

Original

Alternativa para la prevención de la endocarditis infecciosa

Alternative for the prevention of infectious endocarditis

Dr. Julio Yasel Rodríguez Aguilar, Hospital Clínico Quirúrgico “Celia Sánchez Manduley”,
Manzanillo, Cuba yrodriguez@udg.co.cu

Dr. C Yusleidys Rodríguez Aguilar, Máster en Ciencias de la Educación. Profesora
Titular/Departamento Educación Especial. Universidad de Granma, Cuba
yrodriguez@udg.co.cu

Dr. C Lidia Esther García Grillo, Máster en Dirección, Profesora Titular/Departamento
Educación Especial, Universidad de Granma, Cuba lgarciagrillo@udg.co.cu

Recibido: 25/01/2019 Aceptado: 12/09/2019

Resumen

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, con una presentación clínica variada, y al igual que otras enfermedades se puede prevenir, por lo que esta investigación tuvo como objetivo la implementación de charlas educativas encaminadas a la prevención de la EI. Se realizó en el municipio Manzanillo, Reparto Vázquez, en el periodo comprendido entre enero 2017 - diciembre 2017. Con la realización de las charlas educativas se logró que 50 personas adultas, que conforman el 100% de las personas investigadas en la muestra, tuvieran mayor percepción del riesgo, conocieran las formas en que pueden proteger su salud, y por tanto, lograr la prevención de la EI. Esta investigación tiene importancia, porque le concede gran valor a la prevención de dicha enfermedad, desde la participación como entes activos de todas aquellas personas que poseen vulnerabilidad para padecer de EI. Se concluye que al realizar una labor preventiva con personas proclives a padecer endocarditis infecciosa se está contribuyendo a elevar la calidad de vida.

Palabras claves: endocarditis infecciosa; prevención; charlas educativas.

Abstract

Infective endocarditis (IE) is a serious disease, with a varied clinical presentation, and like other diseases it can be prevented, so this research had the objective of implementing educational talks aimed at the prevention of EI. It was carried out in the municipality of Manzanillo, Reparto

Vázquez, in the period between (january 2017- december 2017). With the realization of educational talks, 50 adult people, who make up 100% of the people investigated in the sample, had a greater perception of risk, knew the ways in which they can protect their health and therefore achieve the prevention of EI. This research is very important, because it gives great value to the prevention of this disease, from the participation as active entities of all those people who have vulnerability to suffer from EI. It is concluded that by performing preventive work with people prone to suffer infectious endocarditis is helping to raise the quality of life.

Key words: infectious endocarditis; prevention; educational talks.

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, con una presentación clínica variada, que suele confundirse con otras afecciones cardíacas y de otros aparatos y sistemas; de ahí su gran importancia médica, pues de no reconocerse y tratarse de forma adecuada, puede resultar fatal.

La endocarditis infecciosa es una entidad anatomoclínica caracterizada por la infección microbiana (bacterias, hongos, rickettsias, chlamydias, micoplasma, etc.) del endotelio valvular, parietal o ambos, localizada predominantemente en el lado izquierdo del corazón, aunque también puede asentar en el derecho (drogadicción endovenosa), lo que produce inflamación, exudación y proliferación del endocardio.

Esta enfermedad que genera una larga estadía hospitalaria y es potencialmente mortal, por eso se requiere de la aplicación intrahospitalaria de este protocolo de actuación asistencial que permita un diagnóstico precoz y una terapéutica antimicrobiana eficaz para, de esta manera, reducir los costos, complicaciones, secuelas, incapacidades y mortalidad, así como mejorar la satisfacción de pacientes y familiares.

La EI es una enfermedad que desde su descripción se ha modificado en forma sustancial. La generalidad de las investigaciones realizadas, se centran en el diagnóstico y el tratamiento; sin embargo, han sido insuficientemente tratados, aspectos relacionados con la prevención de dicha enfermedad.

Referido a la prevención de esta enfermedad se recomienda administrar antibióticos de forma profiláctica. La prevención va dirigida esencialmente a erradicar los patógenos del ambiente y a evitar la diseminación de los microorganismos de persona a persona. De aquí la importancia de esta investigación, la que le concede gran valor a la prevención de dicha enfermedad,

prevención que muy bien puede llevarse a cabo a través de la realización de charlas educativas en las que participen como entes activos todas aquellas personas que poseen vulnerabilidad para padecer de EI.

