Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 996

Revista Española de Cardiología

2. EVENTOS INFECCIOSOS TRAS IMPLANTE DE PRÓTESIS PERCUTÁNEA AÓRTICA: ¿ESTAMOS INFRADIAGNOSTICANDO LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE TAVI?

Olga Cabañas Tendero[1], Alfredo Barrio Rodríguez[1], Laura de la Fuente Blanco[1], Daniel Alejandro Bracho Bracchitta[1], Juan Diego Oviedo Rodríguez[1], Beatriz de Tapia Majado[1], Mónica García Monsalvo[1], Milena Antúnez Ballesteros[1], Cristina Álvarez Martínez[1], Lucia Moreno de Redrojo Cortes[1], María Sánchez Ledesma[1], Sara Alonso Melendez[1], Miryam González Cebrián[1], María Sánchez Ledesma[2] y Pedro Luis Sánchez Fernández[1]

[1]Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y [2]Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El aumento de las indicaciones de las prótesis percutáneas aórticas (TAVI) y su potencial expansión en los próximos años supone un desafío. Es fundamental conocer las posibles complicaciones asociadas a esta terapia y su prevalencia, siendo la endocarditis infecciosa (EI) una de las complicaciones que mayor morbimortalidad asocian. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de EI sobre TAVI implantadas en un centro de tercer nivel, así como caracterizar el diagnóstico de los procesos infecciosos tras el implante.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico. Se incluyeron todos los implantes de TAVI realizados en los años 2021 y 2022, recogiendo variables clínicas, características del implante, y complicaciones durante el ingreso. Tras el alta hospitalaria, y hasta abril de 2023, se recogieron todos los contactos sanitarios (atención primaria y hospitalaria), por procesos infecciosos, los estudios microbiológicos, la antibioterapia recibida, y el estudio realizado dirigido a descartar EI.

Resultados: En una cohorte de 273 pacientes, se presentaron 89 episodios febriles, 32 (11,7%) durante el ingreso tras el implante. Tras el alta, consultaron por fiebre en urgencias hospitalarias 24 (8,9%) pacientes, y 33 (12,1%) acudieron a atención primaria por este motivo. Dentro de este subgrupo, 15 (28,8%) presentaron hemocultivos positivos (siendo germen predominante cocos gram positivos), realizando ecocardiograma transtorácico en 14 (93,3%), y transesofágico solo en 7 (46,7%). Se completó estudio con PET-TAC en 2 (13,3%) casos. La prevalencia de endocarditis en esta cohorte fue de 0,36%. En el análisis univariante, se relacionaron con eventos infecciosos los días de estancia hospitalaria (p 0,001), la situación inestable previa al implante (p 0,001), y ser portador de un catéter venoso central (p 0,001).

Características basales, del ingreso y evolución

Características basales

Situación al ingreso

Características		Características	
Edad, media ± DE	81 ± 6,76%	FEVI (%), media ± DE	56 ± 12%
Sexo varón, n (%)	151 (55,3%)	Estenosis aórtica grave	182 (66,7%)
		Insuficiencia aórtica grave	8 (2,9%)
Factores de riesgo CV, n (%)		Doble lesión aórtica	75 (27,5%)
Hipertensión	205 (75,4%)	Situación clínica, n (%)	
Dislipemia	168 (61,5%)	Implante programado	187 (68,5%)
Diabetes mellitus	92 (33,7%)	Implante con patología leve	56 (20,5%)
Fumador	55 (20,1%)	Implante con patología grave	29 (10,6%)
Comorbilidades, n (%)		Sospecha de infección previa al implante	31 (11,4%)
Arteriopatía periférica	35 (12,8%)	Catéter venoso central previo	14 (5,1%)
Enfermedad renal crónica	90 (33%)	Portador dispositivo estimulación	22 (8,1%)
Enfermedad neurológica	39 (14,3%)		
Enfermedad neumológica	64 (23,4%)		
Características y resultados del implante		Eventos infecciosos posimplante	
Indicación, n (%)		Procesos febriles, n (%)	
Estenosis aórtica grave	182 (66,7%)	Fiebre posimplante	32 (11,7%)
Insuficiencia aórtica grave	8 (2,9%)	Episodio fiebre en SUH	24 (8,9%)

Doble lesión aórtica	75 (27,5%)	Episodio fiebre en MAP	33 (12,1%)
Características implante, n (%)		Estudio microbiológico, n (%)	
Profilaxis antibiótica	273 (100%)	HC	52 (96,3%)
Predilatación	170 (62,3%)	HC positivos	15 (28,8%)
Vía de implante, n (%)		Serologías	0 (0%)
Acceso femoral	251 (91,9%)	Estudio de imagen, n (%)	
Acceso subclavio	19 (7%)	ETT	14 (93,3%)
Acceso transcava	3 (1,1%)	ETE	7 (46,7%)
Insuficiencia periprotésica residual, n (%)		PET-TAC	2 (13,3%)
Leve	135 (67,8%)	Endocarditis, n (%)	2 (0,73%)
Moderada	57 (28,6%)	Sobre TAVI	1 (50%)
Grave	7 (3,5%)	En paciente portador TAVI	1 (50%)
Fallecimiento durante implante, n (%)	5 (1,8%)	Evolución final (%)	
Días de ingreso, media ± DE	10 ± 10,32	Muerte	12 (4,4%)
Días de ingreso UCIC	4 ± 4,29	Muerte de causa cardiovascular	6 (2,2%)
		MACE, n (%)	
		Ictus	13 (4,8%)

IAM	1 (0,4%)
Ingreso por descompensación de IC	14 (5,1%)

UCIC: Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SUH: Servicio de Urgencias; MAP: médico de Atención Primaria. HC: hemocultivos; ETT: ecocardiograma transtorácico; ETE: ecocardiograma transesofágico. MACE: evento cardiovascular mayor; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Los procesos infecciosos en pacientes portadores de TAVI son frecuentes, los resultados de esta revisión sugieren un infraestudio de los procesos febriles con aislamiento microbiológico. Por lo tanto, debemos disminuir el umbral de nuestra sospecha diagnóstica, para asegurar un adecuado estudio de patologías potencialmente letales como la EI. En pacientes clínicamente inestables, deberemos extremar las medidas de control de infecciones nosocomiales. Los aislamientos microbiológicos avalan una adecuada cobertura de la profilaxis antibiótica empleada.