



I-241 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA VALVULAR: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE SE OPERAN Y LOS QUE NO?

M. Santos Peña¹, A. Camean Castillo¹ y S. López Cárdenas²

¹Medicina Interna, ²Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Descripción de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Jerez con endocarditis infecciosa (EI) valvular en el periodo de junio de 2014 a junio de 2019.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se consultan historias clínicas digitales de pacientes con EI valvular, se excluyen endocarditis asociada a cable de marcapasos. Las variables se comparan en el grupo de pacientes intervenidos con el de pacientes no intervenidos. Los datos se analizan con SPSS v24.

Resultados: Se presentan en las tablas y figura.

N=19	CRUDO	CIRUGIA (n=7)	NO CIRUGIA (n=12)	p
EDAD MEDIA	65 (desviación típica 14)	70 [IC 95% 63-77]	62 [IC 95% 52-72]	0,251
SEXO				0,210
• Mujeres	9 (47%)	2 (30%)	7 (58%)	
• Hombres	10 (53%)	5 (72%)	5 (42%)	
VALVULA				0,435
• Aortica	6 (32%)	2 (29%)	4 (33%)	
• Mitral	8 (42%)	2 (29%)	6 (50%)	
• <u>Mitroaórtica</u>	5 (26%)	3 (42%)	2 (17%)	
VALVULA				0,120
• Protésica	7 (37%)	1 (14%)	6 (50%)	
• Nativa	12 (63%)	6 (86%)	6 (50%)	
SHOCK	6 (32%)	2 (29%)	4 (33%)	0,829
VEGETACIONES	16 (84%)	7 (100%)	9 (75%)	0,149
INSUFICIENCIA CARDÍACA	13 (69%)	7 (100%)	6 (50%)	0,024
MORTALIDAD 1 MES				0,829
• SI	6 (32%)	2 (29%)	4 (33%)	
• NO	13 (68%)	5 (71%)	8 (67%)	

n=19	CRUDO	MORTALIDAD AL MES	p
SHOCK	6 (32%)	5 (83%)	0,001
INSUFICIENCIA CARDÍACA	13 (69%)	5 (83%)	0,342
VEGETACIONES	16 (84%)	6 (100%)	0,200

Relación entre presencia de shock, insuficiencia cardíaca y vegetaciones en relación a la mortalidad al mes.



Discusión: Como limitación fundamental tenemos el escaso número de pacientes incluidos condicionando que difícilmente obtengamos resultados estadísticamente significativos. La presencia de insuficiencia cardíaca se estableció en todos los pacientes del grupo de cirugía mientras que solo en la mitad en los que no se realizó, probablemente este condicionante fue uno de los principales para decidir la cirugía. Sin embargo la mortalidad en ambos grupos es similar. Nuestro hospital es de segundo nivel por lo que los pacientes tienen que ser trasladados al hospital de referencia para cirugía cardíaca. La relación entre presencia de shock y mortalidad sugiere la necesidad de identificar precozmente esta entidad en pacientes con shock para trasladarlos urgentemente al hospital de referencia para cirugía. A la hora de cubrir de forma empírica dada la prevalencia de bacterias grampositivas nunca podríamos olvidarnos de ajustar antibioterapia para estos microorganismos.

Conclusiones: Los microorganismos más frecuentes fueron los grampositivos. En nuestra muestra, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad de pacientes sometidos a cirugía y los que no. La insuficiencia cardíaca se presenta con frecuencia en pacientes con endocarditis, sin relacionarse con la mortalidad del proceso. Los pacientes con shock con sospecha de endocarditis se podrían beneficiar de un traslado precoz al hospital de referencia ya que son los que se benefician de cirugía precoz en unidades de referencia.

Bibliografía

1. Hase R, Otsuka Y, Yoshida K, Hosokawa N. Profile of infective endocarditis at a tertiary-care hospital in Japan over a 14-year period: characteristics, outcome and predictors for in-hospital mortality. Int J Infect Dis. 2015;33:62-6.