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. Rodriguez-Mora, E. Gutiérrez-Carretero, A. Adsuar, A. de Alarcón

Introduccion: La infección de la herida quirúrgica en cirugía cardiaca (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/cm^2), un 37% padecían EPOC (25% fumadores activos) y 13.6% tenían enfermedad renal crónica. El riesgo prequirúrgico medio de mortalidad (STS score) fue $2.34 \pm 2.2\%$. 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

Introduccion: 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.

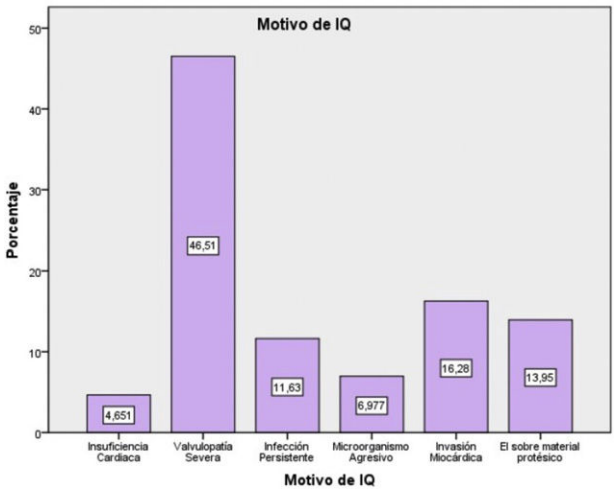
Objetivos: Determinar la incidencia de endocarditis subsidiarias a tratamiento quirúrgico. Determinar los factores de riesgo y complicaciones tras el tratamiento quirúrgico.

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 interevención quirúrgica fue de valvulopatía severa en el 46%, seguido de invasión miocárdica en el 16% y infección sobre material protésico en el11%. El 65% de paciente llevaban el tratamiento antibiótico dirigido al momento del ingreso en UCI. El gérmen 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.



https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.065

P-51

Estudio observacional de endocarditis infecciosa

Javier Miguel Martín Guerra,
Miguel Martín Asenjo,
Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez,
Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez, Elena Tapia Moral,
Sara Gutiérrez González, Pablo Telleria Gómez,
Cristina Novoa Fernández

Introduccion: La endocarditis infecciosa del lado izquierdo (EI) es una enfermedad muy grave con una mortalidad hospitalaria que oscila entre el 15% y el 30% y una tasa de cirugía cardíaca durante el período activo entre 30% y 60%. Entre las indicaciones quirúrgicas, se sabe que la infección persistente tiene peor pronóstico y su reconocimiento temprano es de gran interés para un enfoque terapéutico oportuno

Objetivos: Analizar la forma de válvula afectada, cultivo valvular, hemocultivo, mortalidad en los primeros 3 y 6 meses, recurrencia y grado de comorbilidad de los pacientes diagnosticados de EI en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de los pacientes diagnosticados de EI en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde enero de 2016 hasta enero de 2018. Se estudian variables demográficas, válvula afectada, cultivo valvular, hemocultivo, motivo de consulta, tipo, factores de riesgos, estadio, supervivencia e indice de Charlson (ICM)El cultivo de válvula positivo concordante y discordante se definió de acuerdo con la válvula y el resultado de hemocultivos; por lo tanto, el cultivo de válvula positivo concordante (CVC) significa que el mismo microorganismo crece en ambos cultivos.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, de los cuales el 81,2% eran varones, con una edad media de 64,5 años (DE 13,9). La principal válvula afectada fue la aortica nativa (36,4%), seguido de la mitral nativa y aortica protésica con un 27,2% en ambos casos. La válvula mitral proteica triucuspide se vieron afectada en un 4,5%.

El cultivo valvular fue positivo en el 36,2% de los pacientes y el hemocultivo fue positivo en el 100%. La recurrencia de la EI apareció en el 13,6% (3) de los pacientes, de los cuales 2 había presentado un cultivo valvular positivo.

