



7006-5. IMPLICACIONES DEL ECOCARDIOGRAMA NEGATIVO EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Lourdes Vicent Alaminos¹, Hugo González-Saldívar¹, Emilio Bouza¹, Patricia Muñoz¹, Gregorio Cuerpo¹, Aristides de Alarcón², Bárbara Vidal³ y Manuel Martínez-Sellés¹ del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, y ³Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El ecocardiograma tiene un papel fundamental en el diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI), de acuerdo con los criterios de Duke modificados. Nuestro objetivo fue evaluar las implicaciones de un ecocardiograma negativo en el pronóstico de una cohorte de pacientes con EI.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en 31 centros españoles. Desde enero de 2008 hasta septiembre de 2016, 3.467 pacientes fueron incluidos (2.765 con EI definitiva, 702 EI posible). El principal objetivo de valoración fue la mortalidad intrahospitalaria. El diagnóstico ecocardiográfico se basó en los criterios de Duke modificados para el diagnóstico de EI.

Resultados: La mediana de edad fue 69 años (rango intercuartílico: 57-77 años, y 1.465 eran varones (68,5%). La comorbilidad era frecuente (índice de comorbilidad de Charlson medio $4,7 \pm 2,8$ años). Se realizó ecocardiograma transesofágico en 2.680 (77,3%). La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue 26,7%. En pacientes con EI definitiva, la mortalidad intrahospitalaria fue 27,7% en pacientes con ecocardiograma positivo y 24,6% en aquellos con ecocardiograma negativo, $p = 0,121$. En la EI posible, la mortalidad con ecocardiograma positivo fue 27,5%, en comparación al 16,7% observada en ecocardiograma negativo, $p = 0,001$. Las complicaciones (cardíacas y extracardíacas [embólicas, inmunológicas y *shock séptico*]) fueron más frecuentes cuando el ecocardiograma fue positivo, con independencia de la sospecha clínica (EI definitiva 35,5% en eco positivo frente a 16,8% si negativo, $p = 0,001$; EI posible 20,8 frente a 7,6%, $p = 0,001$). El ecocardiograma positivo fue un predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria en la EI definitiva (odds ratio (OR) 1,3, [intervalo de confianza al 95% (IC95%): 1,0-1,8], $p = 0,04$), y en endocarditis infecciosa posible (OR 1,6 [IC95% 1,0-2,5], $p = 0,04$). En la tabla se resumen los predictores independientes de mortalidad, por análisis multivariante.

Predictores independientes de mortalidad

Variable	OR (IC95%)	P
Endocarditis infecciosa definitiva		

Edad > 75 años	1,6 (1,3-1,9)	0,001
Ecocardiograma positivo	1,3 (1,0-1,8)	0,041
Índice de Charlson > 4	2,2 (1,8-2,7)	0,001
Infección nosocomial	1,5 (1,2-1,8)	0,001
Endocarditis sobre válvula protésica	1,5 (1,3-1,9)	0,003
Diagnóstico microbiológico		
<i>S. aureus</i>	1,8 (1,5-2,3)	0,027
<i>Streptococcus</i>	0,6 (0,4-0,7)	0,001
Embolia cerebral	2,7 (2,1-3,3)	0,001
Endocarditis posible		
Edad > 70 años	2,2 (1,4-3,3)	0,001
Ecocardiograma positivo	1,6 (1,0-2,5)	0,04
Insuficiencia cardíaca aguda	3,6 (2,4-5,4)	0,001
Fracaso renal agudo	1,9 (1,2-2,9)	0,003
Tratamiento quirúrgico	0,4 (0,3-0,7)	0,002

OR: Odds ratio; IC: intervalo de confianza.

Conclusiones: Un ecocardiograma positivo en pacientes con EI se asocia con mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria. En pacientes con EI posible y ecocardiograma negativo, debería considerarse un diagnóstico alternativo.