

## PF-004

### Comportamiento de los scores de riesgo e impacto del uso de umbrales arbitrarios de inoperabilidad en la endocarditis valvular izquierda. Estudio prospectivo de 142 pacientes



Alejandro Fernández-Cisneros, Jaume Llopis, Marta Hernández-Meneses, Elena Sandoval, Daniel Pereda, Manuel Castellà, Juan Ambrosioni, Cristina Ibáñez, José María Miró, Eduard Quintana

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Justificación:** La mortalidad postoperatoria en cirugía de endocarditis infecciosa (EI) aguda valvular izquierda sigue reportándose por encima del 20%. Existen numerosas escalas de riesgo que, en determinadas ocasiones, son usadas para justificar un enfoque terapéutico más conservador en detrimento de la cirugía.

**Objetivo:** Evaluar el comportamiento de las escalas en nuestra población de pacientes intervenidos de EI y la implicación del uso de éstas para la decisión terapéutica.

**Métodos:** Revisión retrospectiva desde Mayo 2014 hasta Setiembre 2019 de pacientes operados de forma consecutiva. Un total de 142 pacientes se operaron de EI izquierda en fase activa. Se realizó un cálculo del riesgo de mortalidad postoperatoria basándose en las escalas actuales (EuroScore I y II, PALSUSE, Risk-E, Costa score, De Feo score, AEPEI score, STS risk e ICE-PLS). Se realizó análisis descriptivo de las características demográficas basales, de los datos perioperatorios así como un análisis de supervivencia y complicaciones durante el seguimiento.

**Resultados:** Ningún paciente en nuestra cohorte de endocarditis ha sido desestimado para cirugía en base a un valor de riesgo de las escalas existentes. El 76.8% fueron hombres. La edad media fue de 63.8 años. El 33.1% eran EI protésicas. En el 46.5% la afectación fue aórtica, mitral en 24.6% de los casos y multivalvular en el 28.9%. La cirugía fue emergente en el 26.8%. La supervivencia al alta y a los 30 días fue del 96.5%. No se observó ninguna recidiva de la infección inicial. El EuroScore II y el ICE-PLS medios fue de 23,3% y 9,2%, respectivamente. Se analizó el área por debajo de la curva (AUC) de los distintos scores en nuestra población operada. El score con menor AUC (AUC = 0,76) fue AEPEI mientras que aquella con mayor AUC fue RISKE (AUC = 0,94). En la mayoría, las AUC indicarían un buen comportamiento. No obstante, se hizo el ejercicio teórico de poner un límite de corte arbitrario para desestimar la cirugía en un riesgo superior al 45%. La tabla refleja que se hubieran dejado de operar 42 pacientes en caso del EuroScore I, 24 para Euroscore II, 77 para PALSUSE, 36 en caso de Risk-E, 25 para De Feo, 5 para STS-IE y 38 en caso de ICE-PLS. De estos pacientes, sobrevivieron el 83%, 79%, 91%, 80%, 92%, 60% y 81%, respectivamente. El mismo análisis se realizó con puntos de corte arbitrarios del 60% y 70%.

**Conclusiones:** No se dispone de un score con una especificidad del 100% que establezca preoperatoriamente la futilidad de la cirugía. A pesar de la satisfactoria AUC observada, ninguno de los scores analizados debería ser usado para la toma de decisiones clínicas. El uso arbitrario de umbrales de inoperabilidad en base a estos scores se traduciría en la negación de un tratamiento curativo a un gran número de pacientes.

Ejercicio teórico para determinar cuantos pacientes se operaron y sobrevivieron a distintos cálculos de riesgo estimado acorde a cada Endocarditis Score						
Umbral arbitrario para desestimar la cirugía (% estimado de mortalidad)	> 45 %		> 60 %		> 70 %	
Escalas	Operados(n)	Supervivientes (%)	Operados(n)	Supervivientes (%)	Operados(n)	Supervivientes (%)
EuroScore I	42	83 %	33	85 %	19	79 %
EuroScore II	24	79 %	13	77 %	6	100%
Palsuse	77	91 %	NA		NA	
Risk E	36	80,1 %	21	80 %	11	72,7 %
De Feo	25	92 %	14	85 %	13	84 %
STS	5	60 %	NA		NA	
Costa	NA		60	91,6 %	33	87,8 %
ICE plus	38	81 %	12	75 %	5	80 %

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.052>

## PF-005

### Prevalencia, características clínicas y pronóstico de pacientes con endocarditis infecciosa e indicación quirúrgica que no son intervenidos: Estudio retrospectivo multicéntrico del área cataluña central (2009-2018)



