



6041-574. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. PAPEL DE LA CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Marta Cobo Marcos¹, Jorge Manuel Solano-López Morel¹, Antonio Ramos Martínez², Beatriz Orden Martínez³, Evaristo Castedo Mejuto⁴, Margarita Sánchez Castilla⁵, Isabel Sánchez Romero⁶ y Pablo García Pavía¹ del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología, ⁴Servicio de Cirugía Cardíaca, ⁵Servicio de Anestesia y ⁶Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la endocarditis infecciosa (EI) continúa presentando una mortalidad muy elevada.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con EI. Analizar los factores que influyen en la mortalidad de la EI y el impacto de la creación de un equipo multidisciplinar.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Todos los pacientes con EI atendidos entre 2009 y 2013 fueron divididos en 2 grupos según la creación del grupo de EI en enero de 2011: periodo 1 (P1): 2009-2010, periodo 2 (P2): 2011-2013. El grupo de EI incluye a cardiólogos, cirujanos cardíacos, médicos internistas especialistas en enfermedades infecciosas y anestesiistas.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 38 en el P1 y 57 en P2 (edad media: 64 años, DE: 15, 66% varones). El 80% de las EI afectaban a la válvula mitral o aórtica. La mitad de los casos (46%) fueron sobre válvula protésica (37% EI precoz). En el 48% de los casos hubo fenómenos embólicos y en el 27% complicaciones intracardíacas. Las características de los pacientes no variaron en ambos periodos salvo una mayor incidencia de EI nosocomial en el P2. Respecto a la mortalidad, esta fue significativamente menor en el P2 (47,4% vs 25,5%, $p = 0,027$). El tiempo hasta el diagnóstico fue también menor (7 ± 12 vs 20 ± 34 días, $p = 0,027$). Durante P2, más pacientes se sometieron a cirugía cardíaca (53% vs 34%, $p = 0,07$), y el tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía fue también menor (8 ± 9 vs 15 ± 16 días, $p = 0,08$). Sin embargo, el tiempo hasta la cirugía no influyó en la mortalidad. En el análisis univariado, 5 factores se asociaron con la mortalidad: el periodo 1 (OR = 2,63, $p = 0,027$), la EI por S. coagulans negativo (OR = 3,4, $p = 0,05$), la infección persistente (OR = 14, $p = 0,003$), la ausencia de cirugía cuando estaba indicada (OR = 5,2, $p = 0,019$), y estar a cargo de un servicio distinto al de cardiología (OR = 31, $p = 0,000$).

Conclusiones: Los datos de nuestro trabajo apoyan que el manejo multidisciplinar de la EI liderada por cardiología es el modelo de organización más apropiado para tratar y reducir la mortalidad por EI.