

Estudio Unicéntrico de Modelos de Riesgo para la Predicción de la Mortalidad en el Tratamiento Electivo Convencional y Endovascular de los Aneurismas de la Aorta Abdominal

E. Choke^{a,b,*}, K. Lee^a, M. McCarthy^a, A. Nasim^a, A.R. Naylor^{a,b}, M. Bown^{a,b}, R. Sayers^{a,b}

^a *Department of Vascular Surgery, Leicester Royal Infirmary, UK*

^b *Department of Cardiovascular Sciences, University of Leicester, UK*

Objetivos. Desarrollar y validar un modelo de riesgo propio para la predicción de la mortalidad perioperatoria en el tratamiento electivo de los AAA y comparar sus resultados con otros modelos.

Diseño: Se utilizó el análisis con regresión logística multivariante para identificar los factores de riesgo de mortalidad perioperatoria a partir de la información de una base de datos prospectiva creada en un hospital terciario.

Material y métodos. Los pacientes tratados de forma consecutiva con las técnicas convencional (564) y endovascular (589) fueron repartidos de forma aleatoria en dos grupos para el desarrollo (810) y validación (343) de un modelo de predicción de riesgo. El modelo creado se comparó con los modelos *Glasgow Aneurysm Score (GAS)*, *Modified Customised Probability Index (m-CPI)*, *CPI*, *Vascular Governance NorthWest (VGNW)* y el modelo de Medicare.

Resultados. Las variables asociadas a mortalidad perioperatoria fueron la edad avanzada ($P = 0,034$), el antecedente de infarto de miocardio en los últimos 10 años ($P < 0,0008$), la elevación de la creatinina plasmática ($P = 0,005$) y la cirugía convencional ($P = 0,0001$). El estudio con curvas ROC de la predicción de la mortalidad a los 30 días en los grupos de desarrollo y validación resultó en un valor del area bajo la curva de 0,79 y 0,82; respectivamente.

Estos valores fueron bajos para los modelos GAS, m-CPI y CPI (0,63; 0,58 y 0,58), mientras que para los modelos VGNW y de Medicare fueron buenos (0,73 y 0,79).

Conclusiones. En este estudio, un modelo de riesgo propio presentó la mayor exactitud en la predicción de la mortalidad asociada al tratamiento electivo de los AAA. Los modelos de predicción nacionales VGNW o Medicare podrían ser utilizados en evaluaciones comparativas con un ajuste de riesgo.

Palabras clave: *Abdominal aortic aneurysm* – aneurisma de la aorta abdominal; *Mortality* – mortalidad; *EVAR* – TEVA; *Risk prediction model* – modelo de predicción de riesgo.

Resultados del Tratamiento Endovascular de los Aneurismas en Pacientes con una Anatomía de Cuello Hostil

P.W. Stather^a, R.D. Sayers^a, A. Cheah^b, J.B. Wild^a, M.J. Bown^a, E. Choke^{a,*}

^a *Vascular Surgery Group, Department of Cardiovascular Sciences, University of Leicester, Leicester LE2 7LX, UK*

^b *Department of Vascular Surgery, Leicester Royal Infirmary, Infirmary Square, Leicester LE1 5WW, UK*

Objetivos: Evaluar los resultados del TEVA en pacientes con una anatomía de cuello aneurismático hostil (ACH).

Métodos: Se realizó el análisis retrospectivo de la información recogida de forma prospectiva de 552 TEVA electivos. La información relacionada con la anatomía del cuello se obtuvo de los estudios de planificación preoperatorios. Se definió la ACH como aquella con cualquiera de las siguientes características: diámetro >28 mm, ángulo >60°, longitud <15 mm, presencia de trombo o morfología nica.

Resultados: Se realizó un TEVA en 552 pacientes. La edad media era 73,9 años, y el seguimiento medio 4,1 años. Se observó una ACH en 199 pacientes y en 353 una anatomía del cuello aneurismático favorable (ACF). Se presentó un aumento significativo de endofugas de tipo I (ACF 4,5% y ACH 9,5%; $P = 0,02$) y de la tasa reintervenciones (ACF 11,0% y ACH 22,8%; $P < 0,01$), y una disminución significativa de las endofugas de tipo II tardías en los pacientes con ACH (ACF 16,7% y ACH 10,6%; $P < 0,05$).

No se observaron diferencias en el éxito técnico (ACF 0,6% y ACH 2,0%; $p = 0,12$), reintervención a los 30 días (ACF 2,8% y ACH 5,0%; $P = 0,12$), mortalidad a los 30 días (ACF 1,1% y ACH 0,5%; $P = 0,45$), endofugas de tipo I a los 30 días (ACF 0,8% y ACH 2,5%; $P = 0,12$), mortalidad a los 5 años (ACF 15,1% y ACH 14,6%; $P = 0,86$), mortalidad relacionada con el aneurisma (ACF 1,7% frente a ACH 2,0%; $P = 0,79$), migración de la endoprótesis (ACF 2,5% y ACH 3,0%; $P = 0,75$), crecimiento del saco aneurismático (ACF 13,0% y ACH 9,5%; $P = 0,22$), o rotura de la endoprótesis (ACF 1,1% y ACH 3,5%; $P = 0,05$).

El análisis mediante regresión logística binaria de las características individuales de los casos de ACH mostró que el diámetro del cuello aumentado estaba relacionado de forma significativa con la necesidad de intervenciones secundarias ($P = 0,009$), el fracaso técnico ($P = 0,02$), y las endofugas de tipo I tardías ($P = 0,002$).

Conclusiones. Los AAA con una ACH pueden ser tratados con éxito con un TEVA. Sin embargo, el seguimiento de los pacientes con una ACH es necesario para la identificación y tratamiento de las endofugas de tipo I.

Palabras clave: *Hostile neck anatomy* – anatomía del cuello (aneurismático) hostil; *EVAR* – TEVA; *Endovascular aneurysm repair* – tratamiento endovascular de los aneurismas; *Instructions for use* – instrucciones de uso; *Neck diameter* – diámetro del cuello (aneurismático); *Neck angulation* – ángulo del cuello (aneurismático); *Neck length* – longitud del cuello (aneurismático); *Neck flare* – cuello (aneurismático) cónico; *Neck thrombus* – trombo del cuello (aneurismático).

Autonomía de los Pacientes Octogenarios tras la Revascularización por Isquemia Crítica

A. Lejay, F. Thaveau, Y. Georg, C. Bajcz, J.-G. Kretz, N. Chakfé*

Department of Vascular Surgery, University Hospital of Strasbourg, Strasbourg, France

Objetivos. Comparar la recuperación de la autonomía tras la práctica de la revascularizaciones infrainguinales abiertas y endovasculares por isquemia crítica, en los pacientes octogenarios.

Material y métodos. Realizamos un análisis retrospectivo de 167 octogenarios con isquemia crítica consecutivos, tratados con cirugía infrainguinal abierta (CIA) o endovascular (CIE) entre 2003 y 2008. Se compararon los grupos de CIA y CIE en términos de nivel de autonomía (índice de Parker), supervivencia, salvamento de extremidad y tasas de permeabilidad.

Resultados. El nivel de autonomía preoperatorio era semejante en ambos grupos (CIA n = 109, CIE n = 58) pero el nivel de autonomía a los seis meses era mejor después de la CIE (p = 0,01). Se observó la tendencia a una mayor supervivencia en el grupo de CIA (74% a un año, 62% a los dos años y 32% a los cuatro años, frente al 68%, 50% y 17%, respectivamente, de la CIE; p = 0,06), aunque no se observaron diferencias en relación al salvamento de extremidad (91% a un año, 90% a los 2 años y 89% a los cuatro años, en el caso de la CIA, frente al 94%, 87% y 86%, respectivamente, de la CIE; p = 0,939) ni en la permeabilidad primaria (76% a un año, 59% a los dos años y 50% a los cuatro años, en el caso de la CIA, frente al 82%, 75% y 32%, respectivamente, de la CIE; p = 0,467).

Conclusiones. La CIE está justificada en los octogenarios con isquemia crítica, porque permite restablecer un mayor nivel de autonomía, con unas tasas de salvamento de extremidad y de permeabilidad comparables a la CIA.

Palabras clave: *Autonomy* – autonomía; *Critical limb ischaemia* – isquemia crítica de los miembros; *Endovascular surgery* – cirugía endovascular; *Open surgery* – cirugía abierta; *Octogenarians* – octogenarios.

Disponibilidad de los Programas de Ejercicio Supervisado y Papel del Ejercicio Domiciliario Estructurado en la Enfermedad Arterial Periférica

G.C. Makris^{a,b,c,*}, C.R. Lattimer^{a,b}, A. Lavidá^a, G. Geroulakos^{a,b}

^a *Vascular Surgery Department, Ealing Hospital, NHS Trust, London, UK*

^b *Vascular Surgery Department, Imperial College of London, UK*

^c *Alfa Institute of Biomedical Sciences, Marousi, Athens, Greece*

Objetivos. La eficacia de los Programas de Ejercicio Supervisado (PES) en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (EAP) puede estar comprometida por una baja accesibilidad y por un bajo cumplimiento. Se evaluó la disponibilidad y uso internacionales actuales de los PES y se revisó la evidencia de abordajes alternativos como los programas de ejercicio domiciliario estructurado (PEDE).

Material y métodos. Se realizó una encuesta internacional de la disponibilidad de PES entre los cirujanos vasculares mediante un cuestionario electrónico. Se realizó también una revisión sistemática de la eficacia de los PEDE.

Resultados. Se recogió un total de 378 respuestas de 43 países, la mayor parte de las cuales (95%) de Europa. Únicamente el 30,4% de los participantes disponían de acceso a PES y, en este grupo, existía una heterogeneidad significativa en la forma en la que se ponían en práctica dichos PES. La revisión sistemática identificó 12 estudios acerca de la eficacia de los PEDE. En tres estudios, los PES fueron mejores que los PEDE en la mejoría de la capacidad funcional o equivalentes en la mejoría de la calidad de vida (QoL). Los PEDE mejoraron de forma significativa la mayoría de los parámetros de capacidad funcional y de QoL al compararlos con la simple recomendación “vaya Ud. a caminar” y los valores iniciales.

Conclusiones. Los PES siguen siendo una herramienta infrautilizada a pesar de las recomendaciones. Los PEDE pueden ser eficaces y pueden ser una alternativa útil cuando no se dispone de PES. Es necesario investigar para determinar la coste-eficacia.

Palabras clave: *Peripheral arterial disease* – enfermedad arterial periférica; *Exercise programs* – programas de ejercicio; *Claudication* – claudicación.

Estudio con Asignación Aleatoria de la Ablación Endovenosa con Láser de la Vena Safena Interna con Fibra Desnuda frente al Uso de un Catéter Tipo Tulipa

M.E. Vuylsteke ^{a,*}, S. Thomis ^b, P. Mahieu ^a, S. Mordon ^c, I. Fourneau ^b

^a Department of Vascular Surgery, Sint-Andriesziekenhuis, Krommewalstraat 11, 8700 Tielt, Belgium

^b Department of Vascular Surgery, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium

^c INSERM U 703, Université Lille Nord de France, Lille University Hospital, Lille, France

Objetivo. Evaluar los resultados clínicos del empleo de un catéter tipo tulipa frente a la fibra sin protección en la ablación endovenosa con laser (AEVL).

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico con asignación aleatoria de 174 pacientes, para el tratamiento de la insuficiencia de la vena safena interna. Se programó un estudio postoperatorio con ecodoppler después de un mes, seis meses y un año.

Se determinó la presentación de equimosis el 5º día del postoperatorio. Adicionalmente, se registró la presentación de dolor, las necesidades de analgesia, la calidad de vida (CIVIQ 2) y la satisfacción de los pacientes.

Resultados. Se observó en los pacientes tratados con el empleo del catéter de tipo tulipa una incidencia menor, de forma significativa, de equimosis postoperatoria (0,04 frente a 0,21; $p < 0,001$) y dolor (5º día) (1,00 frente a 2,00; $p < 0,001$), y presentaron una calidad de vida postoperatoria mejor (27 frente a 32; $p = 0,023$). No se observaron diferencias en la toma de analgésicos ($p = 0,11$) ni en la tasa de satisfacción de los pacientes ($p = 0,564$). La tasa de oclusión completa a un año fue del 97,02% y no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos ($p = 0,309$).

Conclusión. El empleo del catéter tipo tulipa en la AEVL de la vena safena interna presenta, cuando lo comparamos con el de la fibra desnuda, una tasa de oclusión a un año equivalente, pero causa una equimosis postoperatoria menor y una mejor calidad de vida postoperatoria.

Palabras clave: *Endovenous laser ablation* – ablación endovenosa con laser; *Varicose veins* – varices; *Tulip fibre* – catéter de tipo tulipa.