



## 5031-6. RETRASO DIAGNÓSTICO Y OTROS FACTORES ASOCIADOS A MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Gloria Padilla Rodríguez<sup>1</sup>, Alejandro Gómez González<sup>2</sup>, Manuel Nuñez Ruiz<sup>1</sup>, Francisco Javier Escalona García<sup>1</sup> y Amelia Peña Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una infección potencialmente mortal. Identificar los factores de riesgo asociados a mortalidad es fundamental para optimizar su manejo. Este estudio analiza las características clínicas y complicaciones asociadas a mortalidad en una cohorte de pacientes entre 2016 y 2024.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de EI entre 2016 y 2024. Se analizaron las características clínicas, complicaciones, retraso diagnóstico y terapéutico respecto el ingreso y el inicio de los síntomas, así como otros factores relacionados con mortalidad hospitalaria. El análisis incluyó univariado (test de  $\chi^2$  y Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística).

**Resultados:** De los 234 pacientes incluidos, la mortalidad global fue del 29,1%. Los pacientes fallecidos presentaron mayor edad (67 años frente a 56 años,  $p < 0,001$ ), mayor frecuencia de endocarditis protésica (30 frente a 12%,  $p = 0,002$ ) y menor tasa de cirugía (28 frente a 65%,  $p < 0,001$ ). Complicaciones como *shock* ( $p < 0,001$ ) y bloqueo AV ( $p = 0,040$ ) se asociaron a mayor mortalidad. El retraso desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico se asoció a menor mortalidad ( $p = 0,001$ ), mientras que el retraso desde el ingreso hasta el diagnóstico se asoció a mayor mortalidad ( $p = 0,032$ ). En el análisis multivariado, los factores independientes asociados a mortalidad fueron la edad (OR: 1,05; IC95%: 1,02-1,08;  $p = 0,003$ ), *shock* (OR: 3,24; IC95%: 1,72-6,09;  $p < 0,001$ ), cardiopatía previa (OR: 2,11; IC95%: 1,21-3,68;  $p = 0,008$ ) y retraso diagnóstico  $> 4$  días (OR: 1,86; IC95%: 1,03-3,36;  $p = 0,039$ ). Se adjunta tabla con análisis multivariado e imagen con análisis univariado de mortalidad.

Análisis univariado y multivariado de factores asociados a mortalidad

Variable	OR	IC95% inferior	IC95% superior	p
Edad (por cada año adicional)	1,05	1,02	1,08	0,003
<i>Shock</i>	3,24	1,72	6,09	$< 0,001$

Cardiopatía previa	2,11	1,21	3,68	0,008
Retraso diagnóstico (>4 días)	1,86	1,03	3,36	0,039

Variable	Sobrevivientes (%)	Fallecidos (%)	p-valor
Edad (media)	56	67	<0.001
Endocarditis protésica	12%	30%	0.002
Cirugía realizada	65%	28%	<0.001
S. aureus	24%	45%	0.007
Shock	21.4%	57.7%	<0.001
Bloqueo AV	26.5%	44.7%	0.040
Cardiopatía Previa	16.5%	37.8%	0.001
Retraso diagnóstico (>4 días)	22.0%	36.0%	0.028

#### *Análisis univariado.*

**Conclusiones:** La mortalidad en la endocarditis infecciosa se asocia significativamente a edad avanzada, *shock*, cardiopatía previa y ausencia de cirugía. También fueron factores claves asociados a la mortalidad la menor latencia desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, y el retraso diagnóstico desde el ingreso. Esto sugiere que las EI diagnosticadas rápidamente suelen presentar un curso más agresivo, mientras que el infradiagnóstico o manejo inadecuado empeora el pronóstico. Identificar precozmente la infección y optimizar su manejo es fundamental para mejorar el pronóstico.