Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):136

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-31. - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2000-2012

A. Cascales Vallejo[1], C. Ruiz Nicolás[1], A. Hernández Torres[1], J. Gómez[1], M. Cantero[2], R. Picazo[3], J. Herrero[1], E. García Vázquez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna-Infecciosas, [3]Servicio de Documentación. Unidad de codificación. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [2]Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar las características de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) valorados en un hospital universitario con Servicio de Cirugía Cardiovascular de referencia en la Región de Murcia.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con EI atendidos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (2000-2012) mediante revisión de las historias clínicas de los enfermos en cuyo informe figuraba el GRD “endocarditis infecciosa”. Hemos utilizado el formulario de registro de datos elaborado por el Grupo de Apoyo en el Manejo de la Endocarditis Infecciosa en España (GAME).

Resultados: Se detectaron 220 casos; 180 cumplían criterios de EI de Duke modificados (79% EI definitivas y 21% EI posibles, con una relación hombres: mujeres de 3:1; 70% afectaban válvula nativa, 19% válvula protésica y 15% implante endovascular (cable marcapasos/DAI). El lugar de adquisición fue: comunitario 55%, nosocomial 33% (9% en relación con catéter vascular, 7% inserción-manipulación de dispositivos intracardíacos, 3% sondajes vesicales) y 11% relacionado con los cuidados sanitarios (4% hemodiálisis); 14 enfermos (8%) eran ADVP. El 90% de los pacientes consultó por fiebre (65% con datos de sepsis); 52% por síntomas-signos de fallo cardíaco y 24% por síntomas-signos relacionados con fenómenos embólicos sistémicos (14% en SNC, 9% esplénicos y 2% embolias renales). La etiología microbiológica fue: Staphylococcus aureus (22%; 4% resistentes a meticilina), Streptococcus spp (23%), Staphylococcus coagulasa negativa (21%). Enterococcus spp. (13%), bacilos gram negativos (4%), Candida spp. (2%); y 16% sin documentación microbiológica. Se realizaron estudios serológicos en 18 pacientes (1 Bartonella) y el cultivo de la válvula o del material protésico permitió el diagnóstico microbiológico en 14%. En 30% fue necesario realizar estudio transesofágico (ETE) para el diagnóstico. 77% tenía indicación quirúrgica (CCV) y se consultó al cirujano en 125 (69%), realizándose cirugía en 56% (47% regurgitaciones valvulares graves con fallo cardíaco, 18% embolias sistémicas de repetición, 15% endocarditis protésica tardía, 11% precoz y 9% sepsis refractaria). La mortalidad global fue 21% (del total de pacientes que mueren, 56,7% tenían indicación quirúrgica y fallecieron tras la cirugía, 29,7% tenían indicación de cirugía pero fallecen antes de poder realizarla, y 13.51% sin indicación quirúrgica fallecen.

Discusión: Las EI aparecen sobre todo en población con valvulopatías o prótesis y con frecuencia son de adquisición nosocomial o relacionada con los cuidados sanitarios, lo cual explica el aumento de la etiología estafilocócica. Un ETT normal no excluye el diagnóstico. En nuestra cohorte la frecuencia de CCV está artefactada por ser un centro de referencia. La mortalidad sigue siendo elevada.

Conclusiones: Un porcentaje significativo de EI son nosocomiales o relacionadas con los cuidados sanitarios en pacientes con valvulopatías o prótesis/dispositivos vasculares. Staphylococcus spp. y Streptococcus spp. fueron los microorganismos más frecuentes. La mortalidad fue del 20,6%.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.