

vular cardíaca, aneurisma aórtico, fiebre (aunque esta puede estar ausente) o fiebre prolongada y alteraciones neurológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.029>

Experiencia en nuestro centro de endocarditis infecciosa aguda en pacientes cirróticos



P. Salvá^{a,*}, L. Vidal^b, M.A. Ribas^a,
J.I. Sáez de Ibarra^b, P. Pericàs^c, D. Padrol^b,
O. Caldés^c, E. Ruiz de Gopegui^d, J.P. Martín^e,
M. Riera^a

^a Servicio de Medicina interna, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^d Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^e Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital

Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

Correo electrónico: salvadagosto@gmail.com

(P. Salvá).

Justificación: La endocarditis infecciosa aguda (EIA) en pacientes cirróticos presenta un reto terapéutico por la elevada frecuencia de complicaciones, los riesgos de una intervención quirúrgica cuando está indicada y la mortalidad. Revisamos de forma retrospectiva los casos de endocarditis en pacientes cirróticos de nuestro centro.

Objetivo: Describir los rasgos epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y complicaciones asociadas a las EIA en paciente cirróticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye adultos mayores de 18 años que ingresaron por EIA y con antecedente de cirrosis en el Hospital Universitario de Son Espases entre enero de 2005 y junio de 2017. Se incluyeron pacientes a partir de datos de codificación del hospital, cruzando cirrosis y EIA. No ha sido posible disponer de los datos de enero a junio de 2016.

Resultados: Fueron incluidos 26 pacientes (p) que cumplían las características previas, 22 eran hombres (84,7%), con una media de edad de 49,7 años (DE 13,84). Los factores de riesgo cardiovascular fueron poco frecuentes: 15,3% hipertensión, 8% dislipemia y 8% diabetes. El 4% eran broncopatía crónica y el 11,5%, enfermedad renal crónica. Diez p (38,5%) eran adictos a drogas por vía parenteral, 6 en el periodo 2005-2010 y 3 en el periodo 2011-2017. El grado de cirrosis fue: 12 p (46,1%) tenían Child A, 6 p (23%) Child B y 2 p (8%) Child C (en 4 p no se pudo calcular por falta de datos). La válvula afectada con más frecuencia fue la aórtica, en 10 p (76,9%), seguida de la tricúspide en 7 p (26,9%) y la mitral en 5 p (19,2%), en clara relación con el tipo de paciente. El microorganismo más frecuentemente aislado fue el *S. aureus* (50%), seguido del estreptococo (7,8%), enterococo (2,6%), estreptococo coagulasa negativo (2,6%), hongos (2,6%) y otros (11,5%). Se intervinieron quirúrgicamente 3 p (11,5%): 2 por insuficiencia cardíaca izquierda aguda y uno por embolias, con el 100% de supervivencia.

Presentaron complicaciones 16 p (61,5%), de las cuales el 37,5% fueron cardíacas, el 18,8% hepáticas y el 43,8%, otros. Hubo 7 fallecimientos (26,9%) durante el ingreso: 6 (85,7%) secundarios a endocarditis y uno por su hepatopatía de base.

Reingresaron 11 p (42,3%), de los cuales 5 p (45,5%) por causa cardíaca, 3 p (27,3%) por descompensación de la cirrosis y 3 p (27,3%) por otras causas. Al cierre del estudio (30 de mayo de 2017) el 53,8% habían fallecido.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes con cirrosis y EIA predominaron hombres de mediana edad, Child A y con baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La válvula más afectada fue la aórtica y por *S. aureus*, especialmente antes del 2010. Casi la mitad presentaron complicaciones y un tercio falleció durante el ingreso. Tres p fueron intervenidos con éxito.

Menos de la mitad reingresaron en su mayoría por causa cardíaca.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.030>

Reparación vs sustitución valvular mitral en endocarditis infecciosa aguda. Experiencia de nuestro centro



L. Vidal^{a,*}, D. Padrol^a, P. Salvà^b,
E. Ruiz de Gopegui^c, R. Tarrío^a, F. Enriquez^a,
P. Pericàs^d, M.A. Ribas^b, M. Riera^b,
J.I. Sáez de Ibarra^a

^a Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España

Correo electrónico: lvidalbonet@gmail.com

(L. Vidal).

Justificación: La reparación valvular mitral (RM) es el *gold estándar* para tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral, frente a la sustitución valvular (SM), pero cuando la etiología es endocarditis infecciosa aguda (EIA), ya no está tan claro.

