



## I-049 - EL ANTES Y EL DESPUÉS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN ENDOCARDITIS TEAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, B. Arias<sup>1</sup>, D. González<sup>2</sup>, P. Miramontes<sup>1</sup>, A. García Seán<sup>3</sup>, V. Polo<sup>2</sup>, I. García García<sup>3</sup> y E. Villacorta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Cardiología; <sup>3</sup>Microbiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca (Salamanca).

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio es analizar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de dos series de pacientes pre y post-implantación de la actuación de un equipo multidisciplinar de EI con una atención asistencial integral, inmediata ante la sospecha clínica, siguiendo las recomendaciones de las guías internacionales, con seguimiento estrecho del paciente, reuniones multidisciplinarias semanales, incluyendo protocolos de terapia médica, con el fin de reducir la mortalidad y como objetivos secundarios reducir el tiempo de diagnóstico y de antibioterapia eficaz, reducir las complicaciones, mejorar la calidad asistencial ambulatoria, incluyendo clases de profilaxis de EI en el Hospital del Día del Corazón y formación y difusión entre profesionales sanitarios.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de EI definitiva según los criterios de Duke modificados, divididos en dos subgrupos: EI diagnosticadas durante el año 2015 (grupo A, n = 19) y EI diagnosticadas durante los primeros seis meses (octubre 2016-marzo 2017) desde la implantación de un "endocarditis team" de actuación multidisciplinar (grupo B, n = 14).

**Resultados:** Las características de ambas poblaciones se muestran en las adjuntas. En ambos grupos el germen causal aislado fue con mayor frecuencia el *S. aureus* meticilín-resistente y la principal sospecha fue la fiebre sin foco aparente. La localización más frecuente fue mitral y aórtica con un aumento de las formas protésicas en la población. En total fueron diagnosticados dos casos de EI asociada a dispositivos de electroestimulación (cable de marcapasos y DAI). Ha aumentado la detección de casos desde la puesta en marcha del grupo de "endocarditis team". La mortalidad cruda fue reducida a casi la mitad en el grupo B, tras la aplicación de un protocolo de actuación multidisciplinar.

**Discusión:** La EI se define como una infección de la superficie endocárdica del corazón o de los grandes vasos (endarteritis) cuya lesión elemental es la vegetación. A pesar de la mejora de las técnicas sigue estando asociada a gran mortalidad y complicaciones graves. Ya que el diagnóstico es clínico, microbiológico y de imagen, tanto éste, como el seguimiento de esta enfermedad necesita del trabajo, la comunicación continua, la rapidez y el esfuerzo de multitud de especialidades, por lo que las últimas guías ESC recomiendan que la EI sea manejada por los equipos "endocarditis team".

Periodo de estudio	Año 2015 (12 meses)	Periodo de aplicación del protocolo GADSA, octubre 2016-marzo 2017 (5 meses)	Periodo de estudio	Año 2015 (12 meses)	Periodo de aplicación del protocolo GADSA, octubre 2016-marzo 2017 (5 meses)
Numero total de casos de EI	n=18	n=14	PET/TC	- 1 es rector 1 - 1 es diagnóstico y otro descarta endocarditis	- 1 es rector 1 - 1 es diagnóstico
Sexo	52.22% (10) varones 47.77% (9) mujeres	64.28% (9) varones 35.71% (5) mujeres	Diagnóstico inicial/ de sospecha	- Fiebre sin foco aparente/ síndrome febril: 66.42% (13) - Insuficiencia cardíaca: 10.5% (2) - Infusión pseudo-grietal: 5.26% (1) - Hepatopatía: 5.26% (1) - Pancreatitis aguda: 5.26% (1)	- Fiebre sin foco aparente/síndrome febril: 71.42% (10) - Insuficiencia cardíaca: 14.28% (2) - Neumonía: 7.14% (1) - Sepis de origen urotario: 7.14% (1)
Germen aislado	- SARM: 21% (4) - SARM: 11.5% (2) - S. Eptidermidis: 21% (4) - S. Sefalyticus: 5.26% (1) - E. faecium: 5.26% (1) - St. Sordani: 5.26% (1) - No se aisló: 35.9% (6)	- SARM: 28.57% (4) - SARM: 7.14% (1) - Coelidia: 14.28% (2) - S. Capitis: 14.28% (2) - E. faecalis: 7.14% (1) - S. pneumoniae: 7.14% (1) - Pasteurella: 7.14% (1) - Corynebacterium: 7.14% (1) - No se aisló: 7.14% (1)	Fiebre	- 85% de los pacientes (16)	- 100% de los pacientes (14)
Tipo de Endocarditis infecciosa	- Válvula nativa mitral: 33.33% (6) - Válvula nativa aórtica: 33.33% (6) - Válvula nativa tricúspide: 5.26% (1) - Válvula protésica mitral: 5.26% (1) - Válvula protésica aórtica: 10.5% (2) - Cate de mariposa: 5.26% (1) - No codificado: 5.26% (1)	- Válvula nativa mitral: 28.57% (4) - Válvula nativa tricúspide: 7.14% (1) - Válvula protésica mitral: 7.14% (1) - Válvula protésica aórtica: 28.57% (4) - No codificado: 7.14% (1)	Leucocitos, PCR, Procalcitonina medias	- Leucocitos media: 12.54 x10 <sup>9</sup> - PCR media: 14.5 - Procalcitonina media: 1.48	- Leucocitos media: 13.21 x10 <sup>9</sup> - PCR media: 15.82 - Pro calcitonina media: 1.23
Intervenciones quirúrgicas	- Sustitución valvular mitral: 73% (1) - Sustitución valvular aórtica: 14% (3) - TOTAL: 22% (4)	- Sustitución valvular mitral: 21.42% (3) - TOTAL: 21.42% (3)	Mortalidad intrahospitalaria asociada a EI	- 42.10% de los pacientes (8)	- 21.42% (3)

Tabla 1

Tabla 2

**Conclusiones:** La actuación mediante equipos multidisciplinares es fundamental para reducir la mortalidad asociada a EI como demostramos en nuestros estudios y aumentar la detección de casos. El patrón de esta enfermedad es cambiante por lo que es importante considerar las formas asociadas prótesis valvulares, dispositivos de electroestimulación y las producidas por gérmenes resistentes y es fundamental actuar de forma inmediata y conjunta. Las nuevas técnicas de imagen como el PET/TC muestran cada vez mayor utilidad.