



## 943 - COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. NUESTRA EXPERIENCIA DEL REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI) DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI)

M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, C. Bea Serrano<sup>2</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>3</sup>, M.Á. Tejero Delgado<sup>4</sup>, A. Rodríguez Guardado<sup>5</sup>, A.E. Laffond<sup>1</sup>, F. Boumhir Lendínez<sup>1</sup>, O. Pérez Hernández<sup>6</sup>, A. Artero<sup>7</sup>, Í. Lechuga<sup>8</sup>, A. Salinas Botrán<sup>9</sup>, C. Ramírez Baum<sup>10</sup>, J.M. Ramos Rincón<sup>11</sup> y J. de la Fuente Aguado<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

<sup>3</sup>Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. <sup>4</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

<sup>5</sup>Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna.

Santa Cruz de Tenerife. <sup>7</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>8</sup>Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Tarragona. <sup>9</sup>Hospital de Denia. Denia. Alicante. <sup>10</sup>Hospital Valle del Nalón. Langreo. <sup>11</sup>Hospital General

Universitario de Alicante. Langreo. <sup>12</sup>Hospital Ribera Povisa. Vigo.

### Resumen

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

**Métodos:** El Registro Español de Endocarditis Infecciosa (REEIMI) comienza en octubre de 2018 a través del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la SEMI (GTEI), tras la aprobación del comité ético y de la directiva de SEMI, 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 período octubre 2018-junio 2021: 22 hospitales y 28 investigadores a nivel nacional, con 365 pacientes y 46,959 datos analizados hasta la actualidad. La edad media de los pacientes fue de media es 68,4 años, el 72% fueron varones con un Índice Charlson al ingreso de  $1,57 \pm 1,62$ . Complicaciones durante el ingreso: El y el 6,8% bloqueos AV 21,4% de los pacientes presentó embolismos sépticos. el 7,7% de los pacientes presentaba abscesos cardíacos. El 3,9% presentó fenómenos vasculares/inmunológicos, y de los 22,7% fenómenos embólicos (cerebral, periférico, esplénico, etc.). En relación a las toxicidades a la antibioterapia y efectos secundarios: el 10% presentó ototoxicidad, el 17,2% pancitopenia, el 6,7% rabdomiolisis, entre las más importantes a destacar. Los antibióticos de dichos pacientes con toxicidades fueron un 20,3% ampicilina, un 37,5% ceftriaxona, un 28% cloxacilina, un 11,2% vancomicina, un 34% gentamicina, un 11,5% rifampicina, y un 26,8% daptomicina. Un 7,4% precisó de nutrición parenteral. En relación a presencia de insuficiencia renal un 15,1% de los pacientes presentaba creatinina basal  $> 1,5$ , 7,7% creatinina basal  $> 3$  y un 14% creatinina basal  $> 3$  al ingreso y un 17,3% shock séptico. El 42,7% precisó en algún momento del ingreso hospitalización en UCI. Se realizó cirugía en un 44,5% de los pacientes. La mortalidad fue de 73 pacientes que fallecieron en

los siguientes 30 días al diagnóstico (20%); de ellos 76,9% secundaria a endocarditis infecciosa y el 23,1% atribuible por los investigadores a otras causas. Los pacientes con valor de la escala de Quick sofa de 0 tienen una mortalidad del 13,5% y a mayor quick SOFA mayor mortalidad (quick SOFA > 1  $p = 0,002$ ). En el análisis multivariante la EI protésica tiene mayor mortalidad, pero no llega a la significación estadística aunque tiende a la significación ( $p = 0,057$ ). En relación al índice de Charlson con punto de corte de 2 presenta relación con la mortalidad en el análisis multivariante (ajustando por edad y prótesis cardíaca).

*Discusión:* Esta patología infecciosa y la alta mortalidad que asocia, hace necesario la creación de registros nacionales con el objetivo de estudiar cuáles con las complicaciones actuales más frecuentes e intentar mejorar la actuación, coordinación y la calidad asistencial para intentar disminuir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes.

*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.