



<https://www.revclinesp.es>

I-209 - FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA

A. Peláez Ballesta¹, C. Peláez Ballesta¹, M. I. Guirado Torrecillas², M. Esteban Garrido¹, I. Fernández Romero¹, M. Álvarez Óspina², C. Toledo Campillo¹ y R. Mateo Paredes¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: Analizar los factores pronósticos asociados a la mortalidad de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) atendidos en un hospital de 2º nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de una cohorte de pacientes con diagnóstico al alta de EI, desde enero de 2000 a diciembre de 2017, a través de las historia clínica en papel y electrónica, se registran variables demográficas, comorbilidades, clínica de presentación y microbiología, complicaciones y su asociación con un aumento de la mortalidad. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se revisaron un total de 101 casos con diagnóstico de EI según criterios de Duke. Se evaluaron los resultados del estudio comparativo entre la cohorte de pacientes que fallecieron y los que sobrevivieron. Fueron asociados al fallecimiento de forma estadísticamente significativa en el estudio multivariante con p < 0,05. Antecedentes médicos: insuficiencia renal leve, i. renal moderada o grave, hemodiálisis, enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, DM daño orgánico, neoplasia, EPOC, I. Charlson > 3, y ajustado a edad > 6. Factores predisponentes: se asociaban como factor protector la realización de cirugía, no existiendo diferencias entre aquellos con historia previa de EI, o cardiopatía congénita. Tipo de EI: se asociaba una mayor mortalidad significativa en los pacientes con EI sobre válvula nativa. Tratamiento: la pauta de un tratamiento considerado como inadecuado se asociaba a mayor mortalidad de forma significativa, no existiendo diferencias entre aquellos que continuaban tratamiento con ácido acetilsalicílico y anticoagulación oral. Complicaciones clínicas: evento vascular SNC, anomalía de la conducción, ventilación mecánica, drogas vasoactivas, y shock séptico. Una demora diagnóstica superior a los 5,5 días fue asociada a una mayor mortalidad, así como aquellas formas adquiridas de forma nosocomial y producidas por *Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp y *Candida* spp., presentándose como factor protector con menor mortalidad aquellos en los que la cirugía fue realizada.

Discusión: La presencia como comorbilidades en nuestra cohorte de pacientes con EI de insuficiencia renal (tanto leve como moderada o incluso en hemodiálisis) así como la presencia de daño orgánico por diabetes, neoplasia o presentar un Índice Charlson mayor de 3 están a asociadas a un aumento de mortalidad. Otros factores como na pauta inadecuada de tratamiento, y el desarrollo de complicaciones como eventos embolígenos y shock séptico que condicionaba el traslado a UCI del paciente también fueron significativos. Destacaba la presencia de determinados factores protectores en nuestra cohorte como es la realización de cirugía a pesar de que estos pacientes en la literatura están asociados a un peor pronóstico, debido en parte a

que el retraso en poder derivar al paciente y que se realice una cirugía electiva condicionan una mayor tasa de mortalidad entre los pacientes que no fueron operados finalmente.

Conclusiones: La EI está asociada a una alta morbimortalidad condicionada por las comorbilidades previas del paciente, así como el lugar de adquisición, el microorganismo responsable, el tratamiento pautado, y las complicaciones posteriores desarrolladas.