



1731 - CARACTERIZACIÓN DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL PACIENTE ANCIANO

Andrea de Castro Oliver, Lucas Serna Navarro, Ana Isabel de Gracia León, Eladio Fuertes del Olmo, Celia Prades Sirvent, David Ruiz Raga, Carlos Bea Serrano y Sara Vela Bernal

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar si existen diferencias epidemiológicas, clínicas, pronósticas y terapéuticas en la endocarditis infecciosa (EI) en el paciente anciano respecto a la población general.

Métodos: Estudio analítico observacional retrospectivo basado en el registro de EI de un hospital terciario incluyendo pacientes con diagnóstico de EI entre enero de 2017 y diciembre de 2021. Se analizaron distintas variables epidemiológicas, clínicas, pronósticas y terapéuticas comparándolas según grupo de edad (# 65 años) Se realizó análisis estadístico con SPSS Statistics v26.0.

Resultados: Se recogieron 74 pacientes: 38 (51,35%) # 65 años. Las tablas 1 y 2 muestran las características basales de los mismos. En nuestra serie, la EI es menos frecuente en mujeres independientemente de la edad. Una gran proporción, aparece sobre pacientes con cardiopatías predisponentes, afectando más a los de mayor edad (31,6 vs. 58,1%, $p = 0,021$), paralelamente al índice de Charlson ($p = 0,004$). Respecto a etiología, las infecciones por *Enterococcus* spp. fueron más habituales en pacientes añosos ($p = 0,041$). En cuanto a la presentación clínica, la FC ($p = 0,035$) y, analíticamente, la PCR fueron significativamente más elevadas en el grupo más joven ($p = 0,003$). También se observaron diferencias en el porcentaje de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico ($p < 0,005$) e ingreso en UCI ($p = 0,004$) a favor del grupo más joven. No se observaron diferencias en la mortalidad a los 30 días.

Tabla 1

Variables	Total (< 65) N = 38	Media (< 65) N = 38	DE	Total (≥ 65) N = 36	Media (≥ 65) N = 36	DE	t Student	p
Edad	38	51,73	1,98	36	77,22	1,12	-11,10	< 0,05
FEVI pre	12	57,25	3,56	25	60,4	2,47	-0,72	0,47
TAPSE pre	7	19,14	2,81	14	20	1,38	-0,31	0,76

Tª	34	37,45	0,19	33	37,11	0,21	1,18	0,24
FC	35	99,51	3,15	33	89,12	3,71	2,14	0,035
Hemoglobina	34	10,39	0,36	33	10,42	0,50	-0,06	0,95
Leucocitos	34	12.844,4	1.177,62	33	13.576,60	1.038,88	-0,47	0,64
Neutrófilos	33	10.985,1	1.046,75	33	11.145,76	1.089,23	-0,11	0,96
PCR	34	154,97	16,59	33	93,46	10,19	3,12	0,003
Procalcitonina	17	5,86	2,55	17	6,14	5,31	-0,05	0,96
Creatinina	34	1,29	0,12	31	1,56	0,19	-1,18	0,24
Lactato	20	1,67	0,23	18	2,12	0,24	-1,37	0,179
Troponina	15	230,01	128,08	7	186,8	58,07	0,22	0,83
NTproBNP	13	9.272,31	2.415,08	11	11.418,45	2.799,79	-0,58	0,57
FEVI ingreso	30	61,90	1,56	25	61,24	1,55	0,29	0,77
TAPSE ingreso	14	23,47	1,06	13	20,53	1,05	1,96	0,062
Tamaño verruga (mm)	19	12,81	1,31	25	10,66	1,06	1,28	0,21
Pseudoaneurisma (mm)	1	20	-	-	-	-		
Estancia (días)	38	34,28	2,82	33	29,91	3,06	1,05	0,29
Días hasta diagnóstico	38	4,37	0,86	33	4,06	0,61	0,28	0,78
Charlson	38	1,00	0,22	36	2,00	0,26	-2,97	0,004

Variables	Total (N = 74)	A (≤ 65 años) (N = 389)	B (> 65 años) (N = 36)	A vs. B
	n (%)	n (%)	n (%)	(p < 0,05)

Epidemiológicas

Mujeres	24 (32,4)	11 (28,9)	13 (36,1)	p = 0,523
Cardiopatías predisponentes	33 (44,6)	12 (31,6)	21 (58,3)	p = 0,021
Prótesis cardíaca	21 (28,4)	8 (21,1)	13 (36,1)	p = 0,151
Prótesis vascular	3 (4,1)	2 (5,3)	1 (2,8)	p = 0,555
Dispositivos (DAI, TRC, MCP)	11 (14,9)	4 (10,5)	7 (19,4)	p = 0,404

