



5012-4. ¿ES POSIBLE PREDECIR EL RIESGO DE EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA?

María Castiñeira Busto, Emad Abu Assi, Sergio Raposeiras Roubin, Noelia Bouzas Cruz, Andrea López López, M. Amparo Martínez Monzonís, Carlos Peña Gil y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Objetivos: Establecer el riesgo de embolia sistémica (ES) en la endocarditis infecciosa (EI) es de vital importancia ya que la cirugía temprana ha demostrado reducir su incidencia. Nuestro objetivo es validar un modelo de riesgo de ES desarrollado a partir de un reciente estudio.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente 137 pacientes que ingresaron de forma consecutiva en nuestro servicio entre 2009 y 2013 con el diagnóstico final de EI. Se calculó el score de riesgo a partir de las variables: edad \geq 75 años, diabetes mellitus, vegetación \geq 10 mm, embolia previa al inicio de la antibioterapia, fibrilación auricular y estafilococo aureus, asignándole un punto a cada uno. El *endpoint* primario fue la primera ES a los 6 meses de seguimiento. En todos los pacientes se realizó un ecocardiograma transtorácico y transesofágico en las primeras 24 horas tras el ingreso. El rendimiento del score de riesgo fue evaluado usando un modelo de regresión logística binaria. La discriminación y calibración fueron expresadas con el estadístico C y el valor de la p de la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: El 39,4% de pacientes tenían \geq 75 años, 9,5% eran diabéticos, 23,4% se encontraban en fibrilación auricular al ingreso y en el 48,9% la vegetación era \geq 10 mm. El estafilococo aureus era el germen causante en el 22,6%. La tasa de ES antes del inicio de la antibioterapia fue del 9,5% y un 12,4% presentaron alguna ES después del inicio del tratamiento antibiótico. La mayoría de eventos embólicos ocurrieron en el cerebro (65%). El score de riesgo osciló entre 0 y 5 puntos, siendo en el 54% de pacientes \geq 2. El modelo predictivo discriminó correctamente a los pacientes que presentaron una ES, estadístico C: 0,70 (IC95% 0,59-0,78, $p = 0,01$). La tasa de eventos embólicos observada es similar a la predicha por el score de riesgo (valor de p del test de Hosmer-Lemeshow = 0,3). La mortalidad intrahospitalaria en el grupo de pacientes que presentaron una ES fue del 22%, frente a un 8,3% entre los pacientes que no la presentaron ($p = 0,02$).

Conclusiones: Puede predecirse el riesgo de ES en pacientes con EI con una simple herramienta clínica que puede ser de ayuda en el proceso de toma de decisiones. En nuestro estudio, la mayoría de embolias ocurrieron en el cerebro, y la mortalidad de los pacientes con una ES fue tres veces superior que en pacientes sin eventos embólicos.