



## 2. IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN EL MANEJO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Carlos Nicolás Pérez García<sup>1</sup>, Daniel Gómez Ramírez<sup>2</sup>, Daniel García Arribas<sup>2</sup>, Adrián Jerónimo Baza<sup>2</sup>, Javier Pérez Serrano<sup>3</sup>, Carmen Sáez Béjar<sup>3</sup>, Carlos Ferrera Durán<sup>2</sup>, Isidre Vilacosta<sup>2</sup> y Carmen Olmos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave con alta mortalidad en determinados subgrupos de pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la fragilidad en el manejo clínico y el pronóstico de pacientes con EI.

**Métodos:** Un total de 200 casos de EI confirmada fueron recopilados en dos hospitales terciarios entre 2016 y 2021, siendo categorizados según la escala de FRAIL en grupo A (n = 48, si score > 2) y grupo B (n = 152, si score ≤ 2), y seguidos durante el primer año tras el diagnóstico.

**Resultados:** La edad media fue de 70 [DE 15] años y un 64% eran varones. La tabla muestra las características basales y clínicas. La infección enterocócica fue más frecuente en el grupo A, sin diferencias en cuanto a la localización, presencia de vegetaciones ni complicaciones perianulares, tiempo hasta el diagnóstico ni estancia media hospitalaria. Durante el ingreso, la insuficiencia cardíaca aguda, la broncoaspiración y el síndrome confusional agudo predominaron en los pacientes frágiles. A diferencia de la 18F-FDG PET/TC, más frecuente en el grupo B (34 vs 17%, p 0,03), el ecocardiograma transesofágico se realizó de manera similar en ambos grupos (92 vs 97%, p 0,08). Menos pacientes frágiles fueron intervenidos quirúrgicamente (42 vs 68%, p 0,001), siendo considerados más frecuentemente inoperables pese a cumplir criterios quirúrgicos (29 vs 12%, p 0,002). La mortalidad intrahospitalaria, global y por estrategias terapéuticas, fue mayor en el grupo A, excepto en aquellos pacientes inoperables con indicación quirúrgica pero con manejo conservador, en los que no difirió entre grupos. Entre los supervivientes con seguimiento (n = 144), aunque la proporción de recurrencias fue similar, los reingresos (75 vs 35%, p 0,001) y la mortalidad por cualquier causa (36 vs 5%, p 0,001) fueron superiores en el grupo A. Tras regresión logística (figura), la escala de FRAIL en pacientes con EI se mantuvo como predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria y a 12 meses [OR 1,5 (1,2-2,3) y 2,0 (1,5-2,6), por cada punto adicional].

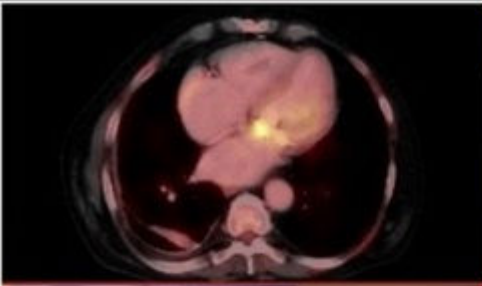

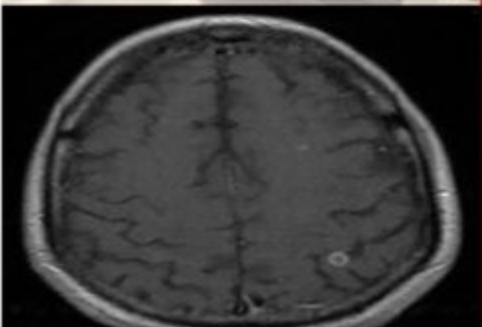
Características basales y de evolución clínica de pacientes con EI en base a la escala de FRAIL

