Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S53

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

656 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE DE PACIENTES ADULTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS

Belén Jufresa Michavila[1,2], Sergio Rivero Santana[1,2], Andrea María Serrano Sánchez[1,2], Miquel Micó García[1,2], Gloria Trujillo Isern[1,2], Antonia Flor Pérez[1,2], Rafel Pérez Vidal[1,2] y Manuel Crespo Casal[1,2]

[1]Hospital Sant Joan de Deu, Manresa, España. [2]Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut a la Catalunya Central (IRIS-CC), Manresa, España.

Resumen

Objetivos: Caracterización epidemiológica, clínica y microbiológica de una cohorte de pacientes adultos con endocarditis infecciosa (EI) en un hospital sin cirugía cardíaca. Evaluación de los pacientes con indicación quirúrgica que no se derivan a hospital terciario. Análisis de los factores asociados con la mortalidad.

Métodos: Revisión de historias clínicas electrónicas y registros digitalizados de pacientes con diagnóstico de EI al alta entre 01/enero/2018 y 31/diciembre/2023. Descripción de variables cualitativas: porcentaje (valor absoluto); cuantitativas: mediana (rango intercuartílico). Análisis bivariante/multivariante de los factores asociados con mortalidad mediante procesador de datos SPSS vs.26.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con criterios de EI (25 definitivas y 25 probables) definidos en 2023 por la Sociedad Europea de Cardiología. Tasa de incidencia anual/100.000 habitantes, 2018: 2,86; 2019: 2,86; 2020: 4,76; 2021: 2,86; 2022: 3,33; 2023: 7,14. Mediana de edad, 75 años (67-85); 58% hombres; índice de Charlson, 5 (3-6); adquisición: comunitaria, 72%); asociada a cuidados, 22%; intrahospitalaria, 6%. El 46% (n = 23) portadores de prótesis-dispositivo endovascular: válvula-biológica, 12; válvula-mecánica, 4; dispositivo-electrónico, 6; TAVI,1. Adicionalmente, 11 pacientes con prótesis-articular. Presentación con insuficiencia cardíaca, 44%; edema pulmonar, 16%; *shock* cardiogénico, 2%), afectación de SNC, 48,5%; embolismos periféricos, 28%. Etiología: SAMS, 12 casos; estreptococos grupo *viridans*, 10; *E. faecalis*, 8; estreptococos betahemolíticos, 5 (*S. agalactiae*, 4; *S. pyogenes*, 1); *S. gallolyticus*, 4; 1 caso de cada especie: HACEK, *E. cassiflavus*, *S. epidermidis*, *P. acnes; E. cloacae*. Hemocultivos negativos, 6 casos. Se realizó ecocacardiograma-TT, 90% (n = 45); ecocacardiograma-TE, 60% (n = 30). Afectación mitral, 42% (n = 21); aórtica, 30% (n = 15); tricúspide, 4% (n = 2), no definida 24% (n = 12). EI sobre válvula nativa 70% (n = 35); prótesis-biológica 14% (n = 7); prótesis-mecánica 8% (n = 4); dispositivos-electrónicos 6% (n = 3); TAVI 2% (n = 1). Duración del tratamiento antibiótico, 35 días (42-75). Los pacientes con indicación quirúrgica se comentaron con el equipo de endocarditis del hospital terciario y se derivaron tras acuerdo consensuado. El 50% (n = 25) tenían ? 1 criterio quirúrgico: disfunción valvular severa, 16; vegetaciones > 10 mm, 10; extensión paravalvular, 8; bacteriemia persistente, 1. De ellos, 8 (32%) no fueron derivados, la mayoría (n = 7) por riesgo quirúrgico inaceptable. Mortalidad a los 30 días, 28% (n = 14), mayor en infección por SAMS (5/12; 41,7%) versus otros microorganismos (9/38; 23,7%) (OR: 2,30; IC95%: 0,58-9,06) y muy frágiles (Charlson ? 4) (OR: 6,5; IC95%: 0,8-55,7). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre pacientes derivados (4/18; 22%) y no derivados (10/32; 31,3%) (OR: 0,63; IC95%:

0,16-2,34); ni entre pacientes con (6/25; 24%) y sin indicación quirúrgica (8/25, 32%) (OR: 0,67; IC95%: 0,19-2,33). En pacientes con indicación quirúrgica, la mortalidad fue similar en pacientes operados (2/10; 20%) y no operados (4/15, 26,7%) (OR: 0,69; IC95%: 0,10-4,72). Mediante análisis multivariante, Charlson ? 4 (OR: 7,9; IC95%: 0,9-72,5) e infección por SAMS (OR: 3,0; IC95%: 0,7-13,4) se asociaron con mayor mortalidad (bondad modelo, Hosmer-Lemeshow, clasificación correcta 76%).

Conclusiones: En nuestra cohorte la mortalidad a los 30 días del 28% se asoció con la fragilidad y la infección por SAMS. La atención especializada en los hospitales sin cirugía cardíaca coordinada con un centro de referencia permite optimizar el manejo de la endocarditis infecciosa.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.