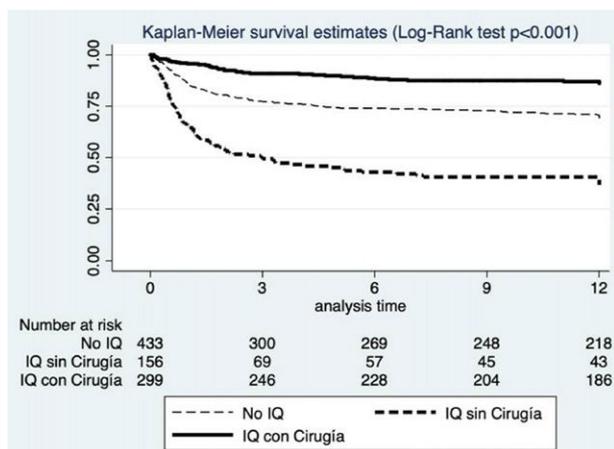


Se analizan los factores independientes de mortalidad intrahospitalaria y al año mediante regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 891 episodios de EI, 458 (51%) tuvieron indicación quirúrgica (IQCir: 299(34%), IQnoCir: 156(16%)). De los pacientes IQnoCir, 87 casos (10%) no fueron trasladados. El resto, 433(49%) no tuvieron IQ. Entre los pacientes IQCir, el 63% fueron trasladados desde centros comunitarios. Los pacientes del grupo IQnoCir fueron más añosos (76 vs. 65 años, $p < 0.001$) y con mayor número de comorbilidades (Charlson 5 vs 3 puntos, $p = 0.8$), entre las que predominaban la insuficiencia cardíaca (29%) y la insuficiencia renal crónica (25%) en IQnoCir y la diabetes mellitus sin afectación orgánica (21%) en IQCir. La adquisición comunitaria predominó en los pacientes con IQCir (73%, IQnoCir 59%, $p < 0.001$). *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo causal más frecuente en el grupo IQnoCir (30%, IQCir 16%, $p = 0.001$) mientras que los estreptococos del grupo viridans lo fueron en el grupo IQCir (21%, IQnoCir 13%, $p = 0.017$). La localización más frecuente en los pacientes IQnoCir fue la válvula mitral (53%, IQCir 38%, $p = 0.002$), mientras que en el grupo IQCir fue la válvula aórtica (61%, IQnoCir 49%, $p = 0.012$). La causa de IQ en ambos grupos fue la regurgitación valvular severa ($>35\%$) y los motivos para contraindicar la cirugía, fueron el mal pronóstico quirúrgico (42%) y el mal pronóstico del paciente independientemente de la EI (26%). La mortalidad intrahospitalaria y al año (figura) en la IQCir, IQnoCir y noIQ fue del 11%/13%, 48%/62% y 21%/30%, respectivamente ($p < 0.001$). El análisis multivariante identificó a la cirugía cardíaca (IQCir) como factor protector de muerte hospitalaria (OR: 0.34 [0.18, 0.62]) y al año (OR: 0.24 [0.12, 0.41]) mientras que la ausencia de cirugía estando indicada (IQnoCir) se asoció a mal pronóstico hospitalario (OR: 2.27 [1.40, 3.68]) y al año de seguimiento (OR: 2.18 [1.37, 3.47]).

Conclusión: Una sexta parte de los pacientes con EI tienen indicación quirúrgica y no son operados. Estos pacientes tienen muy mal pronóstico a corto y medio plazo. Los pacientes intervenidos fueron los que tuvieron mejor pronóstico.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.053>

PF-006

Impacto del intervalo de tiempo diagnóstico-síntomas en la supervivencia de pacientes quirúrgicos con endocarditis infecciosa: Un análisis de mortalidad ajustado por propensity score



Stefano Urso, María Ángeles Tena, Miguel González-Barbeito, Eloy Gomez, Federico Paredes, Francisco Portela

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Justificación: la estratificación del riesgo de mortalidad en pacientes quirúrgicos con endocarditis infecciosa es compleja, ya que se encuentra basada en múltiples factores (entre ellos etiología, localización de la infección y presentación clínica), difíciles de evaluar individualmente. Proponemos como criterio de estratificación del riesgo de mortalidad, el intervalo de tiempo entre diagnóstico y síntomas.

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar el impacto del intervalo de tiempo entre el diagnóstico y los primeros síntomas de endocarditis infecciosa (EI) en la supervivencia de pacientes que precisaron intervención quirúrgica cardíaca.

Métodos: Entre enero 2014 y junio 2019, 93 pacientes consecutivos diagnosticados de endocarditis infecciosa localizada en cavidades izquierdas fueron sometidos a intervención quirúrgica cardíaca. Los datos se registraron prospectivamente en la base de datos electrónica del servicio. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos según el intervalo de tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el momento del diagnóstico definitivo de endocarditis: pacientes con diagnóstico precoz (≤ 8 días) y pacientes con diagnóstico tardío (> 8 días). A través de un modelo de regresión logística multivariable se calculó el propensity score. Esto se definió como la probabilidad condicional de pertenecer al grupo de diagnóstico temprano versus el grupo de diagnóstico tardío. El propensity score fue utilizado para el estudio de supervivencia mediante dos técnicas distintas: matching y ajuste multivariable.

Resultados: entre los 93 pacientes, 48 (51,6%) tenían un diagnóstico de EI temprano, mientras que 45 (48,4%) presentaban EI de diagnóstico tardío. Los microorganismos causantes más frecuentes de nuestra serie fueron *staphylococcus aureus* (22,6%) y *staphylococcus epidermidis* (14,0%). La válvula aórtica fue la localización más frecuente (46,2%). Según el análisis bi-variable, los pacientes de diagnóstico temprano presentaron una incidencia estadísticamente superior de tratamiento inotrópico preoperatorio (p valor = 0.008), de shock cardiogénico o séptico (p valor = 0.01), y un índice de masa corporal superior (p valor = 0.05). El análisis de Kaplan-Meier sin ajustar y el realizado sobre 41 pares de pacientes emparejados mediante propensity score mostró una supervivencia significativamente inferior de los pacientes que pertenecieron al grupo de diagnóstico temprano ($p = 0.019$ y $p = 0.049$ respectivamente). Los predictores independientes de mortalidad a medio plazo de acuerdo al análisis realizado con el método de regresión de Cox multivariable ajustada mediante propensity score fueron dos: Infección secundaria a *staphylococcus aureus* o a microorganismo fúngico (HR 2.42; IC 95% 1.11-5.26; p 0.03) y EuroSCORE II (HR 1.04; IC 95% 1.02-1.06; p 0.001).

Conclusión: El intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de endocarditis y el diagnóstico tiene un impacto significativo en la supervivencia después de la cirugía, siendo los pacientes con diagnóstico temprano aquellos con mayor riesgo de mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.054>