

posible necesidad de tratamiento supresivo y una evidencia limitada en su manejo.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y microbiológicas, tratamiento y evolución de las IDAVI en nuestro centro.

**Método:** Revisión retrospectiva de pacientes adultos con implante de DAVI en nuestro centro entre enero/2014 y mayo/2023 que hayan tenido una infección específica (infección del *driveline*, bolsillo, cánula, bomba) o relacionada con el dispositivo (bacteriemia, mediastinitis, endocarditis).

**Resultados:** De 21 pacientes con implante de DAVI, 7 presentaron una IDAVI: 2 infecciones de *driveline* (una superficial y otra profunda), 2 infecciones de la bomba y 4 bacteriemias (2 de ellas en el mismo paciente). Todos los dispositivos eran tipo HeartWare, salvo un HeartMate III. La mediana de tiempo desde el implante hasta la infección fue de 4.5 meses (2-26 meses). Todos los pacientes, excepto uno, portaban al menos otro dispositivo intracardiaco en el momento de la IDAVI. Los microorganismos aislados fueron mayoritariamente grampositivos (7/9), siendo el más frecuente *Enterococcus faecalis* (3). Los microorganismos gramnegativos solo se aislaron en las infecciones del *driveline*: *Serratia marcescens* (1) y *Pseudomonas aeruginosa* (1). La infección fue polimicrobiana en 1 caso (infección profunda del *driveline*, con aislamiento de *S. aureus* meticilín-resistente y *P. aeruginosa* multirresistente). El resto de microorganismos aislados fueron *Streptococcus* del grupo *viridans* (2) y *S. lutetiensis* (1). Cuatro pacientes recibieron antibioterapia supresiva hasta el trasplante cardíaco (15 días a 6 meses), con curación clínica y microbiológica. En los 3 casos restantes (DAVI como terapia de destino), el dispositivo no fue recambiado: el paciente con infección profunda del *driveline* precisó tres cirugías de desbridamiento sin conseguirse la curación microbiológica y 2 pacientes con bacteriemia recibieron antibioterapia 4-6 semanas sin evidencia de recidiva. Un total de dos pacientes fallecieron por causas no relacionadas con la infección.

**Conclusiones:** Las IDAVI suponen un reto por su complejidad y heterogeneidad. Su manejo no está estandarizado. Nuestra serie aporta información valiosa en nuestro entorno epidemiológico y ofrece una base para un estudio multicéntrico en España.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.004>

### 3-ID: 15

#### ¿Mejora la cirugía cardíaca el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa sobre válvula protésica precoz?

##### Premio a la mejor comunicación oral

D. Alonso-Menchén<sup>1,2,\*</sup>, M. Valerio<sup>1,2,4</sup>, G. Cuerpo<sup>2,3</sup>, H. Rodríguez-Abella<sup>3</sup>, M. Olmedo<sup>1,2</sup>, A. Estévez<sup>1,2</sup>, M. Machado<sup>1,2</sup>, A. Álvarez-Uría<sup>1,2</sup>, E. Bouza<sup>1,2,4,5</sup>, P. Muñoz<sup>1,2,4,5</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

<sup>2</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

<sup>4</sup> Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

<sup>5</sup> CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), Madrid

\*para correspondencia.

**Justificación:** La endocarditis infecciosa sobre válvula protésica (EIVP) es una entidad de abordaje complejo que suele tener indicación de cirugía en más de la mitad de los casos, especialmente

en casos de EIVP complicada o de etiología estafilocócica, y existe evidencia que apunta a un peor pronóstico en los pacientes que no reciben cirugía. Sin embargo, los pacientes con indicación quirúrgica en los que se desestima la misma suponen una situación cada vez más común.

**Objetivo:** Describir la incidencia de EIVP en un hospital terciario de Madrid, comparar los casos de EIVP precoz que reciben cirugía con respecto a los que no reciben tratamiento quirúrgico, y analizar su evolución clínica con tratamiento médico.

**Método:** Estudio observacional que examina los datos de una cohorte prospectiva de endocarditis del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid entre los años 2008 y 2019 (12 años). Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EIVP, definiendo como EIVP precoz aquella que sucede en el primer año desde el implante de la prótesis.

**Resultados:** Se diagnosticaron un total de 671 casos de endocarditis infecciosa durante este periodo, con 237 casos de EIVP. Se identificaron 72 casos (30,4%) de EIVP precoz, de los cuales 39 (54,2%) recibieron tratamiento médico y 33 (45,8%) además tratamiento quirúrgico. Los pacientes manejados médicamente fueron mayores (73 vs. 67 años, respectivamente,  $p=0,03$ ), sin apreciarse diferencias en cuanto a comorbilidades (índice de Charlson 6 vs. 5,  $p=0,09$ ), etiología (12,8 vs. 15,2% casos causados por *S. aureus*,  $p=0,77$ ), complicaciones (bacteriemia persistente 15,4 vs. 12,1%,  $p=0,69$ ; absceso perivalvular 28,2 vs. 39,4%,  $p=0,31$ ) o mortalidad (33,3 vs. 39,4%,  $p=0,59$ ). 61 casos de EIVP precoz (84,7%) tenían indicación quirúrgica. La cirugía se desestimó en 28 casos (45,9%) y se realizó en 33 (54,1%), sin observarse diferencias significativas en el EuroSCORE (26,7 vs. 26) entre ambos grupos. Tampoco en este caso hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria (39,3 vs. 39,4%,  $p=0,99$ ) o al año (48,5 vs. 50%,  $p=0,90$ ). Las razones por las que no recibieron cirugía los 28 casos con indicación quirúrgica fueron: mala situación clínica (14 casos, 50%), dificultad técnica (12, 42,9%) y negativa del paciente (2, 7,1%), de los cuales fallecieron 8 casos (57,1%), 5 (41,7%) y 1 (50%), respectivamente.

**Conclusiones:** La EIVP es una entidad frecuente que ocurrió en el 30% de los casos de forma precoz, con una elevada mortalidad. Según nuestros resultados, en los casos de EIVP precoz donde la cirugía no es imprescindible, el tratamiento médico no es inferior al tratamiento quirúrgico. Es necesario definir las indicaciones en las que la cirugía cardíaca aporte un beneficio en estos pacientes. DAM ha recibido un contrato Río Hortega financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.005>

