



797 - FACTORES PREDETERMINANTES Y PRONOSTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA INOPERABLE PESE A INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Iker Arce Gómez, Cayetana Echeverría López, Ingrid María Labata Bordalba, Alvaro Bernat Llinares, Jordi Monferrer Marza, Silvia Brianso Caballero, Alba Mohedano Sánchez y Graciano García Pardo

Medicina Interna, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

Resumen

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, con elevado riesgo de complicaciones y una mortalidad hospitalaria de hasta el 30%. Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC 2023) recomiendan cirugía cardíaca en casos de insuficiencia cardíaca grave, infección persistente a pesar de tratamiento antibiótico, embolias recurrentes, entre otras. No obstante, en la práctica clínica, esta indicación no siempre se lleva a cabo, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades significativas. Estudios recientes han demostrado que la omisión de cirugía, incluso con indicación, se asocia a mayor mortalidad, y se han propuesto estrategias como la terapia antibiótica supresiva en pacientes no operables. El objetivo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con EI e indicación quirúrgica, comparando aquellos intervenidos frente a los no intervenidos, e integrar los hallazgos con la evidencia actual.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel sin cirugía cardíaca. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EI entre 2012 y 2024, según los criterios modificados de Duke, que cumplieran indicación quirúrgica. Se analizaron variables clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, evolutivas y pronósticas, comparando los grupos según realización o no de cirugía. El análisis estadístico se realizó con SPSS v23.

Resultados: De una cohorte de 134 pacientes con EI, 84 (62 varones, 22 mujeres; edad media 67 ± 14 años) presentaban indicación quirúrgica. Se realizó cirugía en 43 (51,2%). Los no intervenidos eran de mayor edad ($71,7 \pm 13,8$ vs. $62,6 \pm 13,2$ años; $p = 0,003$), con mayor comorbilidad (Charlson mediana 6; QR 4,5-8 vs. 3; QR 2-5; $p < 0,001$) y menor duración de ingreso (18 días; QR 11-29,5 vs. 47; QR 21,8-64,3; $p < 0,001$). No hubo diferencias en sexo, localización protésica ni antecedentes como HTA, diabetes, dislipemia, enfermedad vascular, EPOC o insuficiencia renal crónica. En cambio, la fibrilación auricular (59,7 vs. 27,3%; $p = 0,009$), hepatopatía crónica avanzada (54,4 vs. 0%; $p = 0,02$), cáncer activo (56,3 vs. 23,1%; $p = 0,03$) y conectivopatía (54,4 vs. 0%; $p = 0,02$) se asociaron significativamente a la no realización de cirugía. Según etiología, se intervino al 53,6% de los casos por *Staphylococcus aureus*, 60,9% por *Streptococcus viridans*, 46,2% por *Enterococcus* spp. y 27,3% por estafilococos coagulasa negativos. La mortalidad hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo no operado (74,3 vs. 25,7%; $p < 0,001$).

Discusión: Nuestros resultados coinciden con el estudio MoISE (Hémar *et al.*, 2023), que reporta mortalidad del 66% en mayores de 80 años no intervenidos, y con Garofoli *et al.* (2024), donde solo el 50% de los pacientes con indicación fueron operados. En este contexto, la antibioterapia supresiva ha mostrado beneficio

potencial en pacientes no operables (Tillement *et al.*, 2025), reduciendo mortalidad y reingresos.

Conclusiones: La decisión de no realizar cirugía cardiaca en pacientes con EI e indicación formal se asocia a un aumento significativo de la mortalidad. La edad avanzada, hepatopatía crónica y cáncer activo parecen factores clave para desestimar cirugía. Una evaluación multidisciplinar rigurosa, que incluya valoración funcional, geriátrica y oncológica, es esencial para individualizar el tratamiento y seleccionar qué pacientes pueden beneficiarse de intervención quirúrgica, mejorando así pronóstico y supervivencia.