Objetivo: Comparar los resultados de la reparación vs sustitución mitral en todos los casos de EIA mitral intervenidos en nuestro centro, tanto a corto como a largo plazo.

Método: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos por EIA con afectación mitral desde 2002, basándonos en la base de datos del Servicio de Cirugía Cardíaca. El seguimiento se ha realizado de forma telefónica.

Las variables cuantitativas se han expresado como mediana. La comparación se ha realizado con la F de Fisher y la U de Mann-Whitney. La supervivencia, con el test de log-rank.

Resultados: Se intervino a 40 pacientes (p) por EIA mitral: a 12 p (30%) se les realizó RM y a 28 p SM (70%).

No hubo diferencias en los datos demográficos entre ambos grupos, siendo el 62,5% hombres, con edad media de 54,8 años en RM y 60,5 años en SM, 60% hipertensos, 32,5% diabéticos, 20% con arteriopatía, 10% con EPOC y el 52,5% tenían algún grado de insuficiencia renal en el momento de la intervención.

Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, el grupo de RM destaca por tener un EuroSCORE mayor: Logístico (33,8 vs 25,4, $p=0,27$), EuroScore2 (15,1 vs 10, $p=0,31$), un mayor tiempo de CEC (153 vs 129 min, $p=0,44$) y tiempo de pinzamiento (129 vs 114 min, $p=0,44$), pero menor tiempo de intubación (12 vs 19 h, $p=0,76$), menor fallo renal (8% vs 28%, $p=0,22$) y menor estancia en UCI (6 vs 9 días, $p=0,36$).

No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria (16,6% vs 14,3%, $p=1$).

La supervivencia ha sido del 76% al primer año, del 61% a los 5 años y del 53% a los 12 años.

El principal predictor de mortalidad en el seguimiento es la endocarditis por *Staphylococcus* ($p=0,0004$).

En el seguimiento solo hubo una nueva endocarditis en un paciente con SM y 4 reintervenciones: 1 p en el grupo de RM por

fallo de anillo y 3 p en el grupo de SM (uno por re-endocarditis y 2 por hemólisis), $p=0,77$.

Conclusiones: Los pacientes a los que se les realiza una RM tienen tendencia a una mejor evolución postoperatoria. La supervivencia a largo plazo tanto de la RM como de la SM con muy buenas y son comparables. El principal predictor de mortalidad es el microorganismo causante de la EIA.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.031>

Resultados del manejo multidisciplinar de la endocarditis infecciosa en un hospital terciario



J. Gálvez-Acebal^{a,d,*}, L.E. López-Cortés^{a,d},
M. Almendro^a, R. Calvo Jambrina^b, I. Mendez^b,
O. Arají^c, I. Morales^a, J.M. Barquero^c

^a Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^c Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^d IBIS / Universidad de Sevilla, Sevilla, España
Correo electrónico: jga@us.es (J. Gálvez-Acebal).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad compleja con elevada morbilidad. El abordaje multidisciplinar se ha mostrado eficaz, y así lo recomiendan actualmente las guías de expertos, aunque los trabajos publicados son escasos.

Objetivo: Analizar la influencia de la intervención de un equipo multidisciplinar en el manejo de la EI.

Método: Estudio de cohortes de las EI tratadas consecutivamente en un centro hospitalario terciario entre los años 1996 y 2016. Se compararon diferentes variables entre dos periodos. A partir del año 2008 se establecieron reuniones periódicas con la participación de cardiólogos, cirujanos cardíacos e infectólogos, en la que se consensuaron intervenciones basadas en el diagnóstico microbiológico y ecocardiográfico, la selección del tratamiento antibiótico más adecuado, así como la valoración de la indicación y momento del tratamiento quirúrgico. Igualmente se estableció un sistema de comunicación directo para planificar los traslados desde otros centros. En 2013 se inició un programa de tratamiento antibiótico domiciliario.

