RIF [CMI: 0,008 μg/ml], LIN [CMI: 0,5-2 μg/ml], MOX [CMI: 0,06-0,12 μg/ml], y TED [CMI: 0,25-0,5 μg/ml]). El estudio de sinergia (tabla) mostró que a inóculo estándar la combinación de CLO + FUS fue indiferente en todos los casos y que la combinación de LIN + MOX presentó actividad antagónica en tres de las cinco cepas y fue indiferente en las otras dos. Por este motivo, a estas combinaciones no se las estudio con un inóculo elevado. Las combinaciones de LIN o TED + RIF presentaron un efecto aditivo o sinérgico en las cinco cepas con inóculo estándar, pero este efecto se perdió con inóculo elevado, pero en ningún caso se observó efecto antagónico.

CEPAS	CLO + FUS		CLO + RIF		LIN + MOX		LIN + RIF		TED + RIF	
	IE	IA	IE	IA	IE	IA	IE	IA	IE	IA
SASM-763	IND	ND	ADT	IND	ANT	ND	ADT	IND	SIN	IND
SASM-873	IND	ND	SIN	IND	ANT	ND	ADT	IND	SIN	IND
SASM-940	IND	ND	IND	ND	IND	ND	ADT	IND	SIN	IND
SASM-1032	IND	ND	ADT	IND	ANT	ND	SIN	IND	SIN	IND
SASM-1160	IND	ND	IND	ND	IND	ND	ADT	IND	SIN	IND

SIN: actividad sinérgica; **ADT**: efecto aditivo; **IND**: actividad indiferente; **ANT**: efecto antagónico; **ND**: no se ha practicado por ser indiferente la combinación frente al inóculo estándar.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que la combinación de tedizolid con rifampicina fue la más activa, siendo sinérgica frente a todas las cepas de SASM estudiadas.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.008

Comunicaciones MINI ORALES

7-ID: 5

La fragilidad como factor de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con endocarditis infecciosas en un hospital terciario Premio a la mejor comunicación mini-oral

M. Morante Ruiz*, A. Cabello Úbeda, M. Bernal Palacios, A. Pello Lázaro, M. Martín García, L. Prieto Pérez, V. Hortigüela Martín, M. Tomás Mallebrera, A. Kallmeyer Mayor, L. Varela Barca

Endocarditis TEAM del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
*para correspondencia.

