

0,04), válvula aórtica (OR 11,9, Sig. 0,002), infección precoz (OR 4, Sig. 0,007), *Staphylococcus coagulasa* negativo (OR 3,63, Sig. 0,012), haber padecido un episodio de endocarditis previa (OR 3,7, Sig. 0,028), fenómenos embólicos como criterio de Duke (OR 4,15, Sig. 0,019) y diagnóstico de absceso por ecocardiografía (OR 3,18, Sig. 0,025). En un análisis multivariante ajustado por edad y sexo mantuvieron la significación estadística las variables afectación valvular aórtica (OR 15,8, Sig. 0,008), afectación valvular protésica (OR 4,3, Sig. 0,018), fenómenos embólicos como criterio de Duke (OR 4,6, Sig. 0,026) y el haber padecido un episodio de endocarditis previa (OR 3,59, Sig. 0,056).

**Conclusiones:** La aparición de un pseudoaneurisma sobre una endocarditis surge en nuestra cohorte de forma más frecuente en el contexto de una infección con afectación valvular aórtica, habitualmente protésica, y en pacientes con antecedente de endocarditis previa y con fenómenos embólicos. En nuestra serie la supervivencia ha sido mayor en los pacientes intervenidos.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.035>

### Papel de la cirugía en la supervivencia de los pacientes muy ancianos con endocarditis infecciosa



Carlos Armiñanzas<sup>a,\*</sup>, Jesús Zarauza<sup>b</sup>, Emilio Bouza<sup>b</sup>, Patricia Muñoz<sup>b</sup>, Víctor González Ramallo<sup>b</sup>, Miguel Ángel Goenaga<sup>c</sup>, Karlos Reviejo<sup>d</sup>, Juan Manuel Pericás<sup>e</sup>, Dolores Sousa<sup>f</sup>, Miguel Montejo<sup>g</sup>, Arístides de Alarcón<sup>h</sup>, José Antonio Oteo<sup>i</sup>, Juan Gálvez<sup>j</sup>, José Francisco Gutiérrez<sup>a</sup>, María Carmen Fariñas<sup>a</sup>, Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España (GAMES)

<sup>a</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

<sup>b</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>c</sup> Hospital Donosti, San Sebastián, España

<sup>d</sup> Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián, España

<sup>e</sup> Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>f</sup> Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

<sup>g</sup> Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

<sup>h</sup> Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>i</sup> Hospital San Pedro, Logroño, España

<sup>j</sup> Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Correo electrónico: [carminanzas@humv.es](mailto:carminanzas@humv.es) (C. Armiñanzas).

**Justificación:** la endocarditis infecciosa (EI) es una entidad de alta morbimortalidad cuya incidencia ha aumentado en pacientes muy ancianos. El beneficio de la cirugía en términos de supervivencia es controvertido en esta población.

**Objetivo:** Analizar la relación entre la cirugía y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes  $\geq 80$  años con EI en aquellos casos en los que la cirugía cardiaca estaba indicada.

**Método:** Estudio de cohortes prospectivo de junio de 2007 a marzo de 2015, dentro de la Cohorte GAMES, que recoge prospectivamente los datos de los pacientes ingresados con EI en 39 centros españoles. Se incluyeron los pacientes con edad  $> 80$  años diagnosticados de EI. Se excluyeron aquellos que no aceptaron participar. Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se emplearon la T de Student o el test de Mann-Whitney, y entre variables cualitativas, la  $\chi^2$ . Se realizó un análisis de regresión logística para controlar el efecto de diversas variables sobre la mortalidad, incluyendo como variable dependiente la condición de fallecido/no fallecido y como variables independientes las que en el estudio univariable mostraron diferencia significativa ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 266 pacientes  $\geq 80$  años en los que la cirugía estaba indicada (60% varones; media de edad: 83 años (DE: 3,14)). Las principales comorbilidades fueron HTA (73%), insuficiencia cardiaca (43%) y dislipemia (40%). La EI fue de origen comunitario en el 51%, más frecuente en válvula natural (55%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (80%) y fallo cardiaco (57%). Los principales microorganismos fueron los *S. aureus* (24%), SCN (18%) y *Enterococcus* sp. (13%).

La cirugía se realizó en 104 pacientes (39% de aquellos donde estaba indicada). El motivo más frecuente para no realizarla fue el mal pronóstico (50%). Los pacientes intervenidos y no intervenidos presentaban similar comorbilidad, pero los no intervenidos mostraron una frecuencia significativamente mayor de DM (33,3% vs 21,2%;  $p = 0,022$ ) y sepsis con fallo de órgano (FO) al ingreso (27,5% vs 9,6%;  $p < 0,001$ ). La mortalidad fue significativamente superior en los pacientes no intervenidos (58% vs 29,8%;  $p < 0,001$ ).

En el análisis multivariable se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad (ajustada por sexo femenino, DM, índice de Charlson  $> 3$ , fallo cardiaco al diagnóstico, sepsis con FO, shock séptico y EI por *S. aureus* o SCN) y la no realización de cirugía en los pacientes en los que estaba indicada (OR: 2,46; IC 95%: 1,34-4,51).

**Conclusiones:** En los pacientes  $> 80$  años con EI la cirugía se realizó en menos de la mitad de los casos en los que estaba indicada. No se objetivó diferencia en la comorbilidad de los pacientes intervenidos y no intervenidos, aunque en los pacientes no intervenidos hubo una mayor proporción de sepsis con FO. Los pacientes  $> 80$  años con EI que no se intervinieron presentaron una mayor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.036>



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**