

con TR se produjo a los 4, 6 y 10 días y en 3 pacientes persistió el deterioro de función renal al alta. No encontramos diferencias significativas entre el grupo 1 y 2 con relación a los EA: complicaciones intracardíacas (5/12 en grupo 1 vs. 8/11 en grupo 2;  $p=0,24$ ), insuficiencia cardíaca (6/12 grupo 1 vs. 5/11 grupo 2;  $p=0,82$ ), embolia SNC (5/12 grupo 1 vs. 5/11 grupo 2,  $p=0,83$ ) y embolia periférica (3/12 grupo 1 vs. 2/11 grupo 2,  $p=0,83$ ). Diecisiete de 23 (73%) pacientes presentaron indicación quirúrgica, con un Euroscore medio del 21% (2,7-54), de los cuales 13 se operaron (sin diferencias entre los grupos 1 y 2). No hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria: 6/23 (4/12 grupo 1 vs. 2/11 grupo 2;  $p=0,41$ ).

**Conclusión:** En nuestra serie el uso de la GT en la EPE no conlleva una disminución de EA ni de la mortalidad y, en cambio, se asocia a TR en un número relevante de casos, por lo que consideramos cuestionable el beneficio de la GT en estos pacientes. El reducido número de pacientes analizados en este estudio no permite generalizar estos resultados. Es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes para confirmar nuestros hallazgos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.038>

### 15. Diferencias en la presentación clínica entre la endocarditis protésica precoz y la tardía, ¿realmente existen?



A. Plata\*, J.M. Reguera, E. Cabrera, J. Ruiz, D. Vinuesa, F.J. Martínez-Marcos, J.M. Lomas, C. Hidalgo-Tenorio, J. de la Torre, A. de Alarcon

Grupo Andaluz para el Estudio de las Infecciones Cardiovasculares (GAEICV-SAEI)

Correo electrónico: [antonio-plata@hotmail.com](mailto:antonio-plata@hotmail.com) (A. Plata).

**Introducción:** La endocarditis protésica precoz (EPP) y la endocarditis protésica tardía (EPT) presentan diferente fisiopatología y etiología, y quisimos conocer si estas diferencias determinaban distintas formas de presentación clínica.

**Material y método:** Cohorte prospectiva multicéntrica de casos consecutivos de endocarditis izquierdas recogidas entre enero de 1985 y diciembre de 2013 en 7 hospitales de Andalucía, donde se analizaron las características clínicas de las endocarditis protésicas.

**Resultados:** Analizamos 367 endocarditis protésicas de las 1.527 endocarditis de la cohorte global (24%); en la duración de las manifestaciones clínicas hasta el diagnóstico no hubo diferencias en ambos grupos (EPP vs. EPT) ni en menos de una semana, ni entre 1-2 semanas ni entre 2-4 semanas, sí la hubo en más de 4 semanas de síntomas a favor de la EPT (19,2 vs. 32,6%;  $p=0,004$ ).

No encontramos diferencias entre la presencia de fiebre, de disnea, de nuevo soplo, cuadro constitucional, manifestaciones del sistema nervioso central (SNC), manifestaciones cutáneas, osteoarticulares u oftálmicas entre ambos tipos de endocarditis. Sí las hubo en cambio en la existencia de esplenomegalia (4,7% EPP; 20,3% EPT;  $p=0,001$ ).

Vimos cómo una endocarditis teóricamente más destructiva por su fisiopatología como es la EPP no presentaba mayor frecuencia de fiebre, disnea o nuevo soplo frente a la tardía. Analizando las manifestaciones clínicas por gérmenes en nuestra serie hubo predominio de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) y *Staphylococcus coagulasa* negativos en la EPP y de *Staphylococcus coagulasa* negativos y *Streptococcus viridans* (*S. viridans*) en la EPT. Si el tiempo de síntomas era menor de una semana era más propio de *S. aureus* (69%,  $p=0,0001$ ) y poco probable un *S. viridans* (14,3%;  $p=0,006$ ) sucediendo lo contrario si la clínica era superior a 4 semanas (más frecuente *S. viridans*, 42,9%;  $p=0,008$ ). En lo referente a la disnea, solo *Staphylococcus* spp. alcanzaba diferencias significativa frente

a otros microorganismos (68%;  $p=0,038$ ) no existiendo en el resto de las manifestaciones diferencias relevantes entre gérmenes salvo la presencia de afectación del SNC que era significativamente más frecuente en *S. aureus* (43,5%;  $p=0,007$ ).

#### Conclusiones:

- Ante una endocarditis protésica con menos de una semana de presentación la probabilidad de *S. aureus* es muy alta.
- Ante un evento en el SNC la presencia de *S. aureus* es muy alta.
- Salvo los ya comentados, no existen otros datos clínicos que nos puedan orientar de manera empírica a la presencia de un microorganismo u otro.
- A pesar de que fisiopatológicamente la EPP y la EPT son diferentes, las diferencias clínicas entre ambas son escasas y generalmente vienen determinadas más por la frecuencia de los microorganismos que la producen que por el tiempo que lleva implantada la válvula.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.039>

### 16. Endocarditis infecciosa en pacientes muy ancianos



C. Armiñanzas<sup>a,\*</sup>, J. Zarauza<sup>b</sup>, E. Bouza<sup>c</sup>, P. Muñoz<sup>c</sup>, V. González Ramallo<sup>c</sup>, M.Á. Goenaga<sup>d</sup>, K. Reviejo<sup>e</sup>, J.M. Pericás<sup>f</sup>, D. Sousa<sup>g</sup>, M. Montejo<sup>h</sup>, A. de Alarcón<sup>i</sup>, J.A. Oteo<sup>j</sup>, J. Gálvez<sup>k</sup>, J.F. Gutiérrez<sup>l</sup>, M.C. Fariñas<sup>a</sup>, el Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España (GAMES)

<sup>a</sup> Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>c</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

<sup>d</sup> Hospital Donosti, San Sebastián

<sup>e</sup> Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián

<sup>f</sup> Hospital Clínic, Barcelona

<sup>g</sup> Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

<sup>h</sup> Hospital de Cruces, Barakaldo

<sup>i</sup> Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

<sup>j</sup> Hospital San Pedro, Logroño

<sup>k</sup> Hospital Virgen Macarena, Sevilla

<sup>l</sup> Servicio de Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Correo electrónico: [carminanzas@humv.es](mailto:carminanzas@humv.es)

(C. Armiñanzas).

**Introducción:** El espectro clínico de la endocarditis infecciosa (EI) se ha modificado los últimos años. A ello contribuye el envejecimiento de la población y las particularidades de los ancianos, con más comorbilidades, ingresos reiterados, procedimientos invasivos y presencia de material protésico. El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes  $\geq 80$  años con EI.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes prospectivo de junio de 2007 a marzo de 2015, dentro de la Cohorte GAMES, que recoge prospectivamente los datos de todos los pacientes ingresados con EI según los criterios de Duke modificados en 39 centros españoles. Se incluyeron todos los pacientes con edad  $\geq 80$  años diagnosticados de EI. Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar. Los pacientes fueron seguidos durante un año. Todos los datos fueron incluidos en SPSS 21.0. Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se emplearon la T de Student o el test de Mann-Whitney y entre variables cualitativas la Chi<sup>2</sup>.