Justificación: El aumento progresivo de la población, hace que cada vez se vean más casos de endocarditis infecciosas (EI) en mayores de 70 años. Históricamente la edad se ha considerado un factor de riesgo de mal pronóstico, sin embargo, no todos los pacientes mayores envejecen de la misma forma. La fragilidad es el deterioro funcional y una vulnerabilidad mayor de lo esperado a diversos factores estresantes o lesiones, por lo que puede ser un mejor factor clasificador del riesgo de eventos adversos que la edad.
Objetivo: Estudiar la fragilidad en nuestra población y su posible relación con la mortalidad hospitalaria frente a la edad.
Método: Se realizó un estudio retrospectivo con los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa mayores de 70 años entre el 1 de enero de 2016 y en 31 de octubre de 2022. Se recogieron las escalas de Frail y Barthel en los 3 meses previos al ingreso (Situación basal), así como otras variables demográficas, clínicas y evolutivas de interés. La variable principal fue la mortalidad durante la estancia hospitalaria.
Resultados: En total, se analizaron 66 pacientes mayores de 70 años con EI, de los cuales el 33,3% (22 pacientes) fueron operados y el 66,7% (44 pacientes) no fueron operados. Características demográficas de los pacientes: la edad media de los pacientes fue de 80,35 años, con una mediana de 80,4 años. El índice de comorbilidad de Charlson promedio fue 3,49, con un valor ajustado de 5,93. La distribución por género mostró un 51,5% (34) de hombres y un 48,9% (32) de mujeres. El 63,12% (41 pacientes) presentó EI nativa, mientras que el 37,9% (25 pacientes) fue de origen protésico. La distribución de las EI por válvula mostró un 38,5% (25 pacientes) en la válvula aórtica, un 66,2% (43 pacientes) en la válvula mitral y un 9% (6 pacientes) en válvulas mitroaórticas. Los factores de riesgo vasculares de los pacientes más comunes incluyeron la hipertensión arterial en el 81,82% (54 pacientes), la dislipemia en el 57,6% (38 pacientes) y la diabetes mellitus el 27,3% (18 pacientes). Complicaciones en el debut de la EI: se observaron diversas complicaciones en la presentación de la EI, como embolismos a distancia (45,5%) e ictus (24,2%) o la insuficiencia renal aguda (33,3%), la bacteriemia persistente (12,1%), los fenómenos vasculares (9,9%) o el *shock* séptico (9,1%). De las complicaciones cardiacas, se observaron abscesos (4,5%), fístulas (1,5%), dehiscencia de prótesis previa (12,1%), insuficiencia valvular (28,8%), y alteraciones eléctricas como bloqueo auriculoventricular (AV) de diferentes grados (10,6%) Microbiología: el 28,8% de las EI fueron producidas por gérmenes del género *Staphylococcus*, el 22,7% por *Streptococcus*, otro 22,7% por gérmenes no identificados, el 19,7% por *Enterococcus* y el 6,1% por otros. Escalas de fragilidad: se identificó que el 30% de los pacientes eran frágiles (3 o más puntos) según la escala de Fragilidad Frail. Según la escala de Barthel, 1,67% eran dependientes totales, 5% graves, 11,7% moderados, 40% leves y 41,7% independientes. Mortalidad: la tasa de mortalidad global fue del 18,2%, con el 13,6% en los pacientes operados y el 20,5% en los no operados. Relación entre fragilidad y mortalidad: los pacientes considerados frágiles según la escala Frail presentaron una mortalidad del 50%, en comparación con el 7,14% en los no frágiles (p = 0,000). En cuanto al Barthel, se encontraron diferencias graduales según el paciente se hace más dependiente con p = 0.02. Independientes 95-100: *exitus* 0, supervivientes 25 (100). Dependencia leve 60-90: *exitus* 6 (25), supervivientes 18 (75%). Dependencia moderada 40-55: *exitus* 3 (42,9%), supervivientes 4 (57,1%). Dependencia grave (20-35): *exitus* 2 (66,7%), supervivientes 1 (33,3%). Dependiente total (< 20): *exitus* 1 (100), supervivientes 0. Ser frágil según Frail frente a no ser frágil incrementa el riesgo de mortalidad con un OR 12,99 (IC95% 2,92-57,92, p = 0,001). Ajustado a edad se mantiene la significación (OR 3,69, IC95% 1,69-8,06, p = 0,001) y también cuando se ajusta por cirugía: OR 3,70, IC95% 1,69-8,10. En Barthel el paso de dependencia ligera a moderada incrementa el riesgo de mortalidad con un OR 8,6 (IC95% 1,99-37,11, p = 0,04). También se mantiene con ajuste de edad (OR 11,86, IC95% 2,08-67,54, p = 0,005) y por cirugía (OR 11,75, IC95% 2,05-67,2). Operados en función de la fragilidad: en los considerados frágiles por Fail, se operaron solamente el 22,2% (4) frente al 35,7% (15) de los considerados no frágiles. Se encontraron los mismos resultados si tenemos en cuenta la escala Barthel. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre los pacientes no operados (20,45%) frente a los operados (13,64%) (p = 0,498).
Conclusiones: En resumen, nuestro estudio sugiere la relación de la fragilidad según diferentes escalas, como Frail y Barthel, está asociada con un aumento significativo en la mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 70 años con endocarditis infecciosa. Estas asociaciones se mantuvieron incluso después de ajustar por la edad y cirugía. Además, se observó que los pacientes frágiles tenían menos probabilidades de someterse a cirugía en comparación con los no frágiles.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.009

BIOMED
unidix
Especialistas
en cirugía
cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es