

P-49

Infección de la herida quirúrgica en cirugía cardíaca: características clínicas y epidemiológicas

C. González de la Portilla, A. Peña Rodríguez,
K. Rezaei, F. Rodríguez-Mora,
E. Gutiérrez-Carretero, A. Adsuar, A. de Alarcón

Introducción: La infección de la herida quirúrgica en cirugía cardíaca (IHQ) es un problema grave y de consecuencias devastadoras. En la literatura se refiere una incidencia entre el 1-6% y una etiología variable según los centros.

Existen además diversos factores asociados a un mayor riesgo de infección.

Objetivos: Conocer la incidencia y etiología de la IHQ en nuestro centro, el perfil de los pacientes que la desarrollan, y su modo de presentación, manejo y pronóstico de la misma.

Material y métodos: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca con esternotomía en el periodo Enero 2014–Agosto 2018 que desarrollaron IHQ con los criterios de los CDC. Los datos se recogieron prospectivamente y el manejo se hizo de forma conjunta por un equipo multidisciplinar.

Resultados: Se registraron 59 casos (incidencia total del 3.37%): 56% cirugías valvulares, 18% revascularización coronaria, 9% combinada, y 16.8% otro tipo de cirugía, con un porcentaje de infección del 3,2%, 5%, 5% y 1.4% respectivamente. La mediana de edad fue de 69 años (RIQ: 60–74), 61% varones. El 45.8% eran diabéticos, 43% obesos (IMC 30–34.9 kg/cm²), un 37% padecían EPOC (25% fumadores activos) y 13.6% tenían enfermedad renal crónica. El riesgo quirúrgico medio de mortalidad (STS score) fue 2.34 ± 2.2 . En el 25.4% de los casos no hubo aislamiento microbiológico, mientras que los estafilococos coagulasa negativos (SCN) fueron la etiología predominante (23.7%), seguido de *S. aureus* y enterobacterias (11.9% ambos). La presentación clínica más frecuente fue supuración de la herida con estabilidad esternal (23.7%) o sin ella (40.7%). Un 22% tenían osteomielitis con escasa supuración y estabilidad esternal y el 8.5% no presentaban supuración ni tableteo esternal. Un 39.7% se manifestó tardíamente (más de 6 semanas tras la cirugía), el 31% de forma diferida (2–6 semanas) y el 29.3% de forma precoz (menos de dos semanas). En el 42.4% se optó por tratamiento antibiótico exclusivamente, y el resto fueron reintervenidos con cierre inmediato (62%) o diferido (38%). La mortalidad total fue del 20.3% (58% a consecuencia de complicación infecciosa), sin diferencias estadísticamente significativas entre las opciones de manejo (conservador/cirugía) ($p=0.062$), con mayor mortalidad en el grupo de infecciones diferidas (50% del total). La etiología más agresiva fue *Candida spp* (100% de mortalidad), teniendo *S. aureus* y SCN un 25.8% de muerte ambos. Se observó una tendencia a mayor mortalidad en diabéticos (29.6%) sin alcanzar la significación estadística ($p=0.061$), y en fumadores activos (41%, $p=0.27$).

Conclusión: Los datos de nuestra serie son similares a la literatura, con un predominio de microorganismos de crecimiento lento como SCN. Cabe destacar la especial incidencia en la cirugía de revascularización coronaria y la frecuente presencia de factores de riesgo para la IHQ. La evolución favorable de los pacientes tratados de forma conservadora, sin diferencias significativas en cuanto a mortalidad frente a un abordaje más invasivo, refleja la importancia de un abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.064>



P-50

Incidencia de endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente en un hospital de tercer nivel

Paola Zárate Chug, María Fuster Cabré,
Pilar García Mangas, Isabel Sancho Val



Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad potencialmente mortal, que actualmente alcanza una mortalidad hospitalaria del 15–30%. El 40–50% de pacientes con EI son sometidos a intervención quirúrgica, siendo la mortalidad de los mismos dependiente de la indicación, presencia de comorbilidades y complicaciones asociadas.

Objetivos: Determinar la incidencia de endocarditis subsidiarias a tratamiento quirúrgico. Determinar los factores de riesgo y complicaciones tras el tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los casos quirúrgicos de pacientes diagnosticados de endocarditis entre los años 2016 y 2018

Resultados: Se recogieron un total de 43 casos con una media de edad de 62 años, de los cuales el 76% fueron hombres. El motivo de intervención quirúrgica fue de valvulopatía severa en el 46%, seguido de invasión miocárdica en el 16% e infección sobre material protésico en el 11%. El 65% de paciente llevaban el tratamiento antibiótico dirigido al momento del ingreso en UCI. El germen más frecuente fue el estreptococo (48%). Un 76% de paciente presentaron infección sobre válvula nativa. La Válvula Aórtica fue la más afectada con un 37%, seguida de la Válvula Mitral en un 34%, la afectación del ambas fue de 20% y la afectación sobre electrodos de un 4%. Dentro de los factores de riesgo el 69% presentó hipertensión arterial, el 36% ACV previo, el 33% diabetes mellitus y el 18% enfermedad renal previa. En el 18% de casos se observó la presencia de absceso como complicación grave en el ecocardiograma previo a la cirugía. La mediana de EUROSCORE II fue de 6. El ingreso en UCI fue de una mediana de 7 días. Se realizó sustitución valvular en el total de endocarditis sobre válvula (41 casos) y extracción de cables en 2 casos.

Dentro de las complicaciones postoperatorias, el 69% presentó insuficiencia renal, el 54% Fibrilación Auricular y el 42% Sd. respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). La mortalidad total en UCI fue del 11%. Se encontró relación entre la presencia SIRS y el uso de terapia de remplazo renal continuo (TRRC) en el postoperatorio respecto a mortalidad en UCI ($p < 0.05$).

Conclusión: En nuestro hospital la mortalidad de los pacientes con EI sometidos a tratamiento quirúrgico es baja en comparación a las estadísticas generales, probablemente porque registramos sólo los que se sometieron a tratamiento quirúrgico. En nuestros pacientes la válvula nativa fue la más frecuentemente afectada, siendo la válvula aórtica la de mayor indicación quirúrgica. Sobre los factores de mal pronóstico se encontró sólo relación con SIRS y TRRC, probablemente en relación al número de casos significativas en cuanto a mortalidad frente a un abordaje más invasivo, refleja la importancia de un abordaje multidisciplinar de estos pacientes.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es