



6016-505. LA PUERTA DE ENTRADA DETERMINA EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. EL CASO PARTICULAR DE LA ENDOCARDITIS ASOCIADA A CATÉTER INTRAVASCULAR

Carlos Ferrera Durán¹, Isidre Vilacosta¹, Carmen Olmos Blanco¹, Cristina Fernández Pérez¹, David Vivas Balcones¹, Javier López Díaz², Cristina Sarriá Cepeda³ y José Alberto San Román Calvar² del ¹Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) del Hospital Clínico Universitario, Valladolid y ³Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Determinar la importancia de la puerta de entrada (PE) sobre el pronóstico de la endocarditis infecciosa (EI) y hacer énfasis en un grupo de riesgo particular: EI asociada a un catéter intravascular (cat iv).

Métodos: Analizamos 925 episodios consecutivos de EI recogidos de forma prospectiva en 3 hospitales terciarios desde 1996. Los casos relacionados con las PE más frecuentes se clasificaron en 4 grupos (G): G-I (n = 419): desconocida; G-II (n = 58): procedimientos dentales; G-III (n = 25): procedimientos genitourinarios; G-IV (n = 102): cat iv. Para un segundo análisis se clasificaron en 2 grupos: G-A (n = 102): EI asociada a cat iv; y G-B (n = 823): episodios con PE distinta.

Resultados: La edad, el sexo y la presencia de cardiopatía previa fueron similares entre los grupos. El origen nosocomial predominó en los G-III y IV ($p < 0,001$). La insuficiencia renal crónica fue significativamente más frecuente en el G-IV y el cáncer en los G-III y IV. *Enterococcus* fue aislado con mayor frecuencia en el G-III (36%, $p < 0,001$) y *S. aureus* y los estafilococos coagulasa-negativos (SCN) lo fueron en el G-IV (34,0% y 34,3%, respectivamente, $p < 0,001$). La evolución en el G-II fue mejor, con menor frecuencia de *shock séptico* (SS) ($p = 0,05$), necesidad de cirugía ($p = 0,05$) y mortalidad ($p < 0,001$). No hubo diferencias en el pronóstico entre los demás grupos. En el segundo análisis no hubo diferencias en la presencia de cardiopatía previa y la profilaxis antibiótica entre los dos grupos. Los pacientes del G-A presentaban más comorbilidades: diabetes ($p < 0,001$), inmunosupresión ($p = 0,002$), anemia crónica ($p < 0,001$), insuficiencia renal ($p < 0,001$), cáncer ($p < 0,001$) y enfermedad pulmonar crónica ($p = 0,02$). El inicio agudo fue más común en el G-A (64,4% vs 45,5%, $p = 0,01$). *S. aureus* y SCN fueron aislados más frecuentemente en el G-A, mientras que los estreptococos fueron más comunes en el G-B ($p < 0,001$). En la evolución, los pacientes del G-A desarrollaron SS con más frecuencia (28,3% vs 16,9%, $p = 0,005$) mientras que la proporción de insuficiencia valvular (52,9% vs 64,7%, $p = 0,02$) e insuficiencia cardiaca fue mayor en el G-B. La necesidad de cirugía fue similar ($p = 0,155$) pero la mortalidad fue mayor en el G-A (37,3% vs 25,8%, $p = 0,015$).

Conclusiones: La PE determina en gran medida el pronóstico de la EI. Los pacientes con EI asociada a catéter constituyen un grupo vulnerable con un peor pronóstico.