



660 - INDICACIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA. REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI) DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI-SEMI)

Fátima Boumhir¹, Juan Cantón de Seoane², Carlos Bea Serrano³, Adriana Hernández belmonte⁴, David Puertas Miranda⁵, Josep Cucurull Canosa⁶, M^a de Los Ángeles Tejero delgado⁷, Azucena Rodríguez Guardado⁸, Ana Elvira Laffond⁵, Arturo Artero⁹, Onán Pérez Hernández¹⁰, Pablo ortiz de Urbina Fernández¹¹, Javier de la Fuente Aguado¹² y María Sánchez ledesma⁵

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España. ³Hospital Universitario Clínico de Valencia, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario Vinalopó, Alicante, España. ⁵Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ⁶Hospital de Figueres, Girona, España. ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁸Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España. ⁹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ¹⁰Hospital Universitario Canarias, Tenerife, España. ¹¹Complejo Asistencial de León, León, España. ¹²Hospital Povisa, Vigo, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es analizar los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) del Registro Español de Endocarditis Infecciosa en Medicina Interna (REEIMI) que han sometidos a intervención quirúrgica y se evalúa el cumplimiento de los criterios de intervención para EI en estructuras cardíacas derechas o EI estructuras cardíacas izquierdas de acuerdo a las guías clínicas. En segundo lugar se evalúa el tiempo hasta la cirugía, y si se cumplen las indicaciones de cirugía de emergencia o urgencia.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los datos incluidos en el REEIMI desde octubre 2018 hasta junio 2023. Dichos datos provienen de una plataforma online con cumplimiento de los criterios SEMI de estándares de legalidad y seguridad. Se analizan los criterios de intervención, las características de los pacientes intervenido y el tiempo hasta su realización.

Resultados: De los 656 pacientes analizados se intervinieron quirúrgicamente 268 pacientes (40,9%) y el tiempo de media desde el ingreso hasta la intervención fue de $15,87 \pm 29,60$ días, estando la mediana en 10 días. De los 268 intervenidos presentaban criterios de EI izquierda urgente el 70,5% (n = 189), seguido del 17,9% con criterios de emergencia y no teniendo criterios el 9,3% siendo electiva en el resto. El 97% (n = 260) no cumplía criterios de intervención por EI derecha. De los criterios para intervención por EI izquierda, 128 pacientes (47,8%) presentaron edema agudo de pulmón, 65 (24,3%) por infección local no controlada, 28 (10,4%) por hemocultivos persistentemente positivos y 6 (2,2%) por hongos o microorganismos multirresistentes. Cumplían criterios en relación al tamaño de la lesión o sus complicaciones: 71 pacientes (26,5%) por vegetaciones > 10 mm y eventos embólicos, 90 (30,6%) por vegetaciones > 10 mm y valvulopatía grave, 38 pacientes (14,2%) por vegetación > 15 mm y 12 (4,5%) por vegetación > 30 mm. En relación a la indicación de cirugía

por EI derecha 8 pacientes fueron intervenidos: 2 paciente (0,7%) por bacteriemia persistente, 2 (0,7%) por vegetación tricuspídea > 20 mm + eventos embólicos, 3 (1,1%) por insuficiencia tricuspídea grave y 1 (0,4%) por microorganismo de difícil erradicación. Destacando una mortalidad a los 30 días del 21,6% (n = 135), siendo en el 82,4% de los casos secundarias a la EI.

Conclusiones: En el presente estudio obtenemos una elevada proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente siendo el EAP la principal indicación quirúrgica, seguido de la ausencia de control de la infección y la difícil erradicación de microorganismos multirresistentes. Destaca el incumplimiento de los criterios de tiempo establecidos por las guías clínicas, en probable relación al retraso en el diagnóstico de esta patología con elevada morbimortalidad.