



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

767 - CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

J. González Granados¹, A.E. Fuentes Caraballo¹, B. Guerrero Sánchez¹, M.J. Pascual Pérez¹, J. Gómez Porro¹, A. Flores Guerrero², F.F. Rodríguez Vidigal² y A. Calvo Cano²

¹Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: La crisis sanitaria por COVID-19 ha supuesto una atención subóptima de otras patologías. La endocarditis infecciosa (EI) puede ser una de ellas, y ya cuenta con una tasa de mortalidad elevada (20-25%). El objetivo es evaluar la hipótesis de que durante la pandemia la EI ha conllevado una atención médica más tardía, una presentación más grave y un peor pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, realizado en un centro de referencia de cirugía cardíaca para su comunidad autónoma con una atención media de 20 episodios anuales de EI. Se incluyeron todos los episodios de EI atendidos por Patología Infecciosa, desde enero de 2019 hasta abril de 2021. Los casos incluidos cumplían los criterios de EI según los criterios de Duke modificados. Grupos de estudio: prepandemia (tiempo anterior al 12 de marzo de 2020) y pandemia (13 marzo de 2020 en adelante). Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartil. Las cualitativas en valor absoluto (porcentaje). El análisis comparativo se realizó con t de Student o χ^2 , respectivamente. Se utilizó el programa SPSS statistics 22.0.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes: 24 en período prepandemia (grupo 1), 19 en período pandemia (grupo 2). En las características basales, hubo diferencias significativas en Charlson ajustado a la edad, siendo menor en el grupo 1: 3 (2-4) vs. 4 (3-6), p 0,007. No se encontraron diferencias significativas ni en los días desde el inicio de síntomas hasta el ingreso, ni en la estancia hospitalaria, ni en la etiología o adquisición, ni en la válvula afectada ni en la tasa de curación. La tasa de complicaciones (paravalvulares, de la evolución de la EI y de la cirugía) fue similar entre los dos grupos. La disfunción valvular fue significativamente más grave en el grupo 2 (16/24, 66,7% vs. 16/19, 84,2%, p 0,04. El riesgo de mortalidad perioperatoria (EuroSCORE) fue mayor en el grupo 1, sin significación estadística. Recibieron cirugía un número similar de pacientes en los dos grupos. El número de fallecidos fue mayor en el grupo 2 (7, 36,8%) vs. el grupo 1 (3, 12,5%) con una p = 0,061.

Comparación de las características basales de los dos grupos.

Prepandemia grupo 1 (n = 24)	Pandemia grupo 2 (n = 19)	p
------------------------------	---------------------------	---

Edad	64,5 (57,2-71,7)	70 (60-76)	NS
Sexo masculino	15 (62,5%)	14 (73,7%)	NS
Charlson	1 (0-1,7)	1 (1-3)	NS
Charlson ajustado por edad	3 (2-4)	4 (3-6)	p = 0,007
Válvula nativa	16 (66%)	16 (84,2%)	NS
Tabaquismo activo	4 (16,7%)	1 (5,3%)	NS
Diabetes mellitus	3 (12,5%)	6 (31,6%)	NS
Hipertensión arterial	13 (54,2%)	14 (76,3%)	NS
Dislipemia	11(45,8%)	9 (47,4%)	NS
Endocarditis infecciosa previa	3 (12,5%)	1 (5,3%)	NS
Enfermedad renal crónica	2 (8,3%)	4(21,1%)	NS
Valvulopatía natural	11(45,8%)	13 (68,4%)	NS
Hemocultivos positivos	21, (87,5%)	18 (94,7%)	NS
Diagnóstico por serología	2 (8,3%)	0	NS
Días de estancia hospitalaria	35 (25-50)	35 (21-44)	NS
Días desde el inicio de síntomas hasta el ingreso	20 (6-32)	20 (4-39)	NS
Etiología microbiológica			NS
<i>Enterococcus faecalis</i>	20,8%	21,1%	

<i>Staphylococcus aureus</i>	8%	21%	
<i>Streptococcus bovis</i>	12,5%	5,3%	
<i>Streptococcus viridans</i>	16%	15,7%	
<i>Coxiella burnetti</i>	8%	0%	
Adquisición nosocomial	3 (12,5%)	6 (31,6%)	NS
Origen del foco bacteriémico			
Vascular	0 (0%)	4 (21%)	NS
Digestivo/urinario	9 (37,5%)	5 (26,3%)	
Odontógeno	6 (25%)	3 (15,8%)	
Complicación cardíaca	11(45,8%)	8 (42,1%)	
Rotura	3 (12,5%)	5 (26,3%)	NS
Pseudoaneurisma	5 (20,8%)	1 (5,3%)	
Absceso	2 (8,3%)	2 (10,5%)	
Vegetación presente	18 (75%)	14 (73,7%)	NS
Insuficiencia Aórtica	15 (62,5%)	6 (31,6%)	NS
Insuficiencia Mitral	2 (8,3%)	8 (42,1%)	NS
Grado de disfunción valvular			
			p = 0,04
Sin disfunción	5 (20,8%)	0 (0%)	

Leve	1 (4,2%)	0 (0%)	
Moderado	2 (8,3%)	3 (15,8%)	
Grave	16 (66,7%)	16 (84,2%)	
Empeoramiento de insuficiencia cardíaca previa	9 (37,5%)	1 (5,9%)	NS
Bloqueo auriculoventricular nuevo	1 (4,2%)	3 (15,8%)	NS
Embolismos	7 (29,2%)	7 (36,8%)	NS
Shock cardiogénico	5 (20,8%)	4 (21,1%)	NS
Sepsis	5(20,8%)	4 (21,1%)	NS
Ventilación mecánica invasiva	3 (12,5%)	2 (10,5%)	NS
Fármacos vasocactivos previas a la intervención	5 (20,8%)	4 (21,1%)	NS
Accidente cerebrovascular	4 (16,7%)	1 (5,3%)	NS
Hemocultivos persistentes	2 (8,3%)	1 (5,3%)	NS
Intervención quirúrgica	16 (66,7%)	12 (63,2%)	NS
Complicación tras la intervención	4 (16,7%)	7 (36,8%)	NS
Sustitución valvular mediante prótesis biológica	7 (29,2%)	0 (0%)	NS
<i>Exitus letalis</i>	3 (12,5%)	7 (36,8%)	p = 0,061
EuroSCORE	7 (4-11)	9 (7-11)	NS

Endocarditis infecciosa curada	79%	58%	NS
Recurrencia de endocarditis infecciosa	0 (0%)	0 (0%)	NS

Discusión: Probablemente el diseño del estudio (unicéntrico, patología de baja incidencia) no permite obtener la potencia estadística necesaria para demostrar diferencias significativas. La mayor mortalidad en el grupo 2 podría estar relacionada con la mayor comorbilidad (Charlson ajustado). Harían falta estudios multicéntricos para evaluar la hipótesis propuesta.

Conclusiones: En la cohorte estudiada se puede concluir que la crisis sanitaria ha impactado en la atención de la EI. Aunque no se ha encontrado un retraso en el diagnóstico, ni mayor tasa de complicaciones, sí que los casos atendidos durante la pandemia presentaron un mayor grado de insuficiencia valvular y una mayor mortalidad.