



9. CONTROLLING NUTRITIONAL STATUS SCORE (CONUT): UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA CARACTERIZACIÓN Y EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Carlos Nicolás Pérez García¹, Daniel García Arribas², Javier Pérez Serrano³, Daniel Gómez Ramírez², Adrián Jerónimo Baza², Carmen Sáez Béjar³, Carlos Ferrera Durán², Isidre Vilacosta² y Carmen Olmos²

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

Resumen

Introducción y objetivos: Si bien la malnutrición es un factor de peor pronóstico en diversos escenarios clínicos, su impacto en pacientes con endocarditis infecciosa (EI) y el papel de nuevos índices inmunonutricionales es poco conocido. Este trabajo pretende evaluar el papel del *Controlling Nutritional Status Score* (CONUT) en la caracterización y el pronóstico del paciente con EI.

Métodos: Un total de 184 casos de EI confirmada fueron recopilados y seguidos durante el primer año tras el diagnóstico. El CONUT score se calculó al diagnóstico mediante la albúmina sérica, el colesterol total y el recuento linfocitario [(rango 0-12), 12 = desnutrición extrema], y los pacientes se dividieron en CONUT-alto (? 6, n = 98) y CONUT-bajo (< 6, n = 86) en base a la mediana de la cohorte.

Resultados: La edad media fue de 70 [DE 15] años, 64% varones y 69% de origen comunitario. La mediana de CONUT score fue 6 (4). La diabetes y la fragilidad fueron más prevalentes en el grupo CONUT-alto (tabla). El patógeno más frecuente fue *S. viridans* (n = 43). Por grupos, *S. aureus* predominó en CONUT-alto (20 vs 8%, p 0,02) y estreptococos no *viridans* en CONUT-bajo (9 vs 2%, p 0,03). La EI sobre bioprótesis aórtica fue más frecuente en CONUT-alto, mientras que las formas aórticas mecánicas y sobre bioprótesis mitrales en CONUT-bajo (figura). Pacientes con CONUT-alto presentaron mayores vegetaciones [14 (11) vs 11 (7) mm, p 0,02], más abscesos perianulares (25 vs 13%, p 0,04), y mayor incidencia de insuficiencia renal aguda y *shock* séptico durante el ingreso. Pese al mayor riesgo quirúrgico en CONUT-alto, la proporción de pacientes operados y la mortalidad hospitalaria fueron similares. Según la estrategia terapéutica, solo aquellos pacientes sin indicación quirúrgica, manejados médicamente, presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria si CONUT-alto. Al año de seguimiento, la malnutrición tendió a asociarse a mayor riesgo de reingreso (35 vs 51%, p 0,07).

Características basales y de evolución clínica de pacientes con EI en base al CONUT score

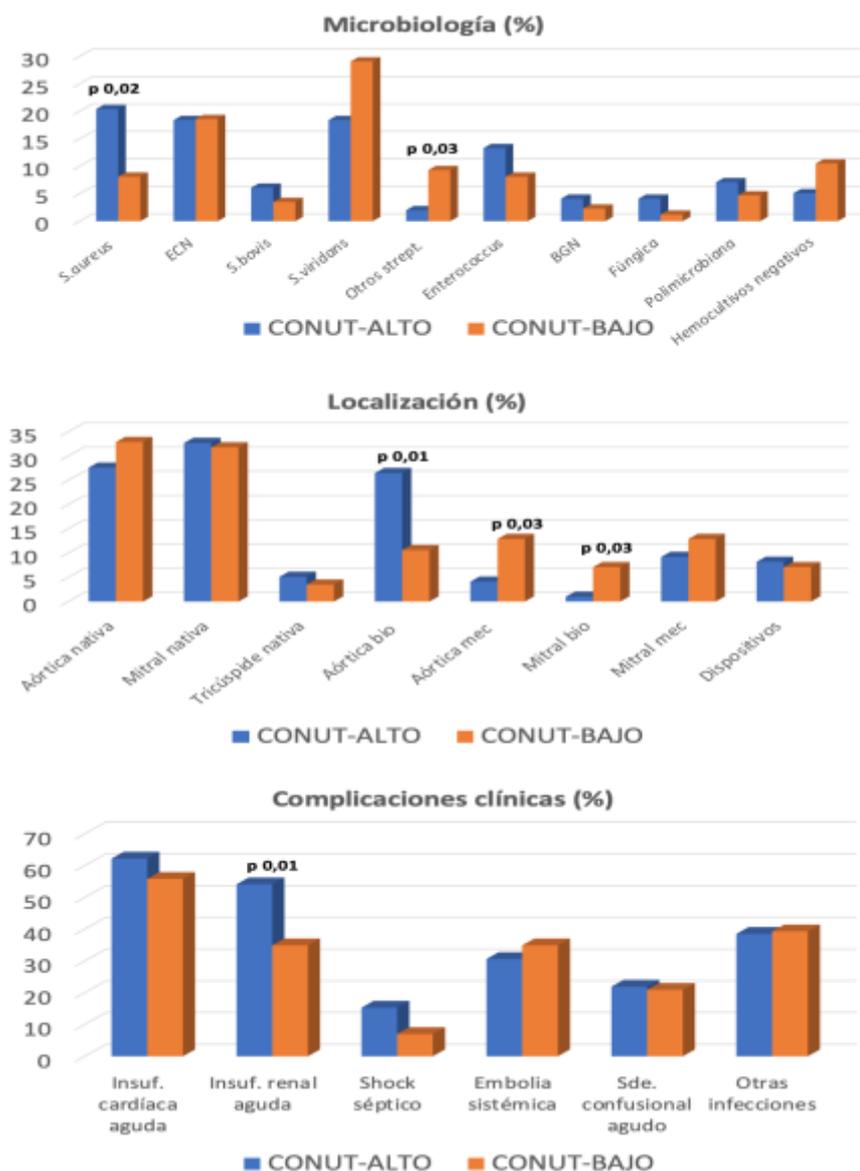
| Total de la cohorte | CONUT-alto | CONUT-bajo | p |
|---------------------|------------|------------|---|
|---------------------|------------|------------|---|

