



5. DERIVACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA A CENTROS DE REFERENCIA: ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS PACIENTES Y LA INFLUENCIA DEL MOMENTO DE TRASLADO EN LOS RESULTADOS

Pablo Zulet Fraile¹, Carmen Olmos Blanco¹, Javier López Díaz², Isidre Vila Costa¹, Carmen Sáez Béjar³, Gonzalo Cabezón Villalba², Daniel Gómez Ramírez¹, Adrián Jerónimo Baza¹, Javier Pérez Serrano⁴, Daniel García Arribas⁵ y J. Alberto San Román²

¹Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ³Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España y ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías clínicas recomiendan el manejo de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) en centros de referencia (CR). Nuestro objetivo fue describir las características clínicas y el pronóstico de los pacientes quirúrgicos con EI derivados a un CR desde un hospital secundario, en comparación con aquellos diagnosticados en el propio CR, y evaluar el impacto del momento de la derivación en el pronóstico.

Métodos: De 1996 a 2022, se incluyeron 1.938 pacientes con EI de forma consecutiva en un registro multipropósito y multicéntrico en 3 hospitales terciarios españoles. 703 pacientes se trataron con cirugía cardíaca y conformaron nuestro grupo de estudio. Se analizaron las diferencias entre los episodios quirúrgicos diagnosticados en el CR (n = 318) y los derivados desde un centro secundario (pacientes remitidos, PR) (n = 385). Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para estudiar factores asociados a mortalidad en PR.

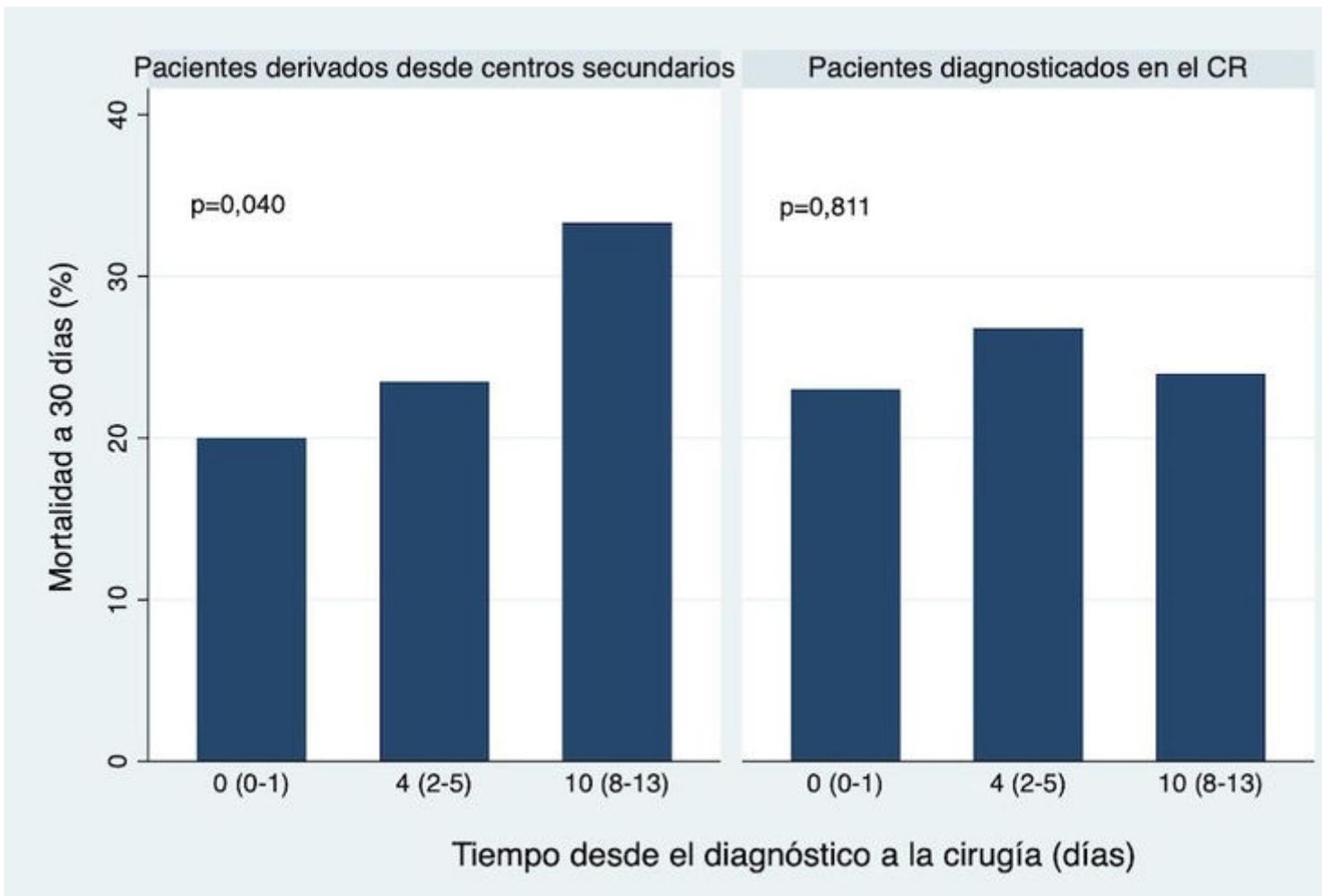
Resultados: Los PR representaron el 54,8% de los episodios. *S. aureus* fue más común en PR (22,3 vs 11,3%; p 0,001). Los PR tuvieron una mayor incidencia de insuficiencia cardíaca (65,7 vs 58,5%; p = 0,049) y shock séptico antes de la cirugía (16,1 vs 10,7%; p = 0,038). La mortalidad global a los 30 días (26,5 vs 24,5%; p = 0,552) fue similar en ambos grupos. Sin embargo, encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes al analizar el momento quirúrgico (tiempo desde el diagnóstico a la cirugía). En los PR, hubo un incremento significativo de la mortalidad, del 20% en los operados en los primeros días al 33,3% en los episodios intervenidos más de una semana después del diagnóstico; p = 0,040), hecho que no se observó en los pacientes diagnosticados y tratados íntegramente en el CR (23 vs 23,9%; p = 0,811) (figura). Además, en los PR, el análisis multivariable (Tabla) mostró que un tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía de más de 7 días se asoció de manera independiente con una mayor mortalidad a los 30 días (OR 2,2, IC95%: 1,3-3,7).

