Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 715

Revista Española de Cardiología

6008-146. ESCALAS DE RIESGO QUIRÚRGICO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: LA REALIDAD SUPERA A LA FICCIÓN

Alejandro Iriarte Plasencia, María Ramos López, Marcos Rodríguez Esteban, Alejandro Quijada-Fumero, Javier Lorenzo-González, Leydimar Anmad-Shihadeh, Julio Salvador Hernández-Afonso y Virginia Barreto Cáceres del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: Hoy por hoy no disponemos de ninguna herramienta útil y fiable para predecir el riesgo quirúrgico en el contexto de EI. A pesar de la alta mortalidad del manejo conservador en los pacientes en los que está indicado el tratamiento quirúrgico, debemos desarrollar escalas que nos permitan predecir estos resultados.

Métodos: Recogimos de manera prospectiva desde 2005 los pacientes con EI y analizamos de manera retrospectiva los casos operados sobre válvula nativa. Calculamos la puntuación por EuroSCORE II y reconvertimos esta puntuación en 4 grupos de riesgo quirúrgico (de manera semejante a los grupos de riesgos establecidos en la escala de De Feo); analizamos los parámetros utilizados en la escala de De Feo: edad, fallo renal (creatinina > 2 mg/dl), clase funcional (NYHA), necesidad de soporte ventilatorio preoperatorio (IOT o VMNI), resultado del último cultivo preoperatorio, afección perivalvular (acceso anular o fistula aortocavitaria). Se analizó la bondad de ajuste para ambas escalas mediante test $?^2$.

Resultados: De un total de 102 pacientes con EI operadas en 2 hospitales, analizamos 69 casos de EI válvulas nativas. La edad media fue de 60 ± 13 años, el 78,6% eran varones, el *S. viridans* fue el microorganismo más frecuente detectado (30% de los casos), la válvula aórtica fue la más afectada (57,1%), seguida de la mitral (30%) y de ambas (12,9%). Tanto la escala de De Feo como EuroSCORE II sobreestiman la mortalidad posoperatoria de aquellos pacientes clasificados inicialmente como de muy bajo riesgo quirúrgico, mientras que infraestiman aquellos clasificados como riesgo bajo, alto y muy alto. Así mismo, realizamos un análisis de regresión logística encontrando que la insuficiencia renal fue el único predictor independiente de mortalidad estadísticamente significativo (OR 0,08, IC95% 1,84-28,17, p = 0,004).

Mortalidad comparada ambas escalas.

Correlación entre mortalidad prevista y mortalidad observada con ambas escalas

Clase De Feo	Mortalidad prevista	Mortalidad observada	Clase EuroSCORE II	Mortalidad prevista	Mortalidad observada
Grupo I	0,58 ± 1,2	0/7 (0%)	Grupo I	0,58 ± 1,2	0/3 (0%)
Grupo II	1,31 ± 0,4	2/21 (9,5%)	Grupo II	1,31 ± 0,4	3/24 (12,5%)
Grupo III	6,84 ± 4,6	4/14 (28,6%)	Grupo III	6,84 ± 4,6	12/34 (35,5%)
Grupo IV	29,98 ± 11,85	12/27 (44,4%)	Grupo IV	29,98 ± 11,85	3/8 (37,5%)

Conclusiones: Hoy por hoy no disponemos de ninguna herramienta útil y fiable para predecir el riesgo quirúrgico en el contexto de EI. A pesar de la alta mortalidad del manejo conservador en los pacientes en los que está indicado el tratamiento quirúrgico, debemos desarrollar escalas que nos permitan predecir estos resultados.