



<https://www.revclinesp.es>

## I-199 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE UN HOSPITAL 2º NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA

A. Peláez Ballesta<sup>1</sup>, C. Peláez Ballesta<sup>1</sup>, L. Navarro Peiro<sup>3</sup>, M. Esteban Garrido<sup>1</sup>, M. Álvarez Óspina<sup>2</sup>, I. Fernández Romero<sup>1</sup>, C. Toledo Campillo<sup>1</sup> y R. Mateo Paredes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). <sup>3</sup>Hospital Marina Salud. Denia (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) atendidos en un hospital de 2º nivel (periodo 2000-2017).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional de la cohorte de pacientes con EI desde enero de 2000 a diciembre de 2017, a través de las historia clínica en papel y electrónica, se registran variables demográficas, comorbilidades, clínica de presentación y microbiología responsable de la EI. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS.

**Resultados:** Se revisaron un total de 125 pacientes, incluyéndose finalmente solo 101, los cuales cumplían criterios diagnósticos de Duke para EI. La prevalencia de EI es del 0,057%, con una incidencia de 0,003% por año. La distribución por sexos fue de 69 hombres (68,3%) y 32 mujeres (31,7%), con una media de edad de 66,31 (rango 16-88). Según los criterios de Duke modificados el 88% de los pacientes presentaban una EI definida y el 12% una EI posible. De las cuales, el 83% de las EI afectaba a válvula nativa, el 14% a válvula protésica (40,6% aórtica, 46,5% mitral, 7,9% tricúspide, 3% pulmonar) y el 2% a dispositivos intracardiacos. En referente a las comorbilidades más frecuentes que presentaban los pacientes se encontraban los factores de riesgo vascular como hipertensión arterial ( $n = 60$ ; 54,9%), dislipemia ( $n = 48$ ; 47,5%) y la diabetes mellitus ( $n = 30$ ; 29,7%), seguidos de la patología cardiaca (35,6% presentaba algún tipo de valvulopatía predisponente, 29,7% tenían insuficiencia cardiaca crónica, -en su mayoría en clase funcional NYHA II (22, 21,8%) o NYHA III (6,5,9%), el 24,8% enfermedad coronaria evaluada antes o durante el episodio y el 19,8% presentaba una fibrilación auricular o flutter. Con respecto a las características clínicas, el 100% pacientes consultaron por fiebre, continua ( $n = 76$ ; 75,2%) o intermitente ( $n = 25$ ; 24,7%). En un 8,9% de los pacientes se evidenciaron fenómenos vasculares sugestivos de endocarditis durante la exploración: petequias (6,9%), manchas de Janeway (5,9%), hemorragias en astilla (2,9%), y hemorragia conjuntival (1,9%); sin hallazgos de nódulos de Osler y manchas de Roth. En el 65% fue descrito la aparición de un soplo de novo, en 17% presentó un empeoramiento del soplo previo, el 22,7% anomalías de la conducción, el 3,9% infarto de miocardio y 75,2% desarrollaron fallo cardiaco. En el 94% de los casos los hemocultivos fueron positivos, con los siguientes aislamientos: *Staphylococcus* spp. en el 46,5%, de los cuales pertenecían a *S. aureus* el 34,6% (un 2,9% eran SAMR); *Streptococcus* spp. 26,7%; SCNE en el 11,8%; Enterococos en el 10,8% (el 100% *E. faecalis*), con alto nivel de resistencia a gentamicina en el 18,8% de los casos; bacilos gram negativos en el 9,9%; y *Candida* spp. (una era *Candida albicans*), 0,9%. No se documentó aislamiento microbiológico en el 4,9% de las endocarditis. Se realizaron otros cultivos relacionados con el diagnóstico de

la EI en 29 de los pacientes (24,4%): urocultivos en 11 pacientes (10,8%), cultivo de esputo en 6 (5,9%), cable de marcapasos en 3 (2,9%), líquido sinovial en 4 (3,9%), líquido cefalorraquídeo en 2 (1,9%), catéter vascular en 2 (1,9%) y abscesos cutáneos en 3 (2,9%). y abscesos en 3 (1,8%), (resultaron positivos: 4 cultivos de líquido sinovial 3 para SAMS, y 1 para *S. agalactiae*; 4 cultivos de abscesos cutáneos, 3 para SAMS y uno para *S. agalactiae*; un cultivo de esputo para SAMR; 4 urocultivos, uno para SAMS, uno *Candida albicans* y 2 para *E. faecalis* –uno de ellos con alta resistencia a gentamicina–; y 2 cultivos de LCR para SAMS). Sólo se realizó serología en 10 pacientes (9,9%); siendo todos negativos.

*Conclusiones:* En nuestro hospital la EI va a ser más frecuente en hombres (relación 3:1), con una edad media de presentación de 66 años, mayoritaria sobre válvulas nativas. El principal microorganismo responsable va a ser *S. aureus*, con baja incidencia de casos por SAMR. Es importante su sospecha clínica dada la baja incidencia de casos anuales de la misma.