Regresión logística uni y multivariable para mortalidad a 30 días en pacientes con EI con indicación de cirugía derivados a un centro de referencia

Univariable	OR	IC95%	p	Multivariable	OR	IC95%	p
Edad	1,036	1,017-1,056	0,001	Edad	1,0132	1,010-1,054	0,004
Diabetes mellitus	2,400	1,470-3,911	0,001	Diabetes mellitus	1,830	1,059-3,164	0,030
EPOC	2,700	1,293-5,628	0,008				
Enfermedad renal crónica	3,291	1,752-6,182	0,001	Enfermedad renal crónica	2,504	1,241-5,053	0,010
<i>S. aureus</i>	2,221	1,334-3,698	0,002				
Vegetaciones	1,881	0,985-3,594	0,056				
Complicaciones perianulares	1,407	0,884-2,242	0,150				
Endocarditis protésica	0,982	0,619-1,558	0,938				
Fallo renal agudo	3,936	2,434-6,367	0,001	Fallo renal agudo	2,806	1,648-4,778	0,001
<i>Shock séptico</i>	3,855	2,193-6,777	0,001	<i>Shock séptico</i>	3,517	1,859-6,654	0,001
Infección persistente	2,587	1,574-4,251	0,001				
EuroSCORE II	1,033	1,016-1,050	0,001				

Escala Risk-E	1,047	1,033-1,062	0,001				
Cirugía diferida > 7 días	1,802	1,140-2,849	0,012	Cirugía diferida > 7 días	2,190	1,300-3,688	0,003

IC: intervalo de confianza; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; OR: *Odds ratio*.



Conclusiones: En los PR, una cirugía tardía, realizada más de 7 días después del diagnóstico, se asoció con un aumento en la mortalidad a los 30 días. La derivación precoz de pacientes con EI a CR es una medida que puede mejorar el pronóstico de estos pacientes, al permitir el acceso a una cirugía temprana y a un manejo especializado por parte de equipos de endocarditis dedicados.