



I-130 - COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DEL REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN GRUPOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO REEIMI

M. Sánchez Ledesma¹, C. Bea Serrano², O. Pérez Hernández³, C. Ramírez Baum¹, A. Artero⁴, M. Tejero Delgado⁵, A. Salinas Botrán⁶ y F. Boumhir Lendínez¹

E. Fernández Carracedo, M. Villalba García, J. Cucurull Canosa, M. Egido Murciano, I. Lechuga, A. Hernández Belmonte, N. Vicente López, M. Solís Marquín y J. de la Fuente Aguado en representación del Grupo de Trabajo Registro Español de Endocarditis Infecciosa en Medicina Interna (REEIMI)

¹Unidad de Infecciosas. Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Tenerife). ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁵Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁶Medicina Interna. Hospital de Denia. Dénia (Alicante).

Resumen

Objetivos: Analizar las complicaciones y mortalidad ajustada a Quick SOFA e índice de Charlson de la endocarditis infecciosa en el territorio nacional en grupos de Medicina Interna.

Material y métodos: El Registro Español de Endocarditis Infecciosa en Medicina Interna (REEIMI) a través del grupo de Enfermedades Infecciosas de la SEMI (GTEI) se inicia en octubre de 2018, tras aprobación del comité ético, mediante una plataforma online, que cumple los nuevos criterios SEMI de estándares de legalidad y seguridad donde se introdujeron los datos descritos a continuación.

Resultados: Se recogen los datos del REEIMI octubre 2018-febrero 2019: 35 hospitales con 47 investigadores a nivel nacional, 121 pacientes y 15841 datos. La edad media de los pacientes fue $67,5 \pm 13,69$ años con un Índice Charlson al ingreso de $2,2 \pm 2,16$ cuyo tiempo medio de ingreso fue 32 días. Complicaciones durante ingreso: al ingreso el 10,7% de los pacientes presentaba abscesos cardiacos y el 19,8% síntomas neurológicos. El 4,1% presentó fenómenos vasculares/inmunológicos y de los fenómenos embólicos predominó el cerebral (5,8%) seguido del periférico (4,1%). El 16% presentó algún tipo de toxicidad a la antibioterapia, más frecuente la pancitopenia. El 14% precisó nutrición parenteral, un 16% presentó insuficiencia renal y un 21% Shock séptico. El 33,3% precisó de hospitalización en unidad cuidados intensivos. Hubo una mortalidad del 26,4%, de ellos el 64,5% secundaria a EI. Ajustando por edad y Charlson no hay relación entre presencia de prótesis y mortalidad. A mayor Quick SOFA se describe mayor mortalidad (fig. 1), existe un RR de 4,77 en aumento de mortalidad en aquellos pacientes con índice de Charlson > 2 (fig. 2).

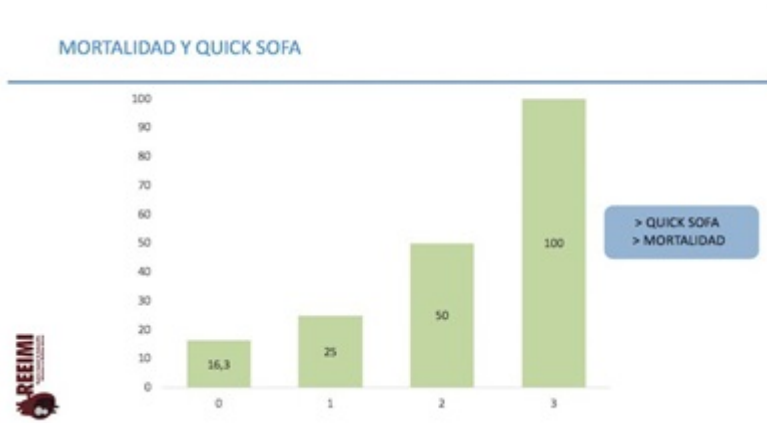


Figura 1.

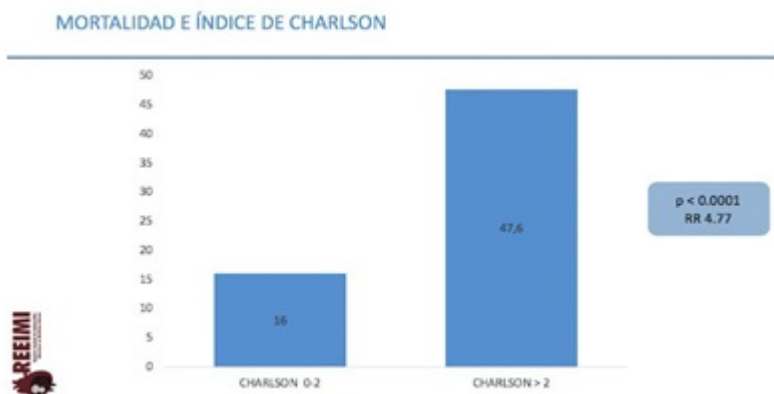


Figura 2.

Discusión: La EI y la alta mortalidad asociada, hacen necesario la creación de registros nacionales con el objetivo de estudiar cuáles son sus complicaciones más frecuentes e intentar mejorar la actuación y la calidad asistencial para disminuir la mortalidad.

Conclusiones: Tanto la escala de Quick SOFA como el índice de Charlson permiten predecir aquellos pacientes con EI que pueden presentar mayor riesgo de complicaciones y un peor pronóstico.

Bibliografía

1. Baddour LaM, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. *Circulation*. 2015;132:1435-86.