



1106 - DIFERENCIAS CLÍNICAS, MICROBIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS ENTRE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE PRÓTESIS VALVULAR Y SOBRE VÁLVULA NATIVA

Francesco G. Perrone Sissia, Alba Mohedano Sánchez, Sílvia Briansó Caballero, Iker Arce Gómez, Cayetana Echeverría López, Graciano García Pardo, Susana L. García Aguilera y Blanca Fabregat Francés

Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica (EIVP) representa entre el 10-30% de los casos de las EI y tiene una alta mortalidad intrahospitalaria (20-40%). El objetivo de este estudio es comparación características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas entre EIVP y las EI sobre válvula nativa (EIVN).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de casos de EI definitiva o posible según los criterios de Duke modificados durante el período 2012-2021 en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Se recopiló información epidemiológica, clínica, terapéutica y evolutiva. Se separó a los pacientes en dos grupos según si la EI era sobre válvula nativa o protésica. Se utilizaron los test de ji al cuadrado, exacto de Fisher y U de Mann Whitney. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v19.

Resultados: De los 96 pacientes de la muestra que presentaban EI, 28 (29,2%) era sobre una prótesis (15 biológicas y 13 mecánicas; 23 localización aórtica y 5 mitral; 7 precoz y 21 tardía). La EI en válvula nativa fue en 68 p (32 p mitral, 16 p aórtica, 6 p tricuspídea, 3 p aórtica y mitral, 1 p mitral y tricuspídea, 1 p tricuspídea y pulmonar, 1 p aórtica y tricuspídea y 8 sin localización). Fue más frecuente el sexo femenino en la EIVP que en la EIVN (42,9 vs. 22,1%; $p = 0,04$). Sin embargo, la edad al diagnóstico y el índice de Charlson fueron similares. De los antecedentes que se estudiaron (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes *mellitus*, dislipemia, UDVP, demencia, enfermedad cerebrovascular, EPOC, insuficiencia renal, neoplasia), las únicas diferencias se vieron en la fibrilación auricular (FA) y la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) las cuales fueron más frecuentes en la EIVP (42,9 vs. 19,1%, $p = 0,02$, y 42,9 vs. 20,6%, $p = 0,03$, respectivamente). Tampoco hubo diferencias entre la incidencia global de embolismos ni fenómenos inmunológicos. *S. viridans* (35,7%), *S. coagulasa* negativa (28,6%) y *Enterococcus* sp (14,3%) en EIVP, y *S. aureus* (38,3%), *S. viridans* (26,5%) y *Enterococcus* sp (17,6%) en EIVN fueron los aislamientos más frecuentes. Las complicaciones estudiadas (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, *shock* séptico, bloqueo cardíaco), la necesidad cirugía cardíaca y la mortalidad fueron similares en la EIVP y la EIVN. La estancia hospitalaria fue más larga en la EIVP (mediana 47 IQ 16,3-60,5 vs. 18 IQ 12-37,8; $p = 0,01$).

Discusión: Al igual que la bibliografía dentro de nuestra muestra los casos de EIVP se acerca al tercio del total de casos de EI. Es frecuente encontrar FA e ICC en los pacientes como EIVP. Es claro que la EIVP supone una mayor estancia hospitalaria en nuestra serie. Este dato no se puede explicar con una mayor comorbilidad ni con mayor incidencia de complicaciones. Los hallazgos microbiológicos también coinciden con la bibliografía, cobrando protagonismo *S. coagulasa* negativo en las EIVP, y predominando *S. viridans*, probablemente por el alto porcentaje de EIVP tardía. El pronóstico a corto plazo fue similar en los dos grupos de estudio. Una limitación importante es el tamaño de la serie.

Conclusiones: La EIVP tuvo más frecuentemente antecedentes de FA e ICC. La flora bacteriana predominante en la EIVP fue *S. viridans* y *S. coagulasa* negativo, y en la EIVN *S. aureus* y *S. viridans*. Aunque el pronóstico fue similar, la estancia hospitalaria fue mayor en la EIVP.