



## 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.