Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 574

Revista Española de Cardiología

6010-132. IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Carlos Nicolás Pérez-García[1], Carmen Olmos[1], Adrián Jerónimo Baza[1], Daniel García-Arribas[1], Fabián Islas[1], Javier López[2], Carlos Ferrera[1], Raquel Ladrón[2], Carmen Sáez-Bejar[3], José Alberto San Román[2] e Isidre Vilacosta[1]

[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Hospital Clínico Universitario, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares, CIBERCV, Valladolid. [3]Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los estudios de fragilidad en el paciente con endocarditis infecciosa (EI) son escasos y el impacto de ésta en el resultado de los pacientes no es bien conocido. Se pretende describir el perfil clínico y el pronóstico de pacientes de edad avanzada con EI, comparando aquellos pacientes que cumplían criterios de fragilidad frente a los que no.

Métodos: Recopilación consecutiva de 121 casos de EI en tres centros hospitalarios entre 2017 y 2019, clasificados en dos grupos: Grupo I (n = 49), casos de EI que cumplían criterios de Frail para fragilidad, y Grupo II (n = 72), sin fragilidad.

Resultados: La mediana de edad fue de 77 años (69-82), y el 62,8% varones. Los pacientes frágiles eran mayores que los del Grupo II. Clínicamente, la anemia crónica (40,8 vs 25%; p 0,06) fue más común en el Grupo I, así como las manifestaciones reumáticas al ingreso (12,2 vs 1,4%; p 0,01). Los microorganismos más frecuentes en toda la cohorte fueron S. aureus (n = 25), SCN (n = 25), S. viridans (n = 14) y enterococos (n = 14). Enterococos (16,3 vs 8,3%, p 0,18) y estreptococos de otros grupos (10,2 vs 2,8%); p 0,08) fueron más frecuentes en pacientes frágiles. La vegetación (79,6 vs 80,6%; p 0,90) y las complicaciones perianulares (24,5 vs 29,2%; p 0,57) fueron similares en los dos grupos. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la localización de la infección. Los pacientes frágiles se operaron menos y obtuvieron una mayor mortalidad prevista en las puntuaciones de escalas de riesgo quirúrgico. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con indicación quirúrgica considerados inoperables fue similar entre los dos grupos (33,3 vs 26,2%; p 0,42), así como las complicaciones y mortalidad hospitalaria. Es reseñable la mortalidad del 34,5% de los pacientes frágiles con manejo conservador, frente al 47,1% en los pacientes frágiles operados. Un tercio de los pacientes recibió tratamiento antibiótico ambulatorio, siendo más frecuente en el Grupo I (39,6 vs 29,0%; p 0,23).

Características clínicas de la cohorte de pacientes de edad avanzada con endocarditis infecciosa

	Grupo I (Frágiles)	Grupo II (No Frágiles)	p-valor

Edad (años)	79 (8,9)	73 (11,3)	0,001
Sexo masculino	26 (53,1%)	50 (69,4%)	0,07
Origen nosocomial	17 (34,7%)	23 (31,9%)	0,95
Factor desencadenante			
Desconocido	25 (51,0%)	32 (44,4%)	0,48
Procedimiento dental	0 (0,0%)	5 (6,9%)	0,06
Origen gastrointestinal	1 (2,04%)	5 (6,9%)	0,22
Catéter intravascular	9 (18,4%)	14 (19,4%)	0,88
Origen genitourinario	6 (12,2%)	3 (4,2%)	0,1
Evolución hospitalaria			
Embolia sistémica	13 (26,5%)	25 (34,7%)	0,34
Insuficiencia cardíaca	31 (63,3%)	37 (51,4%)	0,2
Insuficiencia renal aguda	22 (44,9%)	37 (51,4%)	0,48
Shock séptico	15 (30,6%)	17 (23,6%)	0,39
Mortalidad intrahospitalaria	19 (39,1%)	25 (34,3%)	0,6
Cirugía cardíaca	18 (36,7%)	41 (56,9%)	0,03
EuroScore I	43,9 (4,5)	32,6 (3,5)	0,05
EuroScore II	20,4 (3,7)	10,9 (2,0)	0,02

Risk-E Score	28,9 (3,2)	29,2 (2,6)	0,941

*Valores representados en n (%), así como en medianas (RIQ), según proceda.

Conclusiones: Los pacientes frágiles con EI son mayores. Los enterococos y los estreptococos no-viridans se aíslan con mayor frecuencia que en pacientes sin fragilidad, y la proporción de operados es menor. Si bien las complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria fue similar, en el grupo de pacientes frágiles, la mortalidad tras cirugía fue superior que con manejo conservador.