

Endocarditis nosocomial: un problema creciente. Análisis de casos en un hospital general



Begoña Alcaraz Vidal*, Rocío Rojano Torres, José Antonio Giner Caro, María Jesús del Amor Espín, Roberto Jiménez Sánchez, Rocío Gutiérrez Cívicos, Nazaret Cobos Trigueros, Monserrat Viqueira González, Alejandro Ortín Freire, Amaya Jimeno Almazán

Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

Correo electrónico: begoct@hotmail.com

(B. Alcaraz Vidal).

Justificación: La endocarditis de adquisición nosocomial es una patología de incidencia creciente, debido fundamentalmente al aumento de exploraciones invasivas en pacientes con elevada comorbilidad y cada vez más añosos, siendo su morbilidad superior a la endocarditis de origen comunitario. Nos planteamos conocer cuáles son los factores de riesgo y las características de las endocarditis nosocomiales en nuestro centro.

Objetivo: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de endocarditis de adquisición nosocomial diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) durante el año 2016.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de endocarditis nosocomiales diagnosticadas en nuestro hospital durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Se han analizado las siguientes variables: edad, género, comorbilidad, índice de Charlson, clínica de debut, tiempo promedio de diagnóstico, procedimientos relacionados, válvula afectada, germen responsable, complicaciones/fenómenos embólicos, predictores de mal pronóstico y evolución.

Resultados: En el periodo analizado (1 enero 2016 a 31 diciembre 2016) fueron diagnosticados 3 casos de endocarditis nosocomial (hombre:mujer relación 2:1) de un total de 17 endocarditis en dicho periodo, suponiendo el 17,64% del global. Presentan una edad media de 79 años (rango 73-83). Comorbilidades por orden de frecuencia: insuficiencia cardíaca crónica, EPOC, enfermedad péptica, diabetes mellitus y neoplasia, con un índice de Charlson medio de 5,25 (rango 4-6). La clínica de debut más frecuente fue insuficiencia cardíaca (n=2 [66%]) y sepsis (n=2 [66%]); la fiebre estaba presente en el 100% de los casos, con un periodo medio de tiempo hasta el diagnóstico de 6,25 días (rango 3-8 días). Como procedimientos o causas probablemente asociados al desarrollo de la endocarditis nosocomial se encuentran: lesiones de rascado por eccema, hemicolectomía por neoplasia maligna de colon y un cateterismo. En todos los casos la válvula afectada era nativa mitral, presentando solo un caso lesión previa predisponente: estenosis mitral moderada. Otro de los pacientes era portador de marcapasos, que no se vio afectado. Los gérmenes responsables fueron *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible en 2 casos (66%) y *Staphylococcus epidermidis* en un caso (33%). Solo uno de los casos presentó vegetación de gran tamaño, con insuficiencia valvular significativa. Todos los pacientes presentaron insuficiencia cardíaca como complicación de la endocarditis durante el ingreso, seguido de eventos embólicos en el 66% (cerebral y esplénico) y de insuficiencia renal en el 33%. Presentaban una media de 6,25 predictores de mal pronóstico. Ningún caso requirió tratamiento quirúrgico y la evolución fue favorable en todos ellos.

Conclusiones: La endocarditis nosocomial en nuestro hospital asienta sobre enfermos añosos con elevada comorbilidad. La forma de presentación más frecuente es la sepsis y la insuficiencia cardíaca, con un tiempo medio de diagnóstico inferior a una semana. Los procedimientos asociados o predisponentes con muy variados,

destacando un caso sin intervencionismo previo. Destaca *Staphylococcus aureus* como agente etiológico, con elevada incidencia de eventos embólicos. A pesar de la comorbilidad y de los predictores de mal pronóstico, la evolución es favorable, probablemente debido al diagnóstico y tratamiento precoces.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.026>

Pronóstico de los pacientes que desarrollan complicaciones perivalvulares



M.L. Fernández-Gassó, J.A. Giner-Caro*, J.J. Martínez-Díaz, R. Rojano-Torres, A. Jimeno-Almazán, N. Cobos-Trigueros, R. Rubio Patón, J.C. Bonaque González, R.M. Soto Ruiz, F.G. Clavel Ruipérez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

Correo electrónico: Lucynandez@hotmail.com

(J.A. Giner-Caro).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología de elevada morbilidad que con frecuencia precisa tratamiento quirúrgico precoz, especialmente en los casos que presentan signos de infección localmente incontrolada y desarrollan complicaciones perivalvulares (CPV).

Objetivo: Analizamos los pacientes con EI en nuestra área, centrándonos en los que desarrollaron CPV definidas tal y como se recoge en las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2015 (en su tabla 11), tratando de identificar factores predisponentes y estableciendo su relación con el pronóstico.

Método: Incluimos todos los casos de pacientes hospitalizados de mayo de 2009 a febrero de 2017 por EI confirmada a partir del diagnóstico microbiológico, siempre que dispusiéramos de todos los datos clínicos pertinentes (especialmente, indicación de cirugía, ocurrencia de la misma y evolución hospitalaria).

Resultados: Obtuvimos un total de 52 pacientes, de los cuales 11 desarrollaron CPV, 6 por EI sobre válvula nativa, uno por EI protésica precoz y 4 por EI protésica tardía (en total, 5/11 CPV ocurrieron sobre prótesis [45%], siendo la incidencia de EI sobre prótesis en el grupo sin CPA de solo 5/41 [12%], $p=0,039$). La válvula afectada con mayor frecuencia fue la aórtica aislada (5/11), seguida de la mitral aislada (4/11). 10/11 pacientes desarrollaron una insuficiencia valvular izquierda grave (91%) frente a solo el 12% del grupo sin CPV ($p=0,002$). No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad, sexo y presencia de algunos condicionantes asociados, como diabetes mellitus o insuficiencia renal, aunque la tendencia a presentar CPV fue mayor en las mujeres (8/11 [73%], respecto a 24/41 [58%] en el grupo sin CPV). Respecto al germen implicado, en 4/11 fue un enterococo, en otros 3/11 un estafilococo coagulasa negativo, en otros 3/11 un estreptococo del grupo *viridans* y solo en 1/11 *Staphylococcus aureus*. 9/11 pacientes con CPA precisaron cirugía cardíaca (82%) respecto a 12/41 (29%) del resto ($p=0,002$). La mortalidad hospitalaria fue mayor en el grupo con CPA (5/11 [45%] vs. 7/41 [17%], $p=0,047$).

Conclusiones: Las CPA representan una complicación muy grave con elevada tasa de mortalidad hospitalaria, con necesidad de cirugía precoz. La EI protésica fue el único factor predisponente claro en nuestra serie.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.027>



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es