



6042-537. VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA ESCALA DE RIESGO PARA EMBOLIAS SINTOMÁTICAS EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA

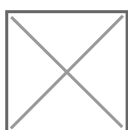
Carmen Olmos Blanco¹, Isidre Vilacosta¹, Cristina Fernández Pérez¹, Javier López Díaz², Carlos Felipe Ferrera Durán¹, Cristina Sarriá Cepeda³, Cristina Sánchez Enrique¹ y José Alberto San Román Calvar² del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid y ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Las embolias son una causa importante de morbilidad y mortalidad en la endocarditis infecciosa (EI). Recientemente se ha desarrollado una calculadora de riesgo embólico en endocarditis (Embolitic Risk French Calculator). Nuestro objetivo fue validar dicha escala en una cohorte multicéntrica de pacientes con EI.

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva 1.076 pacientes con EI en tres centros de referencia. Se excluyeron los episodios que afectaban únicamente a marcapasos o desfibriladores y aquellos en los que no existía información previa sobre antecedente de fibrilación auricular. Así, se incluyeron en el análisis 759 pacientes a los que se les aplicaron los coeficientes de las variables incluidas en el Embolic Risk French Calculator (edad, diabetes mellitus, embolia previa antes del inicio de antibióticos, fibrilación auricular, infección por *S. aureus*, tamaño de la vegetación) para predecir el riesgo de nuevas embolias tras el diagnóstico.

Resultados: La incidencia de nuevas embolias tras el inicio del tratamiento antibiótico fue del 10,1% (n = 77), el 62,3% ocurrieron en la primera semana. No se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de diabetes (15,8% frente a 21,0%; p = 0,219), embolia previa antes de antibioterapia (19,3% frente a 17,7%; p = 0,697) o fibrilación auricular (26,5% frente a 28,7%; p = 0,723) entre aquellos pacientes con y sin embolias nuevas. La edad media en los dos grupos fue similar (62 frente a 61,5 años; p = 0,702). Por el contrario, se encontró una asociación entre mayor tamaño de la vegetación y nuevas embolias (incidencia 6% si no existía vegetación, 20% en aquellos con vegetación 10 mm, 74% en el grupo de vegetación > 10 mm; p 0,001). La infección por *S. aureus* fue más frecuente en el grupo de pacientes con embolias (24,8% frente a 17,2%; p = 0,050). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en los pacientes con nuevas embolias (41,5% frente a 29,2%; p = 0,010). Finalmente, se aplicó a nuestra cohorte la escala Embolic Risk French Calculator con las variables mencionadas. La capacidad predictiva del modelo fue moderada, con área bajo la curva ROC de 0,63 (IC95%: 0,58-0,69).



Conclusiones: La estimación del riesgo embólico es crucial en el tratamiento de los pacientes con EI. Los pacientes con embolias sintomáticas tienen peor pronóstico. En nuestra población, la calculadora Embolic Risk French Calculator fue útil; sin embargo sería deseable una herramienta más precisa.