



5. PREVALENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DEL ICTUS EN UNA COHORTE NACIONAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Sara Álvarez Zaballos¹, Patricia Muñoz García², Arístides de Alarcón González³, Encarnación Gutiérrez Carretero⁴, Pilar Vázquez Alen⁵, M^a Carmen Fariñas Álvarez⁶, Roberto Bejarano Arosemena¹, Roberto Gómez Sánchez¹, M^a Ángeles Rodríguez Esteban⁷, Miguel Ángel Goenaga Sánchez⁸, José M. Miró Meda⁹, Antonio Plata Ciezar¹⁰, Carmen Hidalgo-Tenorio¹¹, Ana María Pello Lázaro¹² y Manuel Martínez Selles¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ³Servicio de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ⁴Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ⁵Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ⁶Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁷Servicio de UCI Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España, ⁸Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián Guipúzcoa, España, ⁹Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic, Barcelona, España, ¹⁰Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, ¹¹Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España y ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con alta mortalidad. El ictus es una complicación frecuente, que puede condicionar su evolución y tratamiento. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia y el impacto pronóstico del ictus en una cohorte nacional de EI.

Métodos: Análisis del registro GAMES (Grupo de Apoyo al Manejo de la endocarditis infecciosa en España) de pacientes incluidos de 2008 a 2021, con seguimiento a un año. Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de EI probable o definitiva en base a los criterios de Duke modificados. El diagnóstico de ictus se realizó a través de la clínica y de las pruebas de imagen neurológicas.

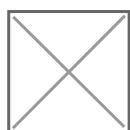
Resultados: De 5.667 pacientes, 1.125 tuvieron ictus (19,8%): 612 embolia sin hemorragia, 192 embolia con hemorragia, 125 hemorragia intracraneal sin embolia y 54 otros ictus (trombosis no sugestiva de origen embólico, abscesos, ictus con encefalitis...). La tabla muestra la comparación entre pacientes con y sin ictus. La edad media fue similar, si bien los pacientes con ictus presentaron más afectación sobre válvula nativa, EI de localización mitral, fenómenos vasculares, embolias, insuficiencia renal, *shock* séptico, EI por *S. aureus* y muerte. El ictus se asoció de forma independiente a la mortalidad intrahospitalaria (*hazard ratio* [HR]: 2,1, intervalo de confianza [IC]: 1,78-2,51, $p = 0,000$). En pacientes con ictus, el grupo de pacientes que fallecieron en el hospital presentaron mayor edad (71 años vs 67 años, $p = 0,01$), más insuficiencia cardíaca (35,8 vs 26,7%, $p = 0,01$), diabetes (38 vs 27,8%, $p = 0,01$), VIH (2,1 vs 0,6%, $p = 0,019$), enfermedad vascular periférica (14,7 vs 6,9%, $p = 0,01$), insuficiencia renal (32,4 vs 18,9%, $p = 0,01$) y hepática (12,4 vs 6,3%, $p = 0,01$), infección nosocomial (30,7 vs 20,9%, $p = 0,01$), *shock* séptico (31,3 vs 10,8%, $p = 0,01$), indicación quirúrgica (73,3 vs 67,2%, $p = 0,02$) y hemorragia intracraneal (15,8 vs 7,8%, $p = 0,01$).

Comparación de pacientes con endocarditis infecciosa en función de la presencia de ictus

Variables	No ictus (4542)	Ictus (1125)	p
Edad. Mediana (IQR)	69 (57-77)	69 (58-76)	0,385
Sexo (varones)	3.101 (68,2)	717 (63,7)	0,004
Localización			
Aórtica	2.344 (51,6)	589 (52,4)	0,653
Mitral	1.777 (39,1)	618 (54,9)	0,01
Tricúspide	267 (5,9)	30 (2,7)	0,01
EI nativa	2.703 (59,5)	744 (66,1)	0,01
Etiología			
<i>Staphylococcus aureus</i>	941 (20,7)	331 (29,4)	0,01
SCN	845 (18,6)	164 (14,6)	0,002
<i>Enterococcus</i>	651 (14,3)	150 (13,3)	0,387
<i>Streptococcus</i>	1.173 (25,8)	274 (24,4)	0,310
Curso clínico			
Complicaciones intracardiacas	1.392 (30,6)	394 (35,0)	0,010
Fenómenos vasculares	278 (6,1)	234 (20,8)	0,01
Bacteriemia persistente	465 (10,2)	150 (13,3)	0,003

Embolización diferente a ictus	873 (19,2)	358 (31,8)	0,01
Insuficiencia renal	1.547 (34,1)	472 (42,0)	0,01
<i>Shock</i> séptico	490 (10,8)	215 (19,1)	0,01
Cirugía cardíaca	2.199 (48,4)	453 (40,3)	0,01
Muerte intrahospitalaria	1.001 (22,0)	460 (40,9)	0,01
Muerte al año	1.267 (27,9)	517 (46,2)	0,01

EI: Endocarditis infecciosa; SCN: *Staphylococcus* coagulasa negativo.



Supervivencia acumulada de pacientes con endocarditis infecciosa en función de la presencia de ictus.

Conclusiones: La presencia de ictus duplica la mortalidad de los pacientes con EI, siendo más frecuente en pacientes con EI sobre válvula nativa y de localización mitral. La presencia de comorbilidades, la endocarditis por *S. aureus* y la hemorragia intracraneal se asocian a la mortalidad en pacientes con ictus y EI.