



6041-556. ENDOCARDITIS AGUDA. IMPACTO DE LA CIRUGÍA

Carlos Ferrera¹, Isidre Vilacosta¹, Cristina Fernández Pérez¹, Luis Carlos Maroto Castellanos¹, David Vivas Balcones¹, Carmen Olmos Blanco¹, Cristina Sarriá Cepeda² y José Alberto San Román Calvar³ del ¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid y ³Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Objetivos: La endocarditis de inicio agudo (Eia) constituye una urgencia que requiere rapidez y precisión en la toma de decisiones. El momento de remitir al paciente a cirugía no está bien establecido. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes con Eia, su evolución y pronóstico con vistas a determinar el mejor tratamiento.

Métodos: Analizamos 912 episodios de endocarditis izquierda, recogidos de forma prospectiva y consecutiva desde 1996 hasta 2013 en 3 hospitales de referencia. Se clasificaron en 2 grupos según su forma de presentación: Grupo I (n = 418), episodios de Eia; Grupo II (n = 494), episodios con presentación no aguda. Se definió el inicio agudo como tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso inferior a 15 días, o hasta el diagnóstico en aquellos pacientes previamente ingresados.

Resultados: La edad y el sexo fueron similares en ambos grupos. El origen nosocomial (p 0,001) y la afectación protésica (p = 0,007) fue más frecuente en el Grupo I. No hubo diferencia significativa en las comorbilidades entre los grupos. Al ingreso, los pacientes con Eia presentaron más insuficiencia renal (23% vs 14,2%, p = 0,001), embolias al SNC (p = 0,017) y *shock* séptico (10,8% vs 2%, p 0,001), mientras que los del Grupo II mostraron más insuficiencia cardiaca (36,1% vs 44,5%, p = 0,002). *S. aureus* predominó en los episodios del Grupo I (26,6% vs 6,9%, p 0,001), mientras que *S. bovis* (p = 0,003), *S. viridans* (p 0,001) y *enterococcus* sp (p = 0,001), fueron más frecuentes en el Grupo II. La presencia de vegetaciones y complicaciones perianulares fue similar entre los grupos, mientras que hubo mayor incidencia de insuficiencia valvular en el Grupo II (p 0,001). Durante el ingreso, los pacientes con Eia evolucionaron a *shock* séptico con mayor frecuencia (12,2% vs 6,7%, p = 0,004). La proporción de pacientes operados fue mayor en el Grupo II (50,5% vs 63,4%, p 0,001) sin diferencias en la demora hasta la cirugía. La mortalidad fue muy superior en el grupo con Eia (38,1% vs 26,8%, p 0,001). Analizamos el impacto del tratamiento quirúrgico en nuestra población (tabla).

| Impacto de la cirugía en los pacientes con EI según su forma de presentación | | | |
|--|-------------|-----------------|-------|
| Grupos | Tratamiento | Mortalidad% (n) | p |
| Inicio agudo (Grupo I) | Cirugía | 56,3% (18) | 0,006 |

| | | | |
|--|------------|------------|-------|
| No cirugía | 94,3% (50) | | |
| No inicio agudo (Grupo II) | Cirugía | 24,5% (72) | 0,147 |
| | No cirugía | 30,6% (53) | |
| Cohorte de pacientes con Shock séptico | | | |
| Inicio agudo (Grupo I) | Cirugía | 56,3% (18) | 0,001 |
| | No cirugía | 94,3% (50) | |

Conclusiones: Los pacientes con Eia presentan un peor pronóstico. La cirugía reduce la mortalidad en este grupo de pacientes incluso en los que desarrollan *shock* séptico. El tratamiento quirúrgico precoz podría evitar el desarrollo de complicaciones que transformen el riesgo quirúrgico en inasumible.