Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 761

Revista Española de Cardiología

6034-10. CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA: ¿ES UNA ENTIDAD DISTINTA?

Gloria María Heredia Campos, Adriana Resúa Collazo, Consuelo Fernández-Avilés Irache, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Francisco Carrasco Ávalos, Manuel Jesús Oneto Fernández, Mónica Delgado Ortega, Daniel Pastor Wulf, Manuel Pan Álvarez-Osorio y Manuel Anguita Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis asociada a la atención sanitaria (EAS) es una patología con una alta tasa de mortalidad y una incidencia en aumento. El mejor conocimiento sobre sus características y diferencias respecto a la endocarditis no asociada a la atención sanitaria (ENAS) puede ayudar a su manejo y prevención. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias entra ambos tipos de endocarditis infecciosa (EI) en relación a sus características clínicas, complicaciones y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, a partir de una base de datos prospectiva de pacientes diagnosticados en nuestro centro desde enero de 2001 a diciembre de 2019 de endocarditis, comparándose las características entre las EAS y las ENAS.

Resultados: Entre 2001 y 2019 se diagnosticaron en nuestro centro 319 casos de EI, de los cuales 106 (33,2%) eran EAS. Estos tenían mayor edad (63 ± 17 vs 58 ± 16, p = 0,028) y mayor proporción de mujeres (43,4 vs 26,8%, p = 0,003). La puerta de entrada fue con menor frecuencia dental (3,8 vs 12,2%), más digestiva (11,4 vs 4,7%) y genitourinaria (8,6 vs 4,7%) en las EAS (p 0,001), y un 14,3% recibían hemodiálisis Los pacientes con EAS eran más frágiles y pluripatológicos (inmunodeprimidos, trasplantados, cáncer e insuficiencia renal, p 0,001). No hubo diferencias en el tipo de EI (nativas o protésicas, ns), ni en las lesiones cardiacas predisponentes (62,9 vs 65,2%, ns). La localización de la EI fue en menor porcentaje aórtica (32,4 vs 50,9%) y más tricuspídea (12,4 vs 3,8%) en las EAS (p = 0,004), y fueron causadas con mayor frecuencia por S. aureus (26,7 vs 17,6%), y menos por *S. viridans* (11,4 vs 22,9%) (p = 0,049). Hubo menos complicaciones graves en la EAS (68,6 vs 80,7%, p = 0,024), con menos complicaciones neurológicas (7,5 vs 19,4%, p = 0,005) y cardiacas (47,6 vs 59%, p = 0,072), aunque más persistencia de la sepsis (31,1 vs 19,9%, p = 0,035). Hay una tendencia a menos cirugía en fase aguda en las EAS (51,9 vs 62,2%, p = 0,12), sin diferencias en la mortalidad precoz (28,8 vs 26%, ns) ni en la mortalidad global (34 vs 37%, ns).

Conclusiones: Un tercio de las EI en nuestro medio son endocarditis asociadas a la atención sanitaria. Este tipo de EI presenta algunas características diferentes (mayor edad, más mujeres, distinto espectro microbiológico y distinta localización) que se traducen en una menor tasa de complicaciones graves y una similar mortalidad.