Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):402

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-080 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS DE ENDOCARDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN DESDE SEPTIEMBRE DE 2013 HASTA SEPTIEMBRE DE 2016

C. Roig Martí, P. Albiol Viñals, I. Pérez Catalán y A. Cardenal Álvarez

Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón.

Resumen

Objetivos: Analizar los casos de endocarditis infecciosa (EI) en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS) en el período comprendido entre septiembre de 2013 y septiembre de 2016 y la sensibilidad ecocardiografía transtorácica (ETT) en diagnóstico de endocarditis aguda. Objetivos secundarios: analizar la sensibilidad ecocardiografía transtorácica (ETT), describir frecuencia de EI asociada a dispositivos cardiacos, prótesis valvulares, vías centrales/catéteres de hemodiálisis y rentabilidad de hemocultivos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre pacientes ingresados con diagnóstico al alta de EI en HGUCS durante 3 años (de septiembre de 2013 hasta septiembre de 2016). Para la confirmación de caso se utilizaron criterios adaptados propuestos por la ESC en la última guía publicada en el año 2015. La obtención de datos clínicos y epidemiológicos se obtuvo de la historia clínica electrónica (informes de alta y resultados microbiológicos).Se elaboró la tabla de recogida de datos de forma anónima que contempla las siguientes variables: sexo, edad, días de ingreso, servicio de ingreso, tratamiento hipertensivo, diabetes mellitus, IR (en tratamiento sustitutivo renal),dispositivo cardíaco, prótesis valvular, vías centrales/catéteres de hemodiálisis, resultado de hemocultivo, resultado de ETT/ETE y realización de cirugía cardíaca. Se establecieron puntos de corte para mortalidad en 30 días y 6 meses.

Resultados: Hubo 41 casos confirmados de EI con media de edad de 65,6 años. El 58,5% fueron varones, siendo Medicina Interna el principal servicio de ingreso. La estancia media de ingreso fueron 26,1 días. El 63,4% recibían tratamiento antihipertensivo, el 22% eran diabéticos, el 12,2% estaban en tratamiento renal sustitutivo. Se realizó ETT a 40 pacientes siendo positiva en 29 (S = 0,58; VPN = 0,44). Se realizó ETE a 18 pacientes siendo positiva en 12 (S = 0,77; VPN = 0,66), de los cuales 5 habían resultado negativa la ETT.A los pacientes con ETT positivas no se les realizó ETE por haberse confirmado ya el diagnóstico. De los pacientes estudiados el 19,5% eran portadores de un catéter central y el 9,7% portadores de catéter de hemodiálisis. El 9,8% era portadores de DAI, 4,9% eran portadores de marcapasos, 9,8% prótesis biológicas y el 7,3% mecánica. El 75,5% de los hemocultivos fueron positivos. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron 6 casos de S. epidermidis, 4 de S. aureus, 4 de E. faecalis y en 7 casos no se aisló germen. El 43,9% precisó cirugía de recambio/reparación valvular. El 34,1% fallecieron en los primeros 30 días y el 7,3% a los 6 meses del ingreso.

Discusión: En nuestro medio es de utilidad realizar la ETE en paciente con sospecha de EI y hemocultivos positivos a pesar de ETT negativa obteniéndose un porcentaje mayor de nuevos casos con la ETE. Se obtuvo gran rentabilidad en la extracción de hemocultivos, permitiendo un tratamiento dirigido y mejora el pronóstico. La EI es un problema de salud, con una alta relación con dispositivos implantables (permanentes o transitorios), que en nuestra población fue del 14,7% (porcentaje del total de EI que llevan un dispositivo). Quizá este sea una de las causas por las que S. epidermidis sea el principal agente causal. Los pacientes a los que se realizó reparación o sustitución valvular presentaron una supervivencia mayor, aunque con los datos analizados desconocemos si existe otro factor de confusión que pudiera alterar estos resultados (pacientes no intervenidos fueran paliativos).

Conclusiones: La ETT precoz y extracción de hemocultivos son el pilar básico en diagnóstico de EI apoyándose de la ETE en casos de alta sospecha. Debemos iniciar tratamiento antibiótico y medidas de soporte de forma precoz pues la mortalidad es mayor en el momento del diagnóstico y considerar la cirugía cardiaca como parte del tratamiento de la EI. Sería recomendable mejorar métodos de asepsia en la implantación de dispositivos, profilaxis antibiótica y retirada de vías de forma precoz para disminuir la frecuencia de EI asociadas a este motivo.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.