Comorbilidades

Diabetes <i>mellitus</i>	17 (23)	7 (18,4)	10 (27,8)	p = 0,441
Historial de cáncer	7 (9,5)	1 (2,6)	6 (16,7)	p = 0,039
VIH	3 (4,1)	7 (18,4)	10 (27,8)	p = 0,085
UDVP	7 (9,5)	6 (15,8)	1 (2,8)	p = 0,056
Insuficiencia cardíaca previa	20 (27)	7 (18,4)	13 (36,1)	p = 0,087
Infarto de miocardio previo	9 (12,2)	4 (10,5)	5 (13,9)	p = 0,658
Microbiología				
<i>Enterococcus</i> spp.	16 (21,6)	5 (13,2)	11 (30,6)	p = 0,041
<i>Streptococcus viridans</i>	16 (21,6)	10 (26,3)	6 (16,7)	p = 0,388
SAMS	9 (12,2)	6 (15,8)	3 (8,3)	p = 0,382
SCN	8 (10,8)	6 (15,8)	2 (5,6)	p = 0,186
<i>Streptococcus gallolyticus</i>	3 (4,1)	0	3 (8,3)	p = 0,058
Otros	10 (13,5)	6 (15,8)	4 (11,1)	p = 0,565
HC negativos	12 (16,2)	5 (13,2)	7 (19,4)	p = 0,463
Variables	Total (N = 74)	A (\leq 65 años) (N = 38)	B ($>$ 65 años) (N = 36)	A vs. B
	n (%)	n (%)	n (%)	(p < 0,05)
Clínicas				
Fiebre	49 (66,2)	25 (65,8)	24 (66,7)	p = 0,617
Soplo	43 (58,1)	22 (57,9)	21 (58,3)	p = 0,576
Fenómenos embólicos	17 (23)	11 (28,9)	6 (16,7)	p = 0,259
Fenómenos inmunológicos	3 (4,1)	0	3 (8,3)	p = 0,069
Complicaciones				
Bloqueo auriculoventricular	8 (10,8)	6 (15,8)	2 (5,6)	p = 0,156
Embolismo séptico	27 (36,5)	15 (39,5)	12 (33,3)	p = 0,583
Shock séptico	13 (17,6)	8 (21,1)	5 (13,9)	p = 0,441
Ecocardiografía				
Verruga en ETT	18 (24,3)	8 (21,1)	10 (27,8)	p = 0,639
ETE	58 (78,49)	29 (76,3)	29 (80,6)	p = 0,658

Verruga en ETE	56 (75,7)	28 (73,7)	28 (77,8)	p = 0,907
Absceso	9 (12,2)	4 (10,5)	5 (13,9)	p = 0,849
Válvula afecta				
Aórtica	26 (35,1)	15 (39,5)	11 (30,6)	
Mitral	21 (28,4)	9 (23,7)	12 (33,3)	
Tratamiento recibido				
Cirugía	34 (45,9)	26 (68,4)	8 (22,2)	p = 0,000
Evolución				
Ingreso en UCI	31 (41,9)	22 (57,9)	9 (25)	p = 0,004
Mortalidad a los 30 días	9 (12,2)	4 (10,5)	5 (13,9)	p = 0,658

Conclusiones: Centrándonos en las diferencias por edad, mayor índice de Charlson supuso un riesgo significativo en > 65 años, denotando que el estado basal del paciente influye enormemente en la aparición de EI, sobre todo si esa comorbilidad es una cardiopatía predisponente. Factores de riesgo bien definidos como la presencia de prótesis valvulares no han demostrado diferencia significativa en nuestra serie. Dado el reducido número de portadores de DAI/DAI-TRC/marcapasos en nuestra serie, no se pudieron valorar diferencias entre grupos. La presentación clínica en ancianos fue menos florida. Analíticamente, la PCR al ingreso fue significativamente menor, siendo compatible con la presentación más insidiosa, pese a que otros parámetros (leucocitos, hemoglobina...) no se alteraron significativamente. El tratamiento empírico fue muy heterogéneo y no permitió realizar comparaciones sobre el resultado clínico. La tolerancia al tratamiento antibiótico en > 65 fue peor con mayor tendencia a sufrir más efectos adversos por antibioterapia. Al ser centro quirúrgico de referencia, el porcentaje de pacientes intervenidos es mayor y, en general en nuestro registro, por este mismo motivo, de menor edad. En pacientes ancianos se tiende a ser menos agresivos y desestimar la cirugía por diversos motivos (edad, comorbilidades...) aunque la literatura apoya la disminución de mortalidad con el tratamiento quirúrgico también en pacientes de edad avanzada cuando este está indicado.

Bibliografía

1. Bea C, Vela S, García-Blas S, *et al.* Infective Endocarditis in the Elderly: Challenges and Strategies. J Cardiovasc Dev Dis. 2022;9:192.