Sonia Calzado<sup>1</sup>, Marta Hernández-Meneses<sup>2</sup>, Jaume Llopis<sup>3</sup>, Marta Andrés<sup>4</sup>, Carme Agustí<sup>5</sup>, María Ortiz<sup>6</sup>, Josep Maria Tricas<sup>7</sup>, Eduard Quintana<sup>2</sup>, Oriol Gasch<sup>1</sup>, Jose Maria Miró<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell

<sup>2</sup> Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

<sup>3</sup> Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona, Barcelona

<sup>4</sup> Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa

<sup>5</sup> Hospital de Sant Celoni, Sant Celoni

<sup>6</sup> Hospital Plató. Fundació Privada, Barcelona

<sup>7</sup> Fundació Privada Hospital de Mollet, Mollet del Vallés

**Justificación:** El conocimiento global sobre la endocarditis infecciosa (EI) se basa principalmente en cohortes de hospitales de tercer nivel en las que la cirugía cardíaca ha demostrado tener un impacto pronóstico. Sin embargo, se desconoce qué proporción de pacientes teniendo indicación quirúrgica (IQ), no son intervenidos, y cuántos de ellos ya no son remitidos desde los centros comunitarios al centro de cirugía cardíaca.

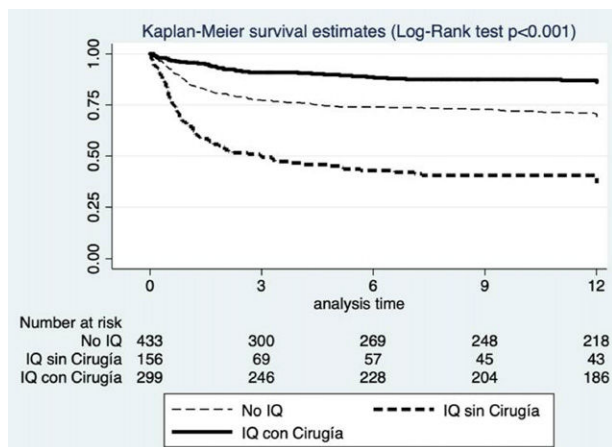
**Objetivos:** Describir la prevalencia, características clínicas y pronóstico de los pacientes afectados de EI, con indicación quirúrgica que no son intervenidos (IQnoCir) y compararlo con los intervenidos (IQCir) y los que no tienen indicación quirúrgica (noIQ) en una cohorte de base poblacional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de episodios consecutivos de EI diagnosticados en un hospital de referencia en cirugía cardíaca y los nueve hospitales de su área entre 2009–2018, mediante la cumplimentación de un protocolo estandarizado. Se compararon las características de los pacientes con indicación quirúrgica, intervenidos o no, y los pacientes sin indicación quirúrgica.

Se analizan los factores independientes de mortalidad intrahospitalaria y al año mediante regresión logística.

**Resultados:** Se evaluaron 891 episodios de EI, 458 (51%) tuvieron indicación quirúrgica (IQCir: 299(34%), IQnoCir: 156(16%)). De los pacientes IQnoCir, 87 casos (10%) no fueron trasladados. El resto, 433(49%) no tuvieron IQ. Entre los pacientes IQCir, el 63% fueron trasladados desde centros comunitarios. Los pacientes del grupo IQnoCir fueron más añosos (76 vs. 65 años,  $p < 0.001$ ) y con mayor número de comorbilidades (Charlson 5 vs 3 puntos,  $p = 0.8$ ), entre las que predominaban la insuficiencia cardíaca (29%) y la insuficiencia renal crónica (25%) en IQnoCir y la diabetes mellitus sin afectación orgánica (21%) en IQCir. La adquisición comunitaria predominó en los pacientes con IQCir (73%, IQnoCir 59%,  $p < 0.001$ ). *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo causal más frecuente en el grupo IQnoCir (30%, IQCir 16%,  $p = 0.001$ ) mientras que los estreptococos del grupo viridans lo fueron en el grupo IQCir (21%, IQnoCir 13%,  $p = 0.017$ ). La localización más frecuente en los pacientes IQnoCir fue la válvula mitral (53%, IQCir 38%,  $p = 0.002$ ), mientras que en el grupo IQCir fue la válvula aórtica (61%, IQnoCir 49%,  $p = 0.012$ ). La causa de IQ en ambos grupos fue la regurgitación valvular severa ( $>35\%$ ) y los motivos para contraindicar la cirugía, fueron el mal pronóstico quirúrgico (42%) y el mal pronóstico del paciente independientemente de la EI (26%). La mortalidad intrahospitalaria y al año (figura) en la IQCir, IQnoCir y noIQ fue del 11%/13%, 48%/62% y 21%/30%, respectivamente ( $p < 0.001$ ). El análisis multivariante identificó a la cirugía cardíaca (IQCir) como factor protector de muerte hospitalaria (OR: 0.34 [0.18, 0.62]) y al año (OR: 0.24 [0.12, 0.41]) mientras que la ausencia de cirugía estando indicada (IQnoCir) se asoció a mal pronóstico hospitalario (OR: 2.27 [1.40, 3.68]) y al año de seguimiento (OR: 2.18 [1.37, 3.47]).