Cohorte	Grupo A (FRAIL > 2)	Grupo B (FRAIL ≤ 2)	p
---------	---------------------	---------------------	---

n = 200	n = 48	n = 152		
Edad [media (DE)]—años	70 (15)	79 (9)	67 (15)	<b>0,001</b>
Sexo masculino—no. (%)	127 (63,5%)	28 (58,3%)	99 (65,1%)	0,39
Origen comunitario—no. (%)	137 (68,5%)	30 (62,5%)	107 (70,4%)	0,31
Comorbilidades—no. (%):				
Diabetes mellitus	63 (31,5%)	17 (35,4%)	46 (30,3%)	0,50
Cáncer	23 (11,5%)	11 (22,9%)	12 (7,9%)	<b>0,004</b>
Anemia crónica	58 (29,0%)	22 (46,0%)	36 (23,7%)	<b>0,003</b>
ERC	37 (18,5%)	15 (31,3%)	22 (14,5%)	<b>0,01</b>
EPOC	21 (10,5%)	7 (14,6%)	14 (9,2%)	0,29
Cirugía cardíaca—no. (%)	123 (61,5%)	20 (41,7%)	103 (67,8%)	<b>0,001</b>
EuroSCORE I [mediana (RIC)]	28 (39)	41 (42)	24 (35)	<b>0,001</b>
EuroSCORE II [mediana (RIC)]	7 (12)	12 (29)	7 (11)	<b>0,002</b>
Risk-E [mediana (RIC)]	21 (19)	25 (17)	21 (18)	0,27
Mortalidad intrahospitalaria—no. (%)				
Total	52 (26,0%)	20 (41,7%)	32 (21,1%)	<b>0,01</b>
Indicación +/-cirugía + (n = 123)	30 (24,4%)	9 (45,0%)	21 (20,4%)	<b>0,02</b>
Indicación +/-cirugía - (n = 32)	16 (50,0%)	7 (50,0%)	9 (50,0%)	1,00

Indicación -/cirugía - (n = 45)	6 (13,3%)	4 (28,6%)	2 (6,5%)	<b>0,04</b>
Seguimiento a 12 meses—no. (%):	<b>n = 144</b>	<b>n = 28</b>	<b>n = 116</b>	
Recurrencia	5 (3,5%)	2 (7,1%)	3 (2,6%)	0,24
Reingreso por cualquier causa	62 (43,1%)	21 (75,0%)	41 (35,3%)	<b>0,001</b>
Mortalidad por cualquier causa	16 (11,1%)	10 (35,7%)	6 (5,2%)	<b>0,001</b>

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica.

	Variables predictoras	Mortalidad intrahospitalaria Regresión logística OR, 95% IC	p-valor
	Escala de FRAIL basal	1,5 (1,2-2,0)	0,003
	Shock séptico	8,4 (3,5-20,0)	<0,001
	<i>S. aureus</i>	3,5 (1,3-9,5)	0,02
	Embolia sistémica	2,4 (1,1-5,3)	0,03
	Variables excluidas del modelo	Edad Insuficiencia cardíaca aguda Insuficiencia renal aguda Tiempo hasta el diagnóstico Cirugía cardíaca	0,10 0,46 0,19 0,49 0,45
	Variables predictoras	Mortalidad al año Regresión logística OR, 95% IC	p-valor
	Escala de FRAIL basal	2,0 (1,5-2,6)	<0,001
	Shock séptico	1.1 (1.0-1.1)	0,001
	<i>S. aureus</i>	10.3 (1.7-63.3)	0,01
	Insuficiencia renal aguda	10.7 (2.7-41.6)	0,05
	Variables excluidas del modelo	Edad Insuficiencia cardíaca aguda Inmunosupresión EPOC Cirugía cardíaca	0,15 0,98 0,11 0,24 0,69

*Análisis multivariable de mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento.*

**Conclusiones:** Los pacientes frágiles con EI presentaron mayor comorbilidad, mayor frecuencia de infecciones enterocócicas y de complicaciones intrahospitalarias. El empleo de la PET/TC y el abordaje quirúrgico fueron inferiores en este grupo, que se caracterizó por un mayor riesgo de reingreso y muerte intrahospitalaria y a los 12 meses.