



Original

Endocarditis infecciosa sobre válvula nativa del lado izquierdo: influencia de la edad y de cardiopatía previa

Francisco José Castillo Bernal*, Manuel Pablo Anguita Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, Francisco Carrasco Ávalos, Martín Ruiz Ortiz, Mónica Delgado Ortega, Elías Romo Peñas, Dolores Mesa Rubio y José Suárez de Lezo Cruzconde

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de marzo de 2016

Aceptado el 13 de julio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Endocarditis infecciosa

Válvula nativa

Edad

R E S U M E N

Introducción y objetivos: La epidemiología de la endocarditis infecciosa sobre válvula nativa izquierda (EIVNI) se ha modificado, consecuencia del aumento en la edad media de los pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la influencia de la edad y la presencia de una cardiopatía predisponente previa en el pronóstico de estos pacientes.

Métodos: Analizamos 257 casos consecutivos de EIVNI en función de su edad, tanto en la serie global como en el subgrupo de pacientes sin cardiopatía predisponente.

Resultados: La edad media fue de 54,6 (18,6) años. Existió un aumento en la proporción de pacientes de edad igual o mayor a 70 años entre 1987-2000 y 2001-2014 (9,8 frente a 34,8%, $p < 0,001$), que presentaban una mayor prevalencia de valvulopatía degenerativa (50 frente a 22,8%), ausencia de cardiopatía (50 frente a 39,9%), $p < 0,001$, casos relacionados con atención sanitaria (41,8 frente a 23,6%, $p = 0,016$), menor tasa de cirugía (43,7 frente a 63,8%, $p = 0,005$) y mayor mortalidad hospitalaria (39,1 frente a 20,7%, $p = 0,003$), sin diferencias respecto a comorbilidades. Los pacientes sin cardiopatía también presentaron una mortalidad hospitalaria más elevada (47 frente a 22%, $p = 0,01$). La edad igual o mayor a 70 años constituye un predictor independiente de mortalidad en pacientes con EIVNI (OR 2,53, IC 95% 1,24-5,15, $p = 0,011$), igual que en aquellos que no presentan cardiopatía (OR 3,98, IC 95% 1,49-10,62, $p = 0,006$).

Conclusiones: Los pacientes que tienen una edad igual o mayor a 70 años con un episodio de EIVNI son cada vez más frecuentes y presentan peor pronóstico, con una tasa menor de cirugía y mayores tasas de mortalidad hospitalaria.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Left-sided native valve infective endocarditis: Influence of age and the presence of underlying heart disease

A B S T R A C T

Introduction and objectives: Left-sided native valve infective endocarditis (LNVIE) epidemiology has been modified as a result of the increase in average age. The aim of our study is to analyze the influence of age and the presence of predisposing heart disease in the prognosis of these patients.

Methods: We analyzed a series of 257 cases of LNVIE depending on their age (greater than or equal to 70 years old), both in the overall series and in the subgroup of patients without predisposing heart disease.

Results: Mean age was 54.6 (18.6) years. There was an increase in the percentage of cases of older patients between 1987-2000 and 2001-2014 (9.8 vs. 34.8%, $P < .001$). These patients present higher prevalence of degenerative valves (50 vs. 22.8%) or not predisposing heart disease (50 vs. 39.9%), $P < .001$, health-care associated episodes (41.8 vs. 23.6%, $P = .016$), lower rate of surgery (43.7 vs. 63.8%, $P = .005$) and higher in-hospital mortality (39.1 vs. 20.7%, $P = .003$), with no differences in comorbidities. Older patients who did not have predisposing heart disease also suffered higher in-hospital mortality (47 vs. 22%, $P = .01$).

Keywords:

Infective endocarditis

Native valve

Age

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjcasber@hotmail.com (F.J. Castillo Bernal).

Age greater than or equal to 70 years old is an independent predictor of mortality in patients with LNVIE (OR 2.53, 95% CI 1.24-5.15, $P = .011$), as in those without previous heart disease (OR 3.98, 95% CI 1.49-10.62, $P = .006$).

Conclusions: Patients of age greater than or equal to 70 years old and who suffer an LNVIE are becoming more frequent and have a worse prognosis with a lower rate of surgery and higher rates of in-hospital mortality.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La epidemiología de la endocarditis infecciosa (EI) ha cambiado desde finales del siglo xx hasta nuestros días¹. Uno de los cambios más importantes que se han producido durante esta primera década del siglo xxi es el progresivo incremento de la edad media de los pacientes^{2,3}, debido a una disminución en la incidencia de enfermedad valvular reumática y el incremento en la prevalencia de pacientes con valvulopatías degenerativas⁴, que se considera actualmente la enfermedad cardíaca predisponente más frecuente entre las EI sobre válvula nativa. Sin embargo, este incremento en la edad media de los pacientes también es debido al aumento de los casos relacionados con la atención sanitaria^{3,5-7}, que además se relacionan con una peor condición clínica, microorganismos más agresivos y una mortalidad hospitalaria muy elevada.

En el grupo de pacientes que presentan un episodio de EI sobre válvulas nativas del lado izquierdo (EIVNI) se está produciendo, además, un incremento progresivo de aquellos casos en los que no se detecta una valvulopatía predisponente previa⁸⁻¹⁰. Aunque alguno de estos autores propone que los casos sin cardiopatía predisponente ocurren más frecuentemente en pacientes más jóvenes¹⁰, otros describen justamente lo contrario⁸. En nuestro caso, ya habíamos descrito que la edad media en el grupo de pacientes que no presentan una cardiopatía predisponente previa ha sufrido un incremento significativo respecto a los últimos años del siglo xx¹¹.