**Conclusión:** Una sexta parte de los pacientes con EI tienen indicación quirúrgica y no son operados. Estos pacientes tienen muy mal pronóstico a corto y medio plazo. Los pacientes intervenidos fueron los que tuvieron mejor pronóstico.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.053>

## PF-006

### Impacto del intervalo de tiempo diagnóstico-síntomas en la supervivencia de pacientes quirúrgicos con endocarditis infecciosa: Un análisis de mortalidad ajustado por propensity score

Stefano Urso, María Ángeles Tena, Miguel González-Barbeito, Eloy Gomez, Federico Paredes, Francisco Portela

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Justificación:** la estratificación del riesgo de mortalidad en pacientes quirúrgicos con endocarditis infecciosa es compleja, ya que se encuentra basada en múltiples factores (entre ellos etiología, localización de la infección y presentación clínica), difíciles de evaluar individualmente. Proponemos como criterio de estratificación del riesgo de mortalidad, el intervalo de tiempo entre diagnóstico y síntomas.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue analizar el impacto del intervalo de tiempo entre el diagnóstico y los primeros síntomas de endocarditis infecciosa (EI) en la supervivencia de pacientes que precisaron intervención quirúrgica cardíaca.

**Métodos:** Entre enero 2014 y junio 2019, 93 pacientes consecutivos diagnosticados de endocarditis infecciosa localizada en cavidades izquierdas fueron sometidos a intervención quirúrgica cardíaca. Los datos se registraron prospectivamente en la base de datos electrónica del servicio. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos según el intervalo de tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el momento del diagnóstico definitivo de endocarditis: pacientes con diagnóstico precoz ( $\leq 8$  días) y pacientes con diagnóstico tardío ( $> 8$  días). A través de un modelo de regresión logística multivariable se calculó el propensity score. Esto se definió como la probabilidad condicional de pertenecer al grupo de diagnóstico temprano versus el grupo de diagnóstico tardío. El propensity score fue utilizado para el estudio de supervivencia mediante dos técnicas distintas: matching y ajuste multivariable.

**Resultados:** entre los 93 pacientes, 48 (51,6%) tenían un diagnóstico de EI temprano, mientras que 45 (48,4%) presentaban EI de diagnóstico tardío. Los microorganismos causantes más frecuentes de nuestra serie fueron *staphylococcus aureus* (22,6%) y *staphylococcus epidermidis* (14,0%). La válvula aórtica fue la localización más frecuente (46,2%). Según el análisis bi-variable, los pacientes de diagnóstico temprano presentaron una incidencia estadísticamente superior de tratamiento inotrópico preoperatorio ( $p$  valor = 0.008), de shock cardiogénico o séptico ( $p$  valor = 0.01), y un índice de masa corporal superior ( $p$  valor = 0.05). El análisis de Kaplan-Meier sin ajustar y el realizado sobre 41 pares de pacientes emparejados mediante propensity score mostró una supervivencia significativamente inferior de los pacientes que pertenecieron al grupo de diagnóstico temprano ( $p = 0.019$  y  $p = 0.049$  respectivamente). Los predictores independientes de mortalidad a medio plazo de acuerdo al análisis realizado con el método de regresión de Cox multivariable ajustada mediante propensity score fueron dos: Infección secundaria a *staphylococcus aureus* o a microorganismo fúngico (HR 2.42; IC 95% 1.11-5.26;  $p$  0.03) y EuroSCORE II (HR 1.04; IC 95% 1.02-1.06;  $p$  0.001).

**Conclusión:** El intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de endocarditis y el diagnóstico tiene un impacto significativo en la supervivencia después de la cirugía, siendo los pacientes con diagnóstico temprano aquellos con mayor riesgo de mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.054>



**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**