



<https://www.revclinesp.es>

I-214 - EVALUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA Y COMPLICACIONES SECUNDARIAS

A. Peláez Ballesta¹, C. Peláez Ballesta¹, M. Esteban Garrido¹, I. Fernández Romero¹, M. Álvarez Óspina², C. Toledo Campillo¹, R. Mateo Paredes¹ y E. Mené Fenor¹

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

Resumen

Objetivos: Analizar la indicación de cirugía cardiaca en pacientes con Endocarditis infecciosa (EI), y los resultados obtenidos de la misma, de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa atendidos en un hospital de 2º nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de la cohorte de pacientes con diagnóstico al alta de Endocarditis infecciosa (EI), desde enero de 2000 a diciembre de 2017, a través de las historia clínica en papel y electrónica, se registran variables demográficas, indicación de cirugía, realización de la misma, Euroscore, tipo de cirugía, resultado de cirugía. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se revisaron un total de 101 casos de EI según criterios diagnósticos de Duke modificados. 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 agresivo, 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. De dichos pacientes, solo el 80% fue valorado por el servicio de Cirugía Cardiaca, presentando en el 51,4% de los mismos, un riesgo quirúrgico elevado (con 6 puntos según la escala de Euroscore). Fueron intervenidos el 71,4%. Con respecto al tiempo de intervención, en el 24% se sometieron a cirugía cardiovascular de emergencia, un 48% a urgente, y un 28% demorada. Con respecto a los hallazgos quirúrgicos, el 96% tenían evidencia macroscópica de afectación endocárdica, y se realizó cultivos de las válvulas resecadas en el 80% de los casos, de los cuales 60% fueron positivos. En referente al tipo de cirugía, en el 96% de los casos se realiza recambio valvular (28% con implante de prótesis biológica y 72% prótesis mecánicas), solo en uno (4%) de los 3 de los casos de infección de cable de marcapasos/DAI se procedió a su retirada. Con respecto a las complicaciones tras la realización de la cirugía: se presentó fracaso hemodinámico en el 16%, fracaso renal en el 12%, ictus isquémico en el 4% e infecciones nosocomiales (4% sepsis asociadas a catéter vascular; 2% neumonías). Del total de pacientes con indicación quirúrgica, fallecieron 35 pacientes (34,6%), de los cuales 5 (14,2%) precisaron de intervención quirúrgica. Con respecto a la mortalidad por subgrupos de pacientes, en los pacientes sin indicación de cirugía fue del 36,3%, con indicación de cirugía cardiovascular e intervención realizada fue del 20% y entre los que tenían indicación pero no se realizó del 60%, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre el grupo de pacientes con indicación de cirugía y realizada y los pacientes con indicación de cirugía y no realizada ($p = 0,05$).

Discusión: Con respecto a otras series publicadas en la literatura, destaca como la mortalidad es mayor en los pacientes no operados pero que cumplían criterios de indicación quirúrgica no siendo aceptados por parte de cirugía cardiaca para la misma, en comparación con los que finalmente fueron operados.

Conclusiones: La demora al no disponer de cirugía cardiaca en nuestro hospital, dificultando la consulta y valoración por parte de cirugía cardiaca conlleva un aumento de mortalidad en el mismo, así como precisando cirugía urgente en casi el 50%. Es de vital importancia un equipo multidisciplinar en el que se disponga de una mejor comunicación con el servicio de cirugía cardiaca para evitar las complicaciones del retraso de la misma.