El objetivo de nuestro estudio es: 1) comprobar el aumento en la edad media de los pacientes que experimentan un episodio de EIVNI durante los últimos años; 2) analizar la influencia de la edad en el pronóstico de estos pacientes, y 3) comprobar si existen diferencias respecto a los resultados encontrados en el grupo de pacientes que no presentan cardiopatía predisponente previa.

Métodos

Este trabajo ha sido realizado en un único centro de referencia para EI, con un Heart Team compuesto por Cardiología, Ecocardiografía y Cirugía Cardíaca, experto en el tratamiento de esta enfermedad. Se analizó de forma retrospectiva una serie de casos consecutivos de EIVNI recogidos de forma prospectiva en una base de datos desde 1987 hasta 2014, ambos inclusive, diagnosticados a partir de los criterios de Duke hasta 2002 y los criterios de Duke modificados desde entonces¹². Únicamente se han incluido aquellos episodios considerados como endocarditis definitiva, ya fuese de forma previa al momento quirúrgico, intraoperatoria, o tras el estudio necrópsico. Los episodios sobre válvulas del lado derecho, en adictos a drogas por vía parenteral y asociados a dispositivos intracardíacos fueron excluidos del análisis por su epidemiología, características clínicas y pronóstico diferentes.

Para el análisis hemos dividido a los pacientes en 2 grupos, según presentaran una edad igual o mayor a 70 años o inferior. Se siguieron las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología vigentes en cada momento histórico respecto a historia clínica, estudio microbiológico, exploraciones complementarias (ecocardiograma transtorácico y transesofágico), tratamiento antibiótico e indicaciones de cirugía. Estas recomendaciones no han

variado esencialmente a lo largo del período del estudio, sobre todo en lo referente al tratamiento quirúrgico, siendo actualmente las recomendaciones establecidas en el año 2009 las habitualmente utilizadas en otros estudios similares¹³.

Los pacientes fueron clasificados de forma prospectiva en el grupo de aquellos sin cardiopatía predisponente o con ella de acuerdo con su historia clínica y hallazgos ecocardiográficos, tanto en estudios realizados previamente al episodio de endocarditis como en el realizado en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes fueron evaluados con ecocardiograma transtorácico, y desde que estuvo disponible en nuestro centro, también con ecocardiograma transesofágico cuando fue posible. Tres expertos en ecocardiografía revisaron, en todos los casos y de forma independiente, las imágenes para determinar la etiología de la enfermedad valvular subyacente, utilizándose también los hallazgos quirúrgicos para determinar en cada caso si existía condición predisponente previa. Se consideró enfermedad valvular reumática la presencia de historia clínica de cardiopatía reumática crónica y la presencia de signos ecocardiográficos como la fusión comisural, la calcificación y el engrosamiento de los velos, o el engrosamiento, el acortamiento y la fusión de cuerdas tendinosas en el caso de la válvula mitral. Para la enfermedad valvular degenerativa se tuvo en cuenta la ausencia de historia de enfermedad reumática, el engrosamiento y la calcificación de los velos aórticos, la ausencia de fusión comisural, la calcificación de la continuidad mitroaórtica y la calcificación del anillo mitral posterior, con velos mitrales delgados y sin fusión comisural. Las lesiones de etiología congénita, como la válvula aórtica bicúspide, se diagnosticaron con base en los criterios descritos¹⁴. Se consideró ausencia de enfermedad valvular predisponente la ausencia de los hallazgos descritos anteriormente, y la ausencia de fusión comisural o alteraciones en velos y cuerdas tendinosas de la anatomía valvular no afectadas por la infección. Estos criterios ya han sido previamente aceptados en otros artículos publicados¹⁰, y consideramos que se encuentran convenientemente validados para su uso.

Se definen como endocarditis relacionadas con la atención sanitaria: 1) la nosocomial en aquellos casos en los que la sintomatología comenzó tras 48 h desde que se inició el ingreso hospitalario o bien durante los 6 primeros meses tras el alta, y 2) la nosohusial en pacientes que presentaban el antecedente de manipulaciones invasivas diagnósticas o terapéuticas durante los 6 meses previos al inicio de la sintomatología⁵. Para conocer estos antecedentes se realizó una revisión sistemática de la historia clínica, y solo se incluyeron aquellos casos en los que se constataron dichos antecedentes.

Para definir la presencia de complicaciones sistémicas (insuficiencia cardíaca, embolismo sistémico, *shock* séptico, insuficiencia renal, complicaciones en el sistema nervioso central) y perianulares también se utilizaron los criterios vigentes de la Sociedad Europea de Cardiología¹³. Se ha definido la cirugía durante la fase activa como la que se realiza en cualquier momento durante el ingreso, englobando tanto la cirugía urgente (aquella que debía realizarse por riesgo vital del paciente o presencia de complicaciones graves) como la cirugía electiva (aquella realizada durante el período de ingreso, una vez controlada la infección). Se definió la mortalidad hospitalaria como aquella que se produjo durante la fase de ingreso hospitalario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5680892>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5680892>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)