



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1476 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA, COMPLICACIONES Y ETIOLOGÍA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN NUESTRO MEDIO

*Alexandra Arias Costa, Miguel Ángel Consuegra Pérez, Sara Grillo Grillo, Antonio José Barros Membrillo, Alexander Rombauts Rombauts, Virginia Pomar Solchaga y Joaquín López-Contreras González*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la presentación clínica, los gérmenes más habituales y las complicaciones más frecuentes de las endocarditis infecciosas diagnosticadas en nuestro centro en los últimos años.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes históricas. Incluye pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) entre los años 2019-2021 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (hospital de tercer nivel, Barcelona). Se comparan variables demográficas, clínicas y etiológicas, mediante análisis estadístico a través de la plataforma REDCap.

**Resultados:** Se recogieron un total de 134 pacientes afectados de endocarditis, siendo 87 de ellos varones (64,9%) con una edad media de 69 años. La fiebre fue la clínica más frecuentemente presentada (79,4%), seguida de embolismos (17,6%) y el soplo de nueva aparición (15,3%). Solo en un 5,3% se objetiva el *shock* séptico como forma inicial de presentación del cuadro. El tiempo de evolución medio de los síntomas fue de 19 días. Etiología (fig. 1). Se realizó tratamiento combinado en lugar de monoterapia en la mayor parte de los casos (62,2 vs. 37,4%) con una duración media de 5,4 semanas. Un 36,6% de los pacientes presentaron complicaciones intracardíacas, siendo el absceso y la perforación cardíaca las más destacables (13% y 6,5%, respectivamente). A nivel sistémico, la complicación más frecuente fue la ICC (78,2%) seguida de los embolismos (35,3%, siendo un 19% de ellos a nivel del SNC) y la bacteriemia persistente (12,6%).

<b>Patógeno</b>	<b>n (%)</b>
<b><i>S. aureus</i> sensible</b>	<b>24 (18,2%)</b>
<b>MRSA</b>	<b>5 (3,8%)</b>
<b><i>S.coagulasa</i> negativos</b>	<b>8 (6,1%)</b>
<b><i>E. Faecalis</i></b>	<b>19 (14,4%)</b>
<b><i>E. Faecium</i></b>	<b>1 (0,8%)</b>
<b>Estreptococo grupo viridans</b>	<b>19 (14,4%)</b>
<b>Estreptococo grupo bovis</b>	<b>11 (8,3%)</b>
<b><i>E. Coli</i></b>	<b>1 (0,8%)</b>
<b>Sin germen filiado</b>	<b>20 (15,2%)</b>
<b>Otros</b>	<b>24 (18,2%)</b>

<b>Complicaciones</b>			
<b>Intracardíacas</b>		<b>Sistémicas</b>	
<b>Perforación</b>	<b>8 (6,5%)</b>	<b>ICC</b>	<b>93 (78,2%)</b>
<b>Pseudoaneurisma</b>	<b>3 (2,4%)</b>	<b>Embolismos</b>	<b>42 (35,3%)</b>
<b>Abceso</b>	<b>16 (13%)</b>	<b>Bacteriemia persistente</b>	<b>15 (12,6%)</b>
<b>Fístula intracardíaca</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>IAM</b>	<b>5 (4,2%)</b>
<b>Otros</b>	<b>20 (16,3%)</b>	<b>Diseminación de infección</b>	<b>14 (11,8%)</b>

**Conclusiones:** La epidemiología de la endocarditis infecciosa ha cambiado en los últimos años. El aumento progresivo de la edad de los pacientes ha fomentado el incremento de valvulopatías degenerativas e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Los microorganismos que con mayor frecuencia causan EI son los estafilococos. Pese a que los estreptococos tipo *viridans* continúan siendo de los patógenos más frecuentes, se han visto desplazados por el aumento de incidencia de los enterococos en nuestra serie. Por otra parte, cabe destacar la menor proporción de infecciones por estafilococos coagulasa negativos y MRSA en nuestra serie. La fiebre suele ser la clínica inicial, muy variable en función de los estudios. Sin embargo, en el nuestro una de las principales formas de presentación fueron los embolismos (objetivados como infartos esplénicos y/o ictus) seguidos de los soplos de nueva aparición. La insuficiencia cardíaca es la complicación más frecuente, coincidiendo con el resto de estudios comparados. A destacar el gran porcentaje de complicaciones intracardíacas obtenido en nuestra serie.

## **Bibliografía**

1. Rev Esp Cardiol. 2016;69(1):69.e1-e49.
2. Rev Esp Cardiol. 2013;66(9):728-33.

3. Thomas JC, Bernard DP. Infective endocarditis. *Lancet*. 2016;387:882-93.
4. Thomas JC, Larry MB, Gilbert H, *et al*. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69.
5. Tomoo N, Yoshiyuki T, Akira H, *et al*. *Internal Med*. 2018;57:301-10.