Resultados: Se incluyeron 283 episodios: 127 del primer periodo y 156 en el segundo. En el segundo periodo se incrementó tanto la edad media (56,7 vs 64,5 años, $p<0,001$) como la comorbilidad de los pacientes (índice de Charlson medio 1,0 vs 2,2; $p<0,001$). No hubo diferencias significativas en el tipo de endocarditis, salvo en un incremento de casos relacionados con dispositivos en el segundo periodo. *Staphylococcus epidermidis* fue el microorganismo más frecuente en el primer periodo y *Staphylococcus aureus* en el segundo periodo. El número de casos sin diagnóstico etiológico disminuyó en el segundo periodo (7,1% vs 4,5%, $p=0,346$). Se incrementaron los estudios ecocardiográficos transesofágicos (61,4% vs 76,3%, $p=0,007$). La frecuencia de complicaciones fue similar en ambos periodos, excepto en una disminución de insuficiencia cardíaca grave (48,8% vs 33,8%) y un aumento de las complicaciones perianulares (14,3% vs 23,7%; $p=0,05$). El tratamiento quirúrgico se indicó con una frecuencia similar en ambos periodos (64,6% vs 57,4%, $p=0,227$) aunque se intervinieron menos pacientes en el segundo (52,8% vs 37,8%; $p=0,012$). En el último periodo se inició el programa de tratamientos ambulatorios (0 vs 34%). Hubo una reducción significativa de la mortalidad intrahospitalaria (39,4% vs 22,4%; $p=0,002$) así como una disminución en la estancia media hospitalaria ($41,2 \pm 21,2$ vs $35,4 \pm 21,1$ días; $p=0,07$). En el análisis multivariante de los factores relacionados con la mortalidad, el

segundo periodo tuvo un efecto protector (OR: 0,38; IC95%: 0,21-0,70; $p=0,002$).

Conclusiones: La instauración de diferentes medidas diagnósticas y terapéuticas por un equipo multidisciplinar influyó favorablemente en la precisión diagnóstica y en el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa en nuestro hospital.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.032>

Tratamiento antimicrobiano secuencial de la mediastinitis post cirugía cardíaca



J.E. Lujan Valencia^a, L.E. López Cortes^{b,*},
R. Calvo Jambrina^a, J.M. Barquero Aroca^c,
J. Galvez Acebal^b

^a Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Correo electrónico: edu.luv@hotmail.com (L.E. López Cortes).

Justificación: La mediastinitis es una complicación mayor de la cirugía cardíaca, altamente compleja, que afecta tejidos blandos, hueso, mediastino y biomateriales. Actualmente no están bien establecidas las pautas de tratamiento antimicrobiano y existe muy poca experiencia en el tratamiento secuencial.

Objetivo: Describir la influencia del tratamiento antimicrobiano secuencial (TAS) en la evolución de los pacientes con mediastinitis relacionadas con cirugía cardíaca.

Método: Estudio observacional de pacientes con mediastinitis tratados en un centro terciario con cirugía cardíaca entre los años 2002-2016 y diagnosticados según criterios del CDC. Todos los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano intravenoso. El TAS con paso de la vía intravenosa a vía oral se propuso en aquellos pacientes clínicamente estables, con colecciones ya drenadas, resolución de la bacteriemia y opciones terapéuticas por vía oral. Se realizó un análisis descriptivo, comparando las características de los pacientes con TAS respecto a los tratados exclusivamente por vía intravenosa.

Resultados: Se incluyeron 81 casos, con una media de edad de 68 ($\pm 8,7$) años, siendo 63 (75,9%) varones. Se realizó el TAS en 48 (59,3%) pacientes y en 33 (40,7%) solo tratamiento intravenoso. No se observaron diferencias entre ambos grupos en las características basales, en el tipo de intervención ni en la presentación clínica. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus coagulasa negativo* en 34 (41%) de los casos, seguido del *Staphylococcus aureus* en 15 (18,1%) y bacilos gramnegativos en 15 (18,1%). La distribución de los microorganismos fue similar en ambos grupos. Los antimicrobianos más frecuentemente usados en el TAS fueron las quinolonas en 31 (64,6%), seguido de rifampicina (asociada a otros antimicrobianos) en 25 (52,1%), betalactámicos en 13 (27,1%), trimetoprim-sulfametoxazol en 4 (8,3%) y linezolid en 2 (4,2%) casos. En el grupo tratado por vía intravenosa fueron los glucopéptidos en 22 (66%), betalactámicos en 11 (33%), linezolid en 4 (12%), carbapenemas en 4 (12%) y daptomicina en 1 (3%) caso. La cirugía fue menos frecuente en el grupo que recibió TAS (70,8% vs 93,9%; $p=0,010$).

La curación fue más frecuente (97,9% vs 84,8%; $p=0,027$) y la mortalidad intrahospitalaria fue menor en el grupo de TAS (2,1% vs 15,2%; $p=0,039$). Además se observaron 5 (6%) casos de recidi-



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es