



6013-4. CONSOLIDACIÓN DEL CAMBIO EN EL ESPECTRO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sara Hernández Castellano, Pietro Cappellesso, María Facenda Lorenzo, Virginia Ramos Reyes, M. Lucy Abella Vázquez, M. Luz Padilla Salazar, Antonio García Pardo, Marcelino Hayek Peraza, José Luis Martos Maine, José Javier Grillo Pérez y Julio Hernández Afonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad poco frecuente y de diagnóstico difícil. En los últimos años se ha documentado un cambio en el espectro microbiológico y epidemiológico; siendo una afección que requiere de equipos multidisciplinares para su manejo. Analizamos la epidemiología, perfil clínico y evolución de todos los pacientes (ptes) con el diagnóstico de EI definitiva por criterios de Duke modificados según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los ptes con el diagnóstico de EI definitiva desde enero 2015 hasta septiembre 2021 ingresados en nuestro hospital.

Resultados: Recogimos 175 ptes: 70% varones, edad media 64 ± 13 años. Desde el punto de vista epidemiológico el 60% eran hipertensos, el 38% diabéticos, hubo 50% de ptes dislipémicos y 46,9% de fumadores. Se documentó un 11% de ptes en hemodiálisis y un 7% de enfermos con neoplasia activa en el momento del diagnóstico. El “lado derecho” cardiaco se afectó hasta en un 25,7% de los casos. La válvula aórtica nativa aislada fue la más afectada (21,7%), seguido de la prótesis aórtica y válvula mitral nativa en igual número (18,3%) y en tercer lugar la EI sobre dispositivos cardiacos (22 ptes). El 50,9% presentaron fenómenos embólicos (no se estudió en 12 ptes). El 35,4% presentaron insuficiencia cardiaca congestiva y el 26,3% desarrollaron afectación paravalvular y sepsis grave/*shock* séptico. Hasta un 40% de las EI diagnosticadas en el período analizado fueron EI relacionadas con la atención sanitaria (EIRAS; en solo dos ptes la puerta de entrada fue un contacto con el odontólogo). En el subgrupo de las EIRAS hubo 43 EI nosocomiales. El 57% de los ptes se sometieron a cirugía. La tasa de fallecimiento fue del 34,3%; siendo casi del 50% en los enfermos que no recibieron tratamiento quirúrgico. La mortalidad de las EIRAS documentada fue del 50%, algo más elevada en el subgrupo de las nosocomiales.

Conclusiones: Hay una consolidación clara en el cambio documentado en el perfil de los ptes con EI: Hasta más de un tercio de los pacientes con EI adquieren la infección secundaria a un contacto estrecho con el sistema sanitario. A pesar de las mejoras en el diagnóstico precoz y tratamiento, la mortalidad es muy elevada, especialmente en las EIRAS. Es fundamental mejorar en la prevención de bacteriemias y en la valoración multidisciplinar de los enfermos.