Según Fernández HN. y Tornos P., (2013) la endocarditis es una enfermedad que se produce como resultado de la inflamación del endocardio. Es un proceso inflamatorio localizado en el revestimiento interno de las cámaras y las válvulas cardíacas (bien sean nativas o protésicos). Se caracteriza por la colonización o invasión de las válvulas del corazón formando vegetaciones compuestas por plaquetas, fibrina y microcolonias de microorganismos y, ocasionalmente, células inflamatorias.

Por su parte Vallés BF., (2015), define que la EI, es una enfermedad inflamatoria, exudativa y proliferativa del endocardio, que afecta más frecuentemente a las valvas, producida por gran variedad de microorganismos. Las lesiones más frecuentes son las verrugas o vegetaciones que se forman y crecen a través de la colonización por gérmenes de agregados de fibrina y plaquetas, el denominado trombo fibrinoplaquetario. En la gran mayoría de los casos, estos fenómenos se originan a partir de pequeñas lesiones del endotelio causadas por alteraciones hemodinámicas o presencia de material extraño intracavitario.

Aunque la endocarditis es generalmente una enfermedad bacteriana (endocarditis bacteriana), los hongos y virus también son considerados como agentes causales. Por ello es mejor hablar de endocarditis infecciosa. Cuando no se identifica el germen responsable del desarrollo de la endocarditis, entonces se habla de endocarditis bacteriana por germen desconocido. La mayor proporción de los casos de endocarditis son producidos por un pequeño número de bacterias, las cuales llegan al torrente sanguíneo por puertas de entrada, como la cavidad bucal, la piel y las vías respiratorias.

El término endocarditis bacteriana o endocarditis bacteriana subaguda, se utiliza para la endocarditis causada solo por bacterias, generalmente los estreptococos del grupo A. Normalmente, los microorganismos viven sobre la piel, en la boca, en los intestinos y en las vías urinarias, pero no en la sangre. Sin embargo, a veces los microorganismos pueden penetrar en la corriente sanguínea (por ejemplo, durante un procedimiento quirúrgico o dental). En la mayoría de las personas, la presencia de microorganismos en la corriente sanguínea no constituye un problema. Pero si una de las válvulas cardíacas se daña, el cuerpo envía inmunocitos, plaquetas y fibrina (una sustancia coagulante) para reparar el daño. Este proceso puede dar lugar a una endocarditis si algunos microorganismos presentes en la corriente

sanguínea quedan atrapados debajo de las capas de estas células. Los microorganismos atrapados dan lugar a la formación de grumos de tejido dentro del corazón y sobre las válvulas cardíacas. Estos grumos se denominan vegetaciones.

En casi todos los casos de EI, los microorganismos necesitan un área de fijación, como una lesión en el endotelio, un trombo no infectado u otras lesiones cardíacas como el prolapso e insuficiencia mitral, una estenosis aórtica (de origen "degenerativo", asociada al envejecimiento, cada vez más frecuente en países desarrollados) y la cardiopatía reumática frecuente en países en vías de desarrollo. La aparición de endocarditis requiere dos sucesos fisiológicos; el primero es la presencia de una alteración del endocardio o la presencia de un cuerpo extraño en el torrente circulatorio (catéteres) y la segunda es la entrada de microorganismos al torrente circulatorio.

En las EI los síntomas pueden generarse de un modo lento (subagudo) menos grave, dependiendo del microorganismo infectante, que puede prolongarse semanas o meses, o en cambio, de modo repentino (agudo), producido por microorganismos virulentos. En más del 50% de los pacientes se nota debilidad y fatiga, escalofríos, fiebre y soplo cardíaco. En menos de la mitad de los pacientes aparece pérdida de peso, sudoración excesiva y/o sudoración nocturna (puede ser severa), dificultad para respirar, mialgias, palidez (secundaria a la anemia), artralgias, sangre en la orina u orina de color anormal, inflamación de pies, piernas o abdomen, lesiones de Janeway, (manchas cutáneas rojas e indoloras, localizadas en las palmas de las manos y en las plantas de los pies), ganglios rojos y dolorosos en las yemas de los dedos de la manos y de los pies (llamados nódulos de Osler) y anomalías en las uñas.

El grado de sospecