

P34

118. EXPLANTE DE ELECTRODOS ENDOCÁRDICOS CON EL SISTEMA COOK-EVOLUTION®. EXPERIENCIA INICIAL

Castillo Y, Hurlé A, Manrique R, Llamas P, Meseguer J, Bernabeu E, García-Valentín A, Ventura J
Hospital General Universitario, Alicante

Objetivos: el sistema Cook-Evolution® es un dispositivo mecánico diseñado para la extracción de electrodos endocavitarios cardíacos retenidos. Se trata de una vaina con un mecanismo de cuchillas giratorias en uno de sus extremos que permite liberar las adherencias que se forman entre el endocardio y el electrodo. En el presente estudio analizamos nuestra experiencia inicial con este dispositivo.

Material y métodos: se incluyeron todos los pacientes a quienes les fue explantado uno o más electrodos endocárdicos con este sistema entre junio de 2009 - enero de 2012. El sistema fue utilizado en todos aquellos pacientes con indicación de explante de los electrodos en los que éstos no pudieron ser extraídos mediante tracción simple. La intervención fue llevada a cabo en todos los casos con anestesia local y sedación.

Resultados: se estudiaron 34 pacientes (25 varones, 9 mujeres, edad media 68 años) a los que se explantaron un total de 48 electrodos (14 auriculares, 19 ventriculares, 10 desfibriladores automáticos implantables, 3 VDD y 2 en seno coronario) implantados por punción de vena subclavia en todos los casos (derecha en 5 pacientes, izquierda en 29 pacientes). El tiempo medio transcurrido desde su implantación fue de 93 meses. La extracción fue completa en 41 (85%) de los electrodos. No hubo mortalidad asociada al procedimiento y 3 pacientes presentaron complicaciones (hematoma de herida, absceso de herida y hematoma mediastínico autolimitado).

Conclusiones: en nuestra experiencia, el sistema Cook-Evolution® parece ser una herramienta eficaz y segura para la extracción de electrodos endocárdicos.

P35

316. VALIDACIÓN DEL MODELO EUROSCORE II EN LA CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA POR ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Tarrío R, Amézaga R, Riera M, Guardiola B, Colomar A, Molina M, Vidal L, Sáez de Ibarra JI
Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

Objetivo: comparar EuroSCORE aditivo, logístico y EuroSCORE II en la estimación de mortalidad de pacientes intervenidos por estenosis aórtica.

Metodología: se incluyeron 265 pacientes. Se compararon mortalidad hospitalaria observada y estimada mediante los tres modelos.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SEGÚN FSVI

	FE ≤ 35% n = 17	FE > 35% n = 248	p
Edad (años)	73 (66-77)	72 (65-76)	0,6
Mujeres	7 (41)	124 (50)	0,481
IAM previo	1 (6)	13 (5)	0,614
Clase NYHA III/IV	13 (76)	124 (50)	0,017
Diabetes mellitus	3 (18)	77 (31)	0,244
Enfermedad arterial periférica	2 (12)	12 (5)	0,224
EPOC	3 (18)	35 (14)	0,452
Insuficiencia renal crónica	5 (30)	20 (8)	0,014
Accidente cerebrovascular	3 (18)	15 (6)	0,098
Cirugía cardíaca previa	0 (0)	8 (3)	0,584
Hemoglobina (g/dl)	11 (11-14)	13 (12-14)	0,019
Cirugía urgente	2 (12)	6 (2)	0,086
Tiempo CEC (min)	86 (62-91)	88 (77-105)	0,046
Tiempo isquemia (min)	68 (50-73)	70 (58-85)	0,039
Tiempo ventilación mecánica (h)	7 (5-15)	6 (5-11)	0,396

Resultados: la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue $64 \pm 14\%$, el gradiente medio aórtico 51 ± 17 mmHg. Resto de datos en tabla 1 (expresada en mediana, rango intercuartil%). Bioprótesis en 49%. En la tabla 2 (%/mediana, intervalo de confianza [IC] 95%), se muestra mortalidad observada y estimada por los tres modelos según la función ventricular.

Conclusiones: los EuroSCORE aditivo y logístico sobrestiman la mortalidad frente al EuroSCORE II, que es más exacto. La limitación del tamaño de la muestra impide conclusiones en los pacientes con disfunción ventricular izquierda (DSVI) (FE ≤ 35%).

TABLA 2. COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD OBSERVADA CON LA ESTIMADA

	Todos n = 265	FE ≤ 35% n = 17	FE > 35% n = 248
Mortalidad hospitalaria	1,9 (0,6-4,3)	0 (0-19,5)	2 (0,7-4,6)
EuroSCORE-aditivo	6 (6-6)	8 (7-10)	6 (5,5-6,5)
EuroSCORE-logístico	4,9 (4,5-5,4)	9,7 (7,6-15,6)	4,8 (4,2-5,4)
EuroSCORE-II	1,7 (1,5-2,0)	6,1 (3,3-11,4)	1,7 (1,5-1,9)