La mortalidad a los 3 meses fue del 18,1% y a los 6 meses fue del 31,8%. El ICM medio fue de 4,1. En el 36,6 de los pacientes el CVC, de los cuales 66% falleció en los primero 6 meses.El ICM medio en los pacientes que fallecieron en los 6 primeros meses fue de 5,8, en contraposición de aquellas con una supervivencia más allá de los primero 6 meses que fue de 3,3.

La EI fueron más frecuentes en hombres, al igual que lo publicado en otras series. La edad media de presentación fue a los 64 años, con un claro predominio de la válvulas izquierdas y de las válvulas nativas. El cultivo valvular solo fue positivo en el 26,3% de los pacientes. En nuestro estudio la presencia presencia de positiva de posibilidad del cultivo valvular se asocio con mayor mortalidad en los 6 primeros meses, así mismo estos pacientes presentarón mayor recurrencia tras la cirugía que los pacientes con cultivo valvular negativo.

Los pacientes con ICM más alto presentaron una mortalidad más alta en los primeros 6 meses.

Conclusión: Este estudio pone de manifiesto que los pacientes con cultivo valvular positivo e ICM más alto presentan más recurrencia de la enfermedad y tienen mayor mortalidad en los primeros 6 meses.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.066

P-53

Resultados contemporáneos de la reconstrucción de la unión mitroaórtica en endocarditis infecciosa aguda con afectación multivalvular: operación commando

A. Fernández-Cisneros, E. Sandoval, M. Castellá, D. Pereda, M. Hernández-Meneses, J. Ambrosioni, A. Moreno, D. Fuster, B. Vidal, C. Falces, J.M. Miró, E. Quintana, Grupo de Estudio de Endocarditis del Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos: La afectación mitroaórtica y de la fibrosa intervalvular mitroaórtica en casos de endocarditis infecciosa (EI) puede requerir la llamada operación Commando. Esta consiste en la intervención sobre las dos válvulas izquierdas, resección y reconstrucción de la unión mitroaórtica (en ocasiones se precisa la sustitución de la raíz aórtica y/o la reconstrucción parietal cardiaca). Es esperable que los pacientes que presentan tal daño estructural fallezcan durante el curso del ingreso si no se someten a dicho procedimiento. En algunos centros estos pacientes son catalogados como inoperables en base a una anatomía quirúrgica muy adversa. Existen pocas series, y de pequeño tamaño, en la literatura en el ámbito concreto de la EI y el uso de esta operación. La mortalidad reportada por los grupos de referencia se sitúa entre el 23–32%.

Métodos: Revisión retrospectiva de 16 pacientes desde Julio de 2014 hasta agosto de 2018 en los que se realizó recambio valvular mitroaórtico con reconstrucción de la unión mitroaórtica por EI aguda. El abordaje quirúrgico se realizó a partir de una aortotomía que se extiende a través del anillo aórtico hacía la fibrosa intervalvular continuando con la apertura del techo auricular izquierdo (+/− septo interatrial y aspecto medial del atrio derecho).

Resultados: Las principales características se describen en la Tabla. Doce pacientes se encontraban en clase NYHA III/IV (75%). Cuatro pacientes (25%) se operaron en shock cardiogénico y 4 presentaron embolismo cerebral previo. El EuroScore II medio fue de 36,26 +/− 22,32. La mortalidad intrahospitalaria o a 30 días fue de 1/16 (6,25%). Se trató de endocarditis protésica en el 50% de los pacientes. Los estafilococos fueron los microorganismos causales más frecuentes (43,75%). En el 56,25% de los casos se observó la presencia de absceso y en 18,75% se observó la presencia de fístula aortocavitaria. En la mayor parte de casos (87,5%) se empleó pericardio bovino para la reconstrucción de la fibrosa intervalvular. Ningún paciente requirió revisión quirúrgica por sangrado, sin embargo, en dos casos (12,5%) se requirió drenaje pericárdico por