

## CO82

**141. COMPLICACIONES Y ERRORES EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIAS DE UN CENTRO. CADA DÍA SE APRENDE ALGO NUEVO**

Sarralde JA, Fernández-Divar JA, Ruiz Lera M, Canteli A, Pulitani I, Pontón A, Castillo L, Regueiro F  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

**Introducción:** en los últimos tiempos, la implantación de asistencias cardiocirculatorias ha crecido de manera exponencial. Está claro que existe una curva de aprendizaje importante. El objetivo de este trabajo es mostrar las complicaciones y errores cometidos en nuestra serie.

**Material y métodos:** desde abril de 2009 - septiembre de 2011 se han implantado 73 dispositivos, tanto como asistencias cardíacas como respiratorias.

**Resultados:** durante la implantación ha habido complicaciones en el 12% de los casos, incluyendo desplazamiento de cánula, malposición, recirculación en asistencias respiratorias y rotura de orejuela derecha. Relacionadas con el dispositivo (10%) tales como trombosis, hemólisis e infección. Se ha reoperado al 45% de los pacientes, generalmente por sangrado pericánula (28,8%) o taponamiento (22,7%). Complicaciones pulmonares han existido en el 36,4% (atelectasias, neumotórax,

hemotórax, neumonías). Complicaciones vasculares en el 12,1% y complicaciones del sistema nervioso central (SNC) en el 6,1%. Presentaron insuficiencia renal 51,5% de los pacientes, teniendo que dializarse el 31,8%. Han sufrido problemas infecciosos el 43,9% (sepsis 21,2%). En caso de oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO), oxigenación insuficiente de hemicuerpo superior en 1,5%. Además de esto, hemos cometido errores como incorrecta indicación de asistencias, conexión e implantación errónea de cánulas, mal manejo de oxigenación de la membrana, y la más importante de todas que es pensar que una máquina soluciona todos los problemas.

**Conclusión:** las asistencias mejoran significativamente la supervivencia de los pacientes, pero no están exentas de complicaciones, a veces mortales. La formación de grupos multidisciplinarios junto al paso de la curva de aprendizaje mejoran claramente los resultados.

## CO83

**93. VALIDACIÓN DEL EUROSCORE II. ¿MEJORA LA CAPACIDAD PREDICTIVA RESPECTO AL EUROSCORE CLÁSICO?**

Silva J, Carnero M, Villagrán E, Montes L, Ayaon A, Garcés Z, Cobiella J, Reguillo F, Maroto L, Rodríguez E  
*Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

**Objetivos:** validar la nueva escala EuroSCORE II (EII) en términos de calibración y capacidad discriminativa, así como comparar estos resultados con el EuroSCORE logístico clásico (ES).

**Material y métodos:** se analizó una población de 4.166 pacientes intervenidos durante un periodo de 7 años. Se estudió, tanto para el ES como EII, la discriminación mediante curvas ROC y la calibración mediante el test de Hosmer-Lemeshow para los distintos terciles.

**Resultados:** la puntuación media del ES fue superior a la del EII ( $9,1 \pm 10,4$  vs  $3,46 \pm 4,3$ ;  $p < 0,001$ ). El test de

Hosmer-Lemeshow mostró una calibración adecuada para el EII en todos sus terciles (1.º T,  $p = 0,63$ ; 2.º T,  $p = 0,76$ ; 3.º T,  $p = 0,08$ ). El área bajo la curva ROC según el tipo de escala y las distintas patologías pueden observarse en la tabla 1.

**Conclusiones:** el nuevo sistema de estratificación de riesgo EII obtiene una mortalidad esperada inferior al ES y tiene un valor predictivo adecuado en términos de calibración y capacidad de discriminación. Se observa una tendencia a una mejor capacidad discriminativa respecto al ES, aunque dicho hallazgo no muestra significación estadística.

	ES	EII
Global (n = 4.166)	0,75 (0,72-0,78)	0,78 (0,75-0,81)
Coronario (n = 1.202)	0,79 (0,71-0,86)	0,80 (0,74-0,86)
Valvular (n = 1.678)	0,73 (0,68-0,77)	0,76 (0,71-0,8)
Mixto (n = 293)	0,78 (0,70-0,86)	0,80 (0,73-0,87)
Aorta (n = 411)	0,70 (0,62-0,79)	0,72 (0,63-0,81)
Otras (n = 582)	0,73 (0,61-0,84)	0,85 (0,75-0,94)