



## 349 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LOS AÑOS 2021-2022

Julia Barrado Cuchillo, Marta Arroyo Gallego, Miguel Villar Martínez, Blanca López Peláez, Andrea Bastos Precado, Mayra Matesanz David, Ana Isabel Poza Montoro y Eddita Fernández Díaz

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características demográficas y clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) tratados por la unidad de Hospitalización a Domicilio de un hospital terciario durante los años 2021 y 2022.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen los pacientes ingresados en Hospitalización Domiciliaria con diagnóstico de EI en los años 2021 y 2022. Como variables se han incluido sexo, edad, servicio de procedencia y estancia hospitalaria previa al traslado a domicilio, localización y tipo de EI (sobre válvula nativa o sobre válvula protésica, y en ese segundo caso precoz o tardía) y aislamiento microbiológico.

**Resultados:** 22 pacientes fueron incluidos en el estudio, 13 varones (59,1%, con una edad media de 66 años) y 9 mujeres (40,9%, con una edad media de 73 años). La edad media global fue de 69 años. En el momento del traslado a Hospitalización a Domicilio, la estancia media de ingreso era de 24,2 días. 13 pacientes (59,1%) procedían del Servicio de Cardiología, seguidos de Medicina Interna (7 pacientes, 31,8%), Unidad de Enfermedades Infecciosas (1 paciente, 4,5%) y otro hospital terciario (1 paciente, 4,5%). Los pacientes procedentes de Medicina Interna eran más longevos, con una edad media de 77 años, mientras que la edad media de los pacientes en el resto de servicios se encontraba por debajo de los 70 años. Respecto al tipo y localización de la EI y los microorganismos aislados, los resultados se exponen en la tabla. Encontramos 7 casos de EI sobre válvula nativa (31,8%) y 15 (68,2%) sobre válvula protésica. Dentro de los casos de EI sobre válvula nativa es predominante la afectación mitral (57,1%) En cuanto a los casos de afectación valvular protésica, 66,6% son EI protésicas tardías, con una afectación predominante a nivel aórtico.

Aórtica: N = 2 (9%)

*S. viridans* (ambos casos)

EI sobre válvula nativa: N  
= 7 (31,8%)

*S. pyogenes*

Mitral: N = 4 (18,2%)

*S. vestibularis*

*S. aureus*

*S. sanguinis*

Velo coronario izquierdo: N = 1 (4,5%) *S. agalactiae*

Aórtica biológica: N = 1 (4,5%) *E. faecalis* + *S. pneumoniae*

Mitral biológica: N = 1 (4,5%) *S. haemolyticus*

Precoz (N = 5) Aórtica y mitral biológicas: N = 1 (4,5%) *S. aureus* + *S. epidermidis*

TAVI: N = 1 (4,5%) *E. faecalis*

Mitral mecánica: N = 1 (4,5%) *S. gallolyticus*

*E. faecalis*

El sobre válvula protésica:  
N = 15 (68,2%)

Aórtica biológica: N = 5 (22,7%) *S. sanguis*

Sin aislamiento (tres casos)

Tardía (N = 10) Mitral biológica: N = 1 (4,5%) *S. aureus*

TAVI: N = 1 (4,5%) *E. faecalis*

Aórtica mecánica: N = 1 (4,5%) *S. epidermidis* + *C. albicans*

Mitral mecánica: N = 1 (4,5%) *C. parapsilosis*

Cable de DAI: N = 1 (4,5%) *C. afermentans*

**Discusión:** La EI tiene una incidencia de 3-10/100.000 habitantes año y una mortalidad que alcanza el 30% a 30 días. Inicialmente requiere siempre de un manejo hospitalario y, ocasionalmente, un abordaje quirúrgico según el tipo de EI y el grado de afectación valvular. Independientemente del abordaje inicial requerido, esta patología requiere tratamiento antimicrobiano prolongado. La hospitalización domiciliar acerca el hospital al domicilio del paciente permitiendo la administración diaria de tratamiento intravenoso en su propio

domicilio, evitando desplazamientos innecesarios después de un ingreso hospitalario con frecuencia prolongado. Además, permite una vigilancia clínica estrecha para detectar posibles complicaciones.

*Conclusiones:* Dada la variedad de presentación clínica y la potencial gravedad de la EI, con una incidencia en aumento, es fundamental tener un alto grado de sospecha para poder conseguir un diagnóstico y tratamiento precoces. La existencia de una o más válvulas protésicas u otros dispositivos intracardiacos aumentan el riesgo de presentar EI. Una vez superada la fase más aguda del proceso, la hospitalización domiciliaria, en aquellos casos en los que puede llevarse a cabo, es una opción válida y segura para que los pacientes completen el tratamiento, con todos los beneficios de un ingreso lo más corto posible y de poder permanecer en su domicilio.