



<https://www.revclinesp.es>

## I-206 - EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A EI Y LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE UN HOSPITAL 2º NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA

A. Peláez Ballesta<sup>1</sup>, C. Peláez Ballesta<sup>1</sup>, M. Esteban Garrido<sup>1</sup>, I. Fernández Romero<sup>1</sup>, M. Álvarez Óspina<sup>2</sup>, C. Toledo Campillo<sup>1</sup> y R. Mateo Paredes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de las complicaciones relacionadas con la EI y la necesidad de tratamiento quirúrgico en un cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa (EI).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional de la cohorte de pacientes con diagnóstico de EI, desde enero de 2000 a diciembre de 2017, a través de las historia clínica en papel y electrónica, se registran variables demográficas, complicaciones desarrolladas durante su estancia hospitalaria, y necesidad de tratamiento quirúrgico. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS.

**Resultados:** Se analizan un total de 101 pacientes con diagnóstico de EI según criterios de Duke modificados. En referente a las complicaciones que se presentaron en los pacientes durante su ingreso, el 52,4% cumplía criterios de sepsis y el 46,5% datos de shock séptico. El 51,4% desarrolló insuficiencia renal (1,9% por glomerulonefritis secundaria a EI). El 18,8% de los pacientes presentaron embolias sistémicas, sin ningún evento de embolia recurrente; distribuyéndose de la siguiente forma: 36,8% esplénico, 21,1% pulmonar, 21,1% ósea, 10,5% renales y 10,5% embolias vasculares. A nivel de sistema nervioso central en un 16,8% se presentaron eventos: un 16,7% embolia (1,9% embolia con hemorragia asociada, sin hemorragia intracranial y el 1,9% con datos de encefalopatía sin lesión estructural). En conjunto la mayoría de las lesiones fueron aisladas (11,8%) y en el resto de pacientes las lesiones fueron múltiples con 2, 3 o más de 3 localizaciones. La infección se diseminó en el 11,9% de los pacientes, siendo lo más frecuente la diseminación como osteomielitis (3,9%), artritis séptica (3,9%), el foco pulmonar (2,9%), abscesos cutáneos (1,9%), y abscesos renales (1,9%). Sin hallazgos en ninguno de ellos de aneurismas micóticos. Secundario a las complicaciones precisaron apoyo con medidas invasivas tales como: aporte de drogas vasoactivas el 36,6% y ventilación mecánica el 22,7%. Del total de los pacientes, en un 34,6% tenían indicación de cirugía, puesto que presentaban en el 84% fallo cardiaco, el 52% tenían infecciones por microorganismo agresivos, el 28% presentaban invasión miocárdica, en un 24% seguían con sepsis refractaria a pesar de tratamiento, en un 16% EI protésica tardía, en un 8% EI protésica precoz, en el 8% embolias sistémicas de repetición, y en un 4% recidiva de EI, siendo intervenidos el 71,4% de los que presentaban indicación.

**Discusión:** Alrededor del 50% de los pacientes evolucionaron a sepsis y shock séptico, con desarrollo de insuficiencia renal, y embolización en el 18% con diseminación séptica en el 12%. Las principales indicaciones para la realización de cirugía fueron el fallo cardiaco, la destrucción valvular por

microorganismos agresivos y la falta de respuesta a tratamiento antibiótico dirigido.

*Conclusiones:* La morbimortalidad asociada a la EI está asociada a las complicaciones secundarias de la misma tal como fracaso renal, shock séptico y embolización sistémica, tal y como se presenta en nuestra cohorte. Dichas complicaciones derivaran en fallo cardiaco asociado en parte a la destrucción valvular tanto por microorganismos agresivos como por mal manejo antibiótico y con ellos la necesidad de cirugía.