



1157 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA AÓRTICA BIOLÓGICA QUIRÚRGICA Y PERCUTÁNEA. REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI) DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI)

A. Hernández Belmonte¹, C. Bea Serrano², M.Á. Tejero Delgado³, A. Rodríguez Guardado⁴, A.E. Laffond⁵, F. Boumhir Lendínez⁵, O. Pérez Hernández⁶, A. Artero⁷, I. Lechuga⁸, A. Salinas Botrán⁹, C. Ramírez Baum¹⁰, M.V. Villalba García¹¹, J.M. Ramos Rincón¹² y M. Sánchez Ledesma¹³

¹Hospital Vinalopó Salud. Elche. Alicante. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ⁵Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁶Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁸Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona. ⁹Hospital de Denia. Denia. Alicante. ¹⁰Hospital Valle del Nalón. Langreo. ¹¹Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹²Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ¹³Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Objetivos: El implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) se ha convertido en el tratamiento de elección de los pacientes con estenosis aórtica grave considerados inoperables o con elevado riesgo quirúrgico, con resultados mejores que solo el manejo conservador. Nuestro objetivo es analizar si la endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula aórtica biológica quirúrgica difiere de la EI sobre válvula aórtica percutánea percutánea o TAVI.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los datos obtenidos del registro español de EI que se inició en octubre de 2018 hasta junio de 2021, mediante una plataforma online que cumple los criterios de SEMI de estándares de legalidad y seguridad.

Resultados: Los datos del REEIMI proceden de 22 hospitales españoles e incluyen a 365 pacientes, de los cuales 51 pacientes padecieron una EI sobre válvula aórtica protésica biológica quirúrgica y 7 tuvieron una EI sobre válvula aórtica protésica biológica percutánea. Todos los pacientes con TAVI fueron hombres, no se encontraron diferencias en cuanto a patología previa y el índice de Charlson fue similar en ambos grupos. No hubo diferencias en cuanto a la puerta de entrada ni al desarrollo de fenómenos embólicos, el germen más frecuente en las de origen quirúrgico fueron: *Estafilococo coagulasa negativo* (24%), *Enterococo* (19%), *Estafilococo aureus* meticilin sensible (13,5%) y *Streptococo viridans* (11%), en cambio en las percutáneas fue enterococo (67%) el germen más frecuentemente aislado. Los hallazgos ecocardiográficos fueron muy similares en cuanto a presencia de verrugas en la ecografía transesofágica, las complicaciones por émbolos sépticos fueron algo más frecuentes en las percutáneas (28%) frente al 18% de las quirúrgicas. La mortalidad a los 30 días fue del 25% en las de origen quirúrgico y del 0% en las percutáneas pero sin significación estadística.

Conclusiones: Los datos actuales del registro REEIMI no muestran diferencias entre los diferentes

tipos de prótesis aórticas, pero se precisa la inclusión de más pacientes con válvulas percutáneas para valorar si existen diferencias entre ambos grupos. El aumento de las indicaciones de TAVI incrementará la incidencia de las EI y debido a su elevada morbimortalidad es conveniente mejorar su prevención y manejo clínico.

Bibliografía

1. Sánchez-Ledesma M, Laffond AE, Arias del Peso B, et al. Endocarditis infecciosa sobre TAVI: la necesidad de trabajar en equipo para mejorar los resultados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;38:249.
2. Rodríguez-Vidigal FF, Nogales-Asensio JM, Calvo-Cano A, et al. Endocarditis infecciosa después de TAVI: aportaciones de la experiencia en un único centro sobre la incidencia y los factores asociados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:428-34.