Hosmer-Lemeshow test (HL).

Results: Discrimination was similar for both tests, EuroSCORE II showed an area under the ROC curve of 0.68 (CI 95%: 0.512-0.856), $p=0.039$ and STS score was 0.650 (IC 95%: 0.453- 0.848), $p=0.107$. Calibration power for general mortality was $p=0.28$ for EuroSCORE II and $p=0.27$ for STS. Both scores underestimated mortality risks. Morbidity and mortality were higher when the minimally invasive technique was implemented and it was gradually reduced to 1.4% ($n=1$) by the fourth year of the study.

Conclusions: Predictive value of EuroSCORE II and STS was similar. Development and validation of local scales would help improve risk stratification within our population group and truly reflect our clinical practice. Collaborative studies with larger sample sizes are required in order to estimate the usefulness of the available scales and to suggest a scale of its own for this type of surgery.

© 2015 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las cirugías de reemplazo valvular aórtica y mitral han demostrado mejorar el pronóstico a largo plazo; no obstante, la cirugía cardíaca es considerada una cirugía de alto riesgo, por lo cual es importante estimar el balance de riesgos y beneficios antes de decidir el manejo quirúrgico de los pacientes con estas patologías¹⁻³.

Con el fin de estratificar el riesgo perioperatorio se han diseñado escalas de riesgo que permitan: una evaluación y asesoría al paciente previo a la cirugía, y planificar el manejo perioperatorio estimando la mortalidad y la morbilidad mayor⁴.

Entre las escalas de riesgo más usadas y validadas, con mayor correlación entre los resultados esperados y observados están: el sistema europeo para la evaluación del riesgo quirúrgico II (EuroSCORE II)⁵, que fue basado en 22.381 pacientes que fueron sometidos a cirugía cardíaca mayor en 43 países durante el año 2010, y el puntaje de la Sociedad de Cirujanos de Tórax (STS score) que incluye datos del 90% de las cirugías cardíacas realizadas en los Estados Unidos entre los años 2002 y 2006, con una población total de 774.881, de los cuales 109.759 pacientes fueron a la cirugía valvular

aislada: cambio de la válvula aórtica, cambio de la válvula mitral o la reparación mitral⁶.

A pesar de estar ampliamente validados, estos puntajes de riesgo tienen limitaciones debido a que son realizados en poblaciones específicas, y no discriminan el tipo del abordaje quirúrgico. Esto es importante, porque en los últimos 20 años se ha incrementado la popularidad de los procedimientos menos invasivos y en el caso de la cirugía cardíaca, el abordaje es mínimamente invasivo⁷⁻¹⁰. Este consiste en un procedimiento bajo circulación extracorpórea pero sin esternotomía o con esternotomía parcial, el cual ha mostrado ser eficaz y seguro, con una mortalidad similar a la técnica convencional, y con muchas ventajas como: mejores resultados estéticos, mejor control del dolor postoperatorio, recuperación más rápida, disminución en el riesgo de infección de la herida externa, menor tiempo de ventilación mecánica, disminución del tiempo de estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos, menores costos de hospitalización, menor uso de transfusiones sanguíneas y menor incidencia de fibrilación auricular¹¹⁻²⁴.

No obstante, se desconoce si los puntajes de riesgo actuales predicen la morbimortalidad en los pacientes sometidos a este tipo de abordaje, existen pocos reportes en la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620528>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620528>

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