| n = 184 | (SCORE ? 6) | (SCORE 6) | | |
|--|--------------|--------------|--------------|-------|
| | n = 98 | n = 86 | | |
| Edad [media (DE)], años | 69,7 (15,1) | 71,2 (13,7) | 68,1(16,6) | 0,17 |
| Sexo masculino, nº (%) | 118 (64,1%) | 60 (61,2%) | 58 (67,4%) | 0,38 |
| Comorbilidades, nº (%): | | | | |
| Diabetes mellitus | 60 (32,6%) | 40 (40,8%) | 20 (23,3%) | 0,01 |
| Cáncer | 22 (12,0%) | 14 (14,3%) | 8 (9,3%) | 0,3 |
| Anemia crónica | 54 (29,3%) | 33 (33,7%) | 21 (24,4%) | 0,17 |
| ERC | 36 (19,6%) | 22 (22,5%) | 14 (16,3%) | 0,29 |
| EPOC | 20 (10,9%) | 12 (12,2%) | 8 (9,3%) | 0,52 |
| Prefragilidad/Fragilidad | 111 (60,3%) | 68 (69,4%) | 43 (50,0%) | 0,01 |
| IMC [media (DE)], kg/m ² | 26,2 (5,0) | 26,0 (4,7) | 26,4 (5,3) | 0,61 |
| Prealbúmina [media (DE)], kg/m ² | 17,7 (7,5) | 16,1 (6,7) | 19,3 (8,0) | 0,04 |
| Transferrina [media (DE)], kg/m ² | 164,4 (48,9) | 153,1 (44,4) | 177,8 (50,9) | 0,001 |
| Cirugía cardiaca, nº (%) | 113 (61,4%) | 61 (62,2%) | 52 (60,5%) | 0,81 |
| EuroSCORE I [mediana (RIC)] | 28 (38) | 29 (36) | 26 (32) | 0,12 |
| EuroSCORE II [mediana (RIC)] | 7 (13) | 9 (14) | 6 (10) | 0,08 |
| Risk-E [mediana (RIC)] | 21 (17) | 25 (25) | 20 (17) | 0,01 |

Mortalidad hospitalaria, n° (%):

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|------|
| Total | 41 (22,3%) | 25 (25,5%) | 16 (18,6%) | 0,26 |
| Indicación quirúrgica +/cirugía + (n = 113) | 25 (22,1%) | 14 (23,0%) | 11 (21,2%) | 0,82 |
| Indicación quirúrgica +/cirugía - (n = 28) | 12 (42,9%) | 7 (41,2%) | 5 (45,5%) | 0,82 |
| Indicación quirúrgica -/cirugía- (n = 43) | 4 (9,3%) | 4 (100%) | 0 (0%) | 0,02 |

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; RIC: rango intercuartílico.



Características microbiológicas y clínicas de la cohorte.

Conclusiones: Un score de CONUT alto se asoció a pacientes con mayor comorbilidad, patógenos más virulentos y formas más agresivas de EI. Si bien la proporción de pacientes operados y la mortalidad hospitalaria global no difirió entre grupos, más complicaciones clínicas y una mayor mortalidad entre los pacientes sin indicación quirúrgica y con manejo médico, se observó ante peores estados nutricionales.