



5011-8. RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO MAL?

María Castiñeira Busto, M. Amparo Martínez Monzonís, Carlos Peña Gil, Andrea López López, María Álvarez Barredo, Manuel Ángel Bandín Diéguez, Moisés Rodríguez Mañero y José Ramón González Juanatey del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad asociada con la endocarditis infecciosa (EI) es relativamente elevada, y un rápido diagnóstico es esencial para facilitar un tratamiento correcto. El objetivo de nuestro estudio es determinar cuáles son las causas de este retraso y su impacto pronóstico.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente 231 pacientes que ingresaron de forma consecutiva en un servicio de Cardiología de un centro terciario entre enero de 2009 y abril de 2016 con el diagnóstico de endocarditis infecciosa basado en los criterios modificados de Duke. Se determinó el retraso entre el inicio de los síntomas y el ingreso, número de asistencias sanitarias preingreso y el retraso entre el ingreso y el inicio de antibioterapia correcta. El objetivo primario fue mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: El 69,6% de los pacientes eran varones y el 46,3% tenían $\geq$ 75 años. El 51% presentaba algún tipo de valvulopatía significativa, siendo lo más frecuente el que fueran portadores de prótesis valvulares (66,9%) seguido de estenosis aórtica moderada-grave o válvula aórtica bicúspide (19,5%). El 15,6% eran portadores de dispositivos intracardiacos. El retraso medio desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 33,2 días, presentando un retraso superior a los 3 meses el 10,8%. En el 54,4% existió un retraso superior a 24 horas entre el ingreso y el inicio de antibioterapia correcta, con un retraso medio de 8,14 días. 37 pacientes (16,1%) habían sido sometidos a algún procedimiento que pudiera relacionarse con la aparición de EI. El 35% del total presentaron $\geq$ 1 asistencia sanitaria previa al ingreso hospitalario, siendo la mayoría asistencias a urgencias hospitalarias. Hubo 70 muertes intrahospitalarias (30,3%), de los cuales 24 eran de pacientes que habían ingresado $>$ 7 días tras el inicio de la clínica (35,8%). Sin embargo, un 57,5% de los pacientes que no murieron durante el ingreso también presentaban un retraso $>$ 1 semana desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Objetivamos que en una población con elevada proporción de pacientes de riesgo de EI sigue existiendo un importante retraso entre el inicio de los síntomas, el ingreso hospitalario y el inicio del tratamiento antibiótico, si bien este retraso paradójicamente no se refleja en una mayor mortalidad intrahospitalaria.