Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 779

Revista Española de Cardiología

6013-211. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA ENDOCARDITIS. INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA

Anai Moreno Rodríguez, Santiago García Mancebo, Francisco Bonache Bernal, Enara Carrizo Arana, Ángel María Alonso Gómez, Ane Aboitiz Uribarri y Paola Tarabini-Castellani Ciordia del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) presenta una incidencia de 30-100 por millón de habitantes y año. Las cifras de morbimortalidad permanecen elevadas pese a las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de la misma. El objetivo de este estudio ha sido analizar las características basales y la evolución de los pacientes diagnosticados de EI en un centro sin cirugía cardiaca en los últimos 7 años.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de EI en nuestro centro desde octubre de 2008 a diciembre de 2015. Se realizó seguimiento de los mismos hasta el alta hospitalaria. Se analizaron las características demográficas basales de la muestra y la influencia de diferentes factores sobre la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron en la muestra 85 pacientes con diagnóstico de EI al alta entre octubre 2008 y diciembre 2015. La edad media fue de 66,4 ± 15,3 (77,6% varones). 38,8% fueron EI adquiridas en la comunidad, 37,6% de origen nosocomial, 4,7% asociadas a cuidados sanitarios y un 18,8% de origen desconocido. El aislamiento más frecuente fue *Staphylococcus* coagulasa negativo (20%). No se registró ningún caso de EI por SARM. Hasta un 49,4% de los pacientes presentaron indicación quirúrgica (IQ) durante el ingreso, de los cuales se intervino el 83,3%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 22,4%. En el análisis multivariado fueron factores predictores de mortalidad independientes la existencia de IQ (OR 11,2, p = 0,01), el tratamiento conservador cuando existía IQ (OR 11,8, p = 0,01) y el desarrollo de insuficiencia cardiaca (OR 12,1, p = 0,01), infarto agudo de miocardio (OR 65,2, p = 0,01) y *shock* séptico (OR 30,1, p = 0,01).

Factores asociados a mortalidad

	Fallecidos (n = 19)	No fallecidos (n = 66)	p
Edad media (años)	65,5 ± 15,5	69,4 ± 14,3	0,33
Varones	17 (89,5%)	49 (74,2%)	0,22

Índice Charlson ajustado por edad	6 ± 1,9	4,1 ± 2,6	0,16
Tiempo al diagnóstico 1 mes	7 (36,8%)	22 (33,3%)	0,17
EI nosocomial	9 (10,5%)	23 (27,1%)	0,32
EI nosocomial + asociada a cuidado sanitario	10 (11,8%)	26 (30,6%)	0,3
Valvulopatía previa	9 (47,4%)	19 (28,8%)	0,04
EI sobre válvula protésica	10 (52,6%)	49 (74,2%)	0,07
EI sobre v. mitral	6 (31,6%)	23 (34,8%)	0,79
EI sobre v. aórtica	13 (68,4%)	32 (48,5%)	0,13
EI sobre cable de estimulación	1 (5,3%)	13 (19,7%)	0,14
Insuficiencia cardiaca congestiva	11 (57,9%)	16 (24,2%)	0,01
IAM	3 (15,8%)	1 (1,5%)	0,01
Ictus embólico	5 (26,3%)	7 (10,6%)	0,08
Shock séptico	6 (31,6%)	3 (4,5%)	0,01
Insuficiencia renal aguda	12 (63,2%)	27 (40,9%)	0,09

Conclusiones: La EI presenta elevada mortalidad intrahospitalaria. El 43,5% de los casos fueron nosocomiales o asociados a cuidados sanitarios. Fueron factores de riesgo independientes de mortalidad la IQ, el tratamiento conservador cuando existía IQ y las complicaciones durante la evolución (ICC, IAM y *shock* séptico). No han demostrado ser factores de peor pronóstico la edad y morbilidad de los pacientes, el microorganismo responsable ni el lugar de adquisición. Pese a las limitaciones metodológicas derivadas del tamaño muestral, parece que una actitud más agresiva es un factor que pudiera mejorar la supervivencia de esta entidad.