Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):307

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

943 - COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. NUESTRA EXPERIENCIA DEL REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI) DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI)

M. Sánchez Ledesma[1], C. Bea Serrano[2], A. Hernández Belmonte[3], M.Á. Tejero Delgado[4], A. Rodríguez Guardado[5], A.E. Laffond[1], F. Boumhir Lendínez[1], O. Pérez Hernández[6], A. Artero[7], Í. Lechuga[8], A. Salinas Botrán[9], C. Ramírez Baum[10], J.M. Ramos Rincón[11] y J. de la Fuente Aguado[12]

[1]Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. [3]Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. [4]Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [5]Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. [6]Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. [7]Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. [8]Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona. [9]Hospital de Denia. Denia. Alicante. [10]Hospital Valle del Nalón. Langreo. [11]Hospital General Universitario de Alicante. Langreo. [12]Hospital Ribera Povisa. Vigo.

Resumen

Objetivos: Analizar las complicaciones y mortalidad ajustada a la escala de quick SOFA y al índice de Charlson de endocarditis infecciosa en el territorio nacional en grupos de Medicina Interna.

Métodos: El Registro Español de Endocarditis Infecciosa (REEIMI) comienza en octubre de 2018 a través del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la SEMI (GTEI), tras la aprobación del comité ético y de la directiva de SEMI, mediante una plataforma online, que cumple los nuevos criterios SEMI de estándares de legalidad y seguridad donde se introdujeron los datos descritos a continuación.

Resultados: Se recogen los datos del período octubre 2018-junio 2021: 22 hospitales y 28 investigadores a nivel nacional, con 365 pacientes y 46,959 datos analizados hasta la actualidad. La edad media de los pacientes fue de media es 68,4 años, el 72% fueron varones con un Índice Charlson al ingreso de 1,57 ± 1,62. Complicaciones durante el ingreso: El y el 6,8% bloqueos AV 21,4% de los pacientes presentó embolismos sépticos. el 7,7% de los pacientes presentaba abscesos cardíacos. El 3,9% presentó fenómenos vasculares/inmunológicos, y de los 22,7% fenómenos embólicos (cerebral, periférico, esplénico, etc.). En relación a las toxicidades a la antibioterapia y efectos secundarios: el 10% presentó ototoxicidad, el 17,2% pancitopenia, el 6,7% rabdomiolisis, entre las más importantes a destacar. Los antibióticos de dichos pacientes con toxicidades fueron un 20,3% ampicilina, un 37,5% ceftriaxona, un 28% cloxacilina, un 11,2% vancomicina, un 34% gentamicina, un 11,5% rifampicina, y un 26,8% daptomicina. Un 7,4% precisó de nutrición parenteral. En relación a presencia de insuficiencia renal un 15,1% de los pacientes presentaba creatinina basal > 1,5, 7,7% creatinina basal > 3 y un 14% creatinina basal > 3 al ingreso y un 17,3% *shock* séptico. El 42,7% precisó en algún momento del ingreso hospitalización en UCI. Se realizó cirugía en un 44,5% de los pacientes. La mortalidad fue de 73 pacientes que fallecieron en los siguientes 30 días al diagnóstico (20%); de ellos 76,9% secundaria a endocarditis infecciosa y el 23,1% atribuible por los investigadores a otras causas. Los pacientes con valor de la escala de Quick sofa de 0 tienen una mortalidad del 13,5% y a mayor quick SOFA mayor mortalidad (quick SOFA > 1 p = 0,002). En el análisis multivariante la EI protésica tiene mayor mortalidad, pero no llega a la significación estadística aunque

tiende a la significación (p = 0,057). En relación al índice de Charlson con punto de corte de 2 presenta relación con la mortalidad en el análisis multivariante (ajustando por edad y prótesis cardíaca).

Discusión: Esta patología infecciosa y la alta mortalidad que asocia, hace necesario la creación de registros nacionales con el objetivo de estudiar cuáles con las complicaciones actuales más frecuentes e intentar mejorar la actuación, coordinación y la calidad asistencial para intentar disminuir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes.

Conclusiones: Tanto la escala de Quick SOFA como el índice de Charlson permiten predecir aquellos pacientes con EI que pueden presentar mayor riesgo de complicaciones y un peor pronóstico.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.