



4016-6. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INFECCIÓN PERSISTENTE EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA

Carlos Ferrera¹, Isidre Vilacosta¹, Javier López Díaz², Carmen Olmos Blanco¹, David Vivas Balcones¹, Cristina Sarriá Cepeda³, Cristina Sánchez Enrique¹ y José Alberto San Román Calvar² del ¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid y ³Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Los signos de infección persistente (IP) traducen una situación de sepsis no controlada y la antesala del *shock* séptico en la endocarditis infecciosa (EI). Nuestro objetivo consiste en identificar los factores de riesgo para el desarrollo de IP que podrían beneficiarse de un tratamiento precoz.

Métodos: Analizamos 657 episodios de EI izquierda recogidos de forma prospectiva y consecutiva desde 1996 hasta 2013 en 3 hospitales de referencia. Se clasificaron en 2 grupos: Grupo I (n = 174) episodios que desarrollaron IP; Grupo II (n = 483) episodios que no lo hicieron. Se definió la IP como bacteriemia o fiebre tras 7 días de tratamiento antibiótico apropiado y tras descartar otros posibles focos de infección.

Resultados: La edad y el sexo fue similar entre los grupos. Tampoco hubo diferencias en la presencia de comorbilidades y la puerta de entrada. Al ingreso, la presencia de fiebre (p = 0,044), *shock* séptico (13,2% vs 4,6%, p 0,001) y embolias al SNC (p = 0,003) fue más frecuentes en el Grupo I. La presencia de complicaciones perianulares fue mayor en el Grupo I (40,8% vs 27,7%, p = 0,002). La proporción de pacientes con hemocultivos positivos al ingreso (p 0,001) y a las 48h (p 0,001) fue superior en el Grupo I. El análisis microbiológico mostró una mayor prevalencia de *S.aureus* (24,1% vs 9,5%, p 0,001) y bacilos Gram- (BGN) (5,7% vs 2,3%, p = 0,025) en el Grupo I, y de *S. bovis* (p = 0,044) en el Grupo II. Los pacientes con IP tuvieron una evolución más tórpida con mayor frecuencia de fiebre (p 0,001), insuficiencia renal (p = 0,024), *shock* séptico (p 0,001), embolias sistémicas (p = 0,004) y al SNC (p = 0,002). La proporción de pacientes operados fue similar (73,6% vs 78,7%, p = 0,167), sin embargo la mortalidad fue muy superior (50% vs 26,3%, p 0,001) en el Grupo I. La cirugía se asoció a una reducción significativa de la mortalidad de los pacientes con IP (39,7% vs 79,1%, p 0,001). Se realizó un análisis multivariado para identificar los factores de riesgo independiente para el desarrollo de IP (tabla).

Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a la aparición de infección persistente		
	Odds ratio (IC95%)	p
Fiebre al ingreso	1,05 (0,67-1,65)	0,833

Shock séptico al ingreso	2,75 (1,40-5,40)	0,003
Hemocultivos positivos al ingreso	1,53 (1,07-2,19)	0,014
Hemocultivos positivos a las 48h	1,57 (1,22-2,02)	0,001
S. aureus	2,43 (1,46-4,05)	0,001
Bacilos Gram negativos	2,59 (1,02-6,58)	0,041
Complicaciones perianulares	1,66 (1,12-2,46)	0,014
Vegetación presente	1,01 (0,56-1,82)	0,976
Edad	1,01 (0,99-1,02)	0,256
Insuficiencia valvular moderada-grave	1,05 (0,68-1,62)	0,821

Conclusiones: La IP se asocia con una mayor incidencia de complicaciones y mortalidad en la EI. La cirugía reduce la mortalidad de los pacientes con IP. S. aureus, los BGN, las complicaciones perianulares, y la persistencia de hemocultivos positivos constituyen factores de riesgo de IP en los que la cirugía precoz podría prevenir el desarrollo de IP y reducir la mortalidad.