



I-080 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL AÑO 2017: ASPECTOS PRONÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

M. Vicente Altabás, A. Ger Buil, S. Roldán Miñana, M. Povar Echeverría, L. Letona Giménez y C. Ramos Paesa

Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una infección poco frecuente y grave, con una mortalidad de hasta el 20%. El pronóstico de la enfermedad ha mejorado recientemente como consecuencia de nuevos tratamientos antibióticos empleados y de otros factores. Nuestro objetivo con este estudio es describir los aspectos pronósticos y terapéuticos en la actualidad, de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa en un hospital de nuestras características, que dispone de Unidad de Cirugía Cardíaca de referencia en nuestra Comunidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 47 pacientes que fueron diagnosticados de endocarditis infecciosa según los criterios de Duke, desde octubre de 2016 a noviembre de 2017 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Para cada paciente se recogieron variables epidemiológicas, factores de riesgo, datos cardiológicos, microbiológicos, ecocardiográficos, complicaciones, tratamiento recibido y mortalidad. Se llevó a cabo un análisis estadístico con el programa G-STAT 2.0.

Resultados: En relación al agente causal, predominaron los Estreptococos en primer lugar, seguidos de estafilococos coagulasa negativos (ECN), *S. aureus* y Enterococos. Teniendo en cuenta esto, el tratamiento antibiótico más utilizado fue ceftriaxona (12,7%), seguido de la combinación de daptomicina y cloxacilina (8,5%). La pauta más frecuente con la que se finalizó fue ceftriaxona (25,5%) y vancomicina (8,5%) en monoterapia. La mediana de duración del tratamiento antibiótico fue de 42 días. Hasta en el 12,7% de los casos se objetivaron efectos secundarios; el más frecuente fue la nefrotoxicidad, más observada en pacientes de mayor edad. El tratamiento vía oral "de mantenimiento" se utilizó en el 19,1% de los pacientes, aunque solo en dos casos (linezolid) se usó como terapia coadyuvante a la propia EI, ya que las otras pautas fueron de mantenimiento para espondilodiscitis asociada o como terapia supresora de material sintético endovascular no retirado. La terapia intravenosa ambulatoria para completar pauta de tratamiento (Hospital de Día) se indicó en el 10,6% con daptomicina, ceftriaxona y vancomicina durante una mediana de 7 días. En relación al tratamiento quirúrgico, se realizó en el 27,6% de los casos, y fue más frecuente en válvula nativa, mitral y asociada a *S. aureus*, fundamentalmente en población de menor edad. Hasta en el 57,4% de los casos se observaron complicaciones, siendo la insuficiencia valvular la complicación cardíaca más frecuente. La mortalidad fue del 17%, estando en relación con la EI en el 87,5% de los casos. Existe una tendencia a mayor mortalidad en mujeres, en EI de origen nosocomial, válvula mecánica (60% vs 15,6% p 0,02) y cuando se asocia dispositivo intracardíaco (DIC) a afectación valvular

(66%). También en pacientes de mayor edad, cuando existe comorbilidad o cuando la clínica es aguda; y no parece relacionarse con el microorganismo, tipo de válvula, tamaño de la vegetación, niveles de procalcitonina o PCR. Los casos con embolismo tienen una mortalidad del 11%.

Conclusiones: Los antibióticos más utilizados para el tratamiento de la EI han sido ceftriaxona y daptomicina, en relación con los microorganismos observados. Se objetivó un 12,7% de efectos secundarios importantes, relacionados con una mayor edad de los pacientes. En más de la mitad de los casos se observaron complicaciones, siendo la insuficiencia valvular la más frecuente. Se realizó cirugía en el 27,6% y se observó una mortalidad del 17%, mayor en mujeres, EI de origen nosocomial, en válvula mecánica, a mayor edad, cuando existió comorbilidad o cuando la clínica fue aguda. La EI es una enfermedad grave, cuyo pronóstico ha mejorado en los últimos años gracias a la mejora en las técnicas diagnósticas y de tratamiento; su mejor control precisa un enfoque global por parte de un equipo multidisciplinar.