



## 4018-7. ENDOCARDITIS NOSOCOMIAL EN EL ÚLTIMO LUSTRO. MISMO ESCENARIO, DISTINTOS ACTORES

Carlos Ferrera Duran<sup>1</sup>, Isidre Vilacosta<sup>1</sup>, Carmen Olmos Blanco<sup>1</sup>, Cristina Sarriá Cepeda<sup>2</sup>, Javier López Díaz<sup>3</sup>, Luis Carlos Maroto Castellanos<sup>1</sup>, Cristina Sánchez-Enrique<sup>1</sup> y José Alberto San Román Calvar<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid e <sup>3</sup>Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa nosocomial (EIN) constituye un problema de primera magnitud directamente relacionado con las actividades sanitarias. Los microorganismos implicados en la EIN son habitualmente más virulentos y resistentes al tratamiento antibiótico, y se asocian con una elevada mortalidad. Nuestro objetivo fue estudiar las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la EIN en la actualidad, a fin de identificar las nuevas dianas de prevención y tratamiento.

**Métodos:** Analizamos 417 episodios de EIN recogidos de forma prospectiva y consecutiva en 3 hospitales terciarios desde 1996 hasta 2014. Se clasificaron en dos grupos atendiendo al criterio temporal: G-I (n = 281) episodios acontecidos desde 1996 hasta 2009; G-II (n = 136) episodios ocurridos desde 2010.

**Resultados:** Los pacientes del G-II fueron mayores (64,2 frente a 70,8 años,  $p < 0,001$ ), la distribución por sexos fue similar ( $p = 0,241$ ), con predominio de los varones. Los pacientes del G-II mostraron con mayor frecuencia comorbilidades (tabla). La cardiopatía de base más frecuente fueron las prótesis (45,2% frente a 42,6%,  $p = 0,623$ ) y se observó una inversión en la proporción relativa de EIN protésica precoz y tardía entre los grupos (tabla), así como un incremento significativo de las valvulopatías degenerativas en el G-II. Se observó un aumento en la proporción de pacientes portadores de marcapasos/DAI en el G-II (12,1% frente a 21,3%,  $p = 0,014$ ). Los catéteres intravasculares se identificaron como la principal puerta de entrada de la infección (tabla) y se registró un incremento significativo de EIN relacionada con procedimientos gastrointestinales en el G-II (tabla), así como una reducción en la adquisición en cirugía cardíaca. El análisis microbiológico reveló un incremento significativo de los enterococos (tabla), mientras que *S. aureus* y los estafilococos coagulasa negativos fueron los microorganismos más frecuentes (tabla). La necesidad de cirugía (55% frente a 56%,  $p = 0,853$ ) y la mortalidad (41,6% frente a 42,4%) fueron similares en ambos grupos.

| Comorbilidades, puerta de entrada y perfil microbiológico de la endocarditis nosocomial en ambos periodos |         |          |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|---|
| Variables                                                                                                 | Grupo I | Grupo II | p |

| Periodo 1996-2009 (n = 281)                                    | Periodo 2010-2014 (n = 136) |            |         |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------|
| EIN protésica precoz                                           | 67% (75)                    | 41,1% (23) | 0,001   |
| EIN protésica tardía                                           | 33% (37)                    | 58,9% (33) | 0,001   |
| Valvulopatía degenerativa                                      | 12,1% (34)                  | 27,2% (37) | < 0,001 |
| Diabetes                                                       | 24,2% (68)                  | 34,6% (47) | 0,057   |
| Anemia                                                         | 21,7% (61)                  | 39% (53)   | 0,001   |
| Insuficiencia renal crónica                                    | 15,3% (43)                  | 29,4% (40) | 0,003   |
| Puerta de entrada: desconocida                                 | 13,2% (37)                  | 22,8% (31) | 0,013   |
| Puerta de entrada: procedimientos dentales                     | 3,2% (9)                    | 3,7% (5)   | 0,801   |
| Puerta de entrada: procedimientos sobre aparato respiratorio   | 0,7% (2)                    | 1,5% (2)   | 0,456   |
| Puerta de entrada: procedimientos gastrointestinales           | 5% (14)                     | 10,3% (14) | 0,042   |
| Puerta de entrada: procedimientos sobre aparato genitourinario | 3,9% (11)                   | 5,9% (8)   | 0,366   |
| Puerta de entrada: catéter intravascular                       | 32,4% (91)                  | 36,8% (50) | 0,375   |
| Puerta de entrada: infección local                             | 10,7% (30)                  | 14,7% (20) | 0,235   |
| Puerta de entrada: cirugía no cardíaca                         | 11% (31)                    | 11,8% (16) | 0,824   |
| Puerta de entrada: cirugía cardíaca                            | 21% (59)                    | 14% (19)   | 0,085   |
| S. viridans                                                    | 3,2% (9)                    | 5,2% (7)   | 0,317   |
| Enterococcus                                                   | 7,1% (20)                   | 13,4% (18) | 0,037   |

|                                   |            |            |       |
|-----------------------------------|------------|------------|-------|
| S. aureus                         | 28,1% (79) | 24,6% (33) | 0,454 |
| Estafilococos coagulasa negativos | 26% (73)   | 29,1% (39) | 0,502 |

**Conclusiones:** Los pacientes vulnerables a EIN son cada vez mayores y con más comorbilidades. A pesar de los esfuerzos en prevención, los catéteres intravasculares continúan siendo la principal fuente de infección. Los episodios de EIN por enterococos se han incrementado notablemente. La mortalidad asociada a la EIN continúa siendo muy elevada.