



## 937 - DESCRIPCIÓN DE LAS ENDOCARDITIS INFECCIOSAS EN NUESTRO CENTRO EN EL PERIODO 2018-2021

**Claudia Saavedra Fernández<sup>1</sup>**, Paula García González<sup>1</sup>, Alejandro Licetti Bermúdez<sup>1</sup>, Sara Rodríguez Vega<sup>1</sup>, Elena Criado Hevia<sup>1</sup>, Ana María Álvarez Suárez<sup>2</sup>, Jesús Toranzo Murugarren<sup>1</sup> y Sagrario Santos Seoane<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. <sup>2</sup>Hospital de Jarrio, Coaña, España.

### Resumen

**Objetivos:** Estudio de las endocarditis infecciosas en nuestro hospital en el periodo 2018-2021.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

**Resultados:** 56 endocarditis infecciosas, 42 en hombres (73,7%) y 15 en mujeres (26,3%), con una edad media de 73,4 años. 21 pacientes (73,2%) presentaban al menos 1 factor de riesgo cardiovascular. 25 pacientes (44,6%) cardiopatía valvular conocida. 21 pacientes habían presentado un ingreso hospitalario en los 3 meses previos (37,5%). Los hemocultivos fueron positivos en 47 pacientes (85,45%). Los *Staphylococcus* fueron el grupo causal más frecuente (32,12%), siendo *S. aureus* (sobre todo meticilín sensible) el subtipo principal. *Streptococcus* fue el segundo grupo más frecuente (28,57%), especialmente del subtipo *gallolyticus*. El tercer grupo en fueron los *Enterococcus* (17,4%), especialmente el subtipo *faecalis*. La endocarditis se produjo sobre válvula nativa en 43 pacientes (76,8%), protésica en 11 pacientes (19,6%) - 10 de ellas protésica tardía - y en 2 pacientes (3,6%) fue sobre dispositivo intracardiaco. La mayoría de los casos fueron endocarditis izquierdas (87% del total): válvula aórtica 26 casos, mitral 15 casos y mitro-aórtica 6 casos. El diagnóstico se realizó por ecocardiograma transtorácico en el 42,85% de los pacientes, por ecocardiograma transesofágico en el 28,57% y por PET/TAC (con ecocardiogramas negativos) en el 7,14% de los casos. Finalmente, el diagnóstico fue por autopsia en 2 pacientes. Se detectaron embolismos cerebrales en 4 pacientes, otros embolismos a distancia en 7 pacientes, y espondilodiscitis concomitante en 4 pacientes. Se instauró un tratamiento empírico de amplio espectro con cobertura adecuada en > 90% de los casos. La duración del tratamiento fue de 4 a 8 semanas (mediana 6 semanas). Desescalada oral en 17 pacientes (30% del total). 23 pacientes requirieron cirugía valvular (41%), especialmente si insuficiencia valvular grave y/o vegetaciones de gran tamaño (> 1 cm). La duración media del ingreso fue en torno a los 40 días. 16 pacientes fallecieron en el ingreso, falleciendo otros 2 en el seguimiento precoz a 3 meses como consecuencia directa de la endocarditis (39% del total).

**Conclusiones:** La endocarditis infecciosa es una entidad rara pero causa importante de morbimortalidad en nuestro medio. Más frecuente en hombres, de edad avanzada, con algún grado de valvulopatía conocida y donde la atención sanitaria previa puede jugar un papel importante. La afectación valvular y los gérmenes causales más frecuentes concuerdan con lo recogido en la literatura. Si bien los hemocultivos tienen una alta rentabilidad, el diagnóstico en ocasiones es

difícil, por lo que en caso de alta sospecha y ecocardiograma transtorácico negativo, parece necesario completar el estudio con un transesofágico, incluso con un PET/TAC. Gran parte de estos pacientes presentan algún tipo de complicación durante el ingreso como consecuencia de la extensión perivalvular y desarrollo de insuficiencia cardíaca, embolismos sépticos (incluyendo a SNC). que empeoran el pronóstico condicionando la necesidad en muchas ocasiones de cirugía cardíaca, para la que muchos pacientes por edad o comorbilidad pueden no ser candidatos. Si bien cada vez disponemos de mejores métodos diagnósticos y terapéuticos, la mortalidad continúa siendo elevada por lo que es necesario un diagnóstico precoz y un mejor manejo de estos pacientes.