



## NOTA DE PRENSA

### **UN ESTUDIO ABOGA POR UTILIZAR DOS ESCALAS DE RIESGO PREOPERATORIO PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES A LOS QUE NO DEBE APLICARSE LA CIRUGÍA MEDIANTE CATÉTER EN LOS ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL**

- **Realizada sobre 50 pacientes con aneurisma de aorta abdominal, la investigación acredita la eficacia de la escalas EE-G y GAS, en las que los pacientes fallecidos y con complicaciones obtuvieron una mayor puntuación en ambas escalas.**
- **El estudio subraya que el tratamiento endovascular en el sector aórtico tiene un riesgo menor que el de la cirugía abierta, pero no despreciable, y debe ser valorado antes de decidir la intervención.**
- **Considera muy importante identificar el grupo de pacientes que puede tener complicaciones con las nuevas técnicas, de cara a mejorar los resultados y costo-eficacia de su aplicación.**
- **A este respecto, los autores concluyen que tanto la GAS como la EE-G pueden ser de utilidad en la toma de decisiones vinculada a la cirugía endovascular del aneurisma de aorta**

**19 de noviembre de 2012.** Un estudio realizado por seis doctores de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) ha analizado la utilidad de dos escalas de riesgo preoperatorio en la reparación endovascular (la cirugía no invasiva a través de catéter) de los aneurismas aórticos abdominales. Concretamente, las dos escalas analizadas han sido la Glasgow (GAS), una de las que mejores resultados ha dado tradicionalmente en aneurismas para tratar de identificar el grupo de pacientes de alto riesgo para cirugía convencional, y la escala de riesgo de Egorova-Giacovelli (EE-G), más reciente y específica para cirugía endovascular.

Según esta investigación, que ha sido publicada en la revista científica *Angiología*, de la SEACV, y que ha sido realizada sobre 50 pacientes con aneurisma de aorta abdominal, ambas escalas demuestran ser útiles para descubrir el grupo de pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones en este tipo de procedimientos. Los criterios por los que estos 50 paciente fueron escogidos para realizarles cirugía endovascular, es

decir, la colocación de una endoprótesis aórtica mediante catéteres fueron la presencia de una anatomía favorable y al menos una comorbilidad cardiológica, respiratoria, renal o abdominal, que hacía aumentar el riesgo quirúrgico de una cirugía convencional. La mortalidad a los 30 días de los pacientes sometidos a este tipo de cirugía fue de un 4% y la morbilidad del 12%. Se les realizaron ambas escalas de riesgo a todos los pacientes intervenidos. Se compararon las puntuaciones obtenidas en las escalas de riesgo en los pacientes que habían sufrido algún tipo de complicación y los que habían fallecido con las de aquellos que no habían tenido problemas.

Así, pudo comprobarse que en los pacientes que fallecieron la puntuación media fue mayor en ambas escalas. Del mismo modo, la puntuación media fue también mayor en los pacientes con complicaciones que en los pacientes sin ellas. De forma más concreta, en la muestra analizada, la EE-G presentó una exactitud razonable para la mortalidad y buena para la morbilidad, en tanto que la GAS presentó una fiabilidad buena para la mortalidad y excelente para la morbilidad.

Por ello, los autores concluyen que tanto la GAS como la EE-G pueden ser de utilidad en la toma de decisiones vinculada a la cirugía endovascular del aneurisma de aorta y, en general, subrayan que el tratamiento endovascular en el sector aórtico tiene un riesgo menor que el de la cirugía abierta, pero no despreciable, y debe ser valorado antes de decidir la intervención. “Identificar al subgrupo de pacientes que no se va a beneficiar del EVAR es una de las claves para mejorar tanto los resultados como el coste-efectividad de este procedimiento”, exponen los autores, que consideran que tanto la GAS como la EE-G pueden ser de utilidad para ello, aunque señalan que el bajo número de pacientes de la muestra impide que puedan sacarse conclusiones definitivas.

***Para más información, contactar con Manuela Hernández/Tomás Muriel. Capítulo de Cirugía Endovascular (CCE) de la SEACV. 651 86 72 78/605603382***