



6005-81. VALIDACIÓN DEL SCORE (PUNTUACIÓN) SHARPEN PARA PREDECIR LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Marcelo Haertel Miglioranza¹, Sofia Giusti Alves², Helena Marcon Bischoff³, Luiz Felipe Schmidt Birk³, Gabriel Seroiska³, Diego Henrique Terra³, Felipe Filippini¹, Gustavo Paglioli Dannenhauer¹, Daniel Sganzerla¹ y Fernando Pivatto Junior⁴

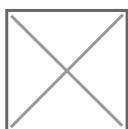
¹Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, porto Alegre (Brasil). ²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre (Brasil). ³Universidade Federal de Ciências da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Brasil). ⁴Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (Rio Brasil).

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) tiene alta morbilidad y mortalidad. La aplicación de scores (puntuaciones) de pronóstico puede ayudar en la identificación de pacientes de alto riesgo e individualización de las decisiones terapéuticas; sin embargo, la mayoría de los scores (puntuaciones) han sido validados solo en pacientes quirúrgicos. El SHARPEN es un score (puntaje) específico para EI para predecir mortalidad hospitalaria independientemente de la cirugía cardíaca. Objetivo: Validación del SHARPEN en un hospital terciario brasileño y comparación de su valor de predecir mortalidad con el índice de comorbilidad de Charlson.

Métodos: Cohorte retrospectiva de todas las hospitalizaciones de pacientes adultos con EI activa y definitiva en la institución entre 2000-16. Las capacidades de predicción se analizaron utilizando áreas bajo la curva ROC (ASC), en comparación con la prueba DeLong. Regresión de Cox se realizó para calcular la razón de riesgo (HR) de mortalidad hospitalaria de hospitalizaciones con puntuación mayor de SHARPEN.

Resultados: Se estudiaron 179 hospitalizaciones, con 68 (38,0%) sometidas a cirugía cardíaca. La mortalidad hospitalaria fue 22,3%. La puntuación de SHARPEN tuvo mediana (IIQ) de 9 (7-11) puntos y un ASC de 0,76 (p 0,001) para el resultado de mortalidad hospitalaria. Del total de hospitalizaciones, 111 (62,0%) se consideraron de bajo riesgo (2-10 puntos) y 68 (38,0%) de alto riesgo (11-20 puntos), con tasas de mortalidad de 10,8 y 41, 2%, respectivamente (p 0,001). Charlson presentó una mediana (IIQ) de 3 (2-6) puntos y ASC de 0,69 (p 0,001). Al comparar las capacidades para predecir mortalidad, no se observaron diferencias significativas (p = 0,26). En las hospitalizaciones en que los pacientes fueron operados, tampoco hubo superioridad (ASC SHARPEN 0,72 vs Charlson 0,80; p = 0,41). Por otro lado, en aquellos en los que se realizó tratamiento clínico exclusivo, la puntuación SHARPEN (AUC = 0,77) fue mejor en relación con Charlson (ASC = 0,62) al predecir mortalidad (p = 0,03). En el análisis multivariado, solo puntaje SHARPEN > 10 fue predictor independiente de muerte al ingreso debido a EI (HR 2,72, p = 0,006).



Curvas de supervivencia de las hospitalizaciones según el puntaje SHARPEN.

Conclusiones: La puntuación SHARPEN mostró precisión adecuada y fue predictor independiente de mortalidad hospitalaria. En vista de esto, su aplicación podría considerarse para optimizar la estratificación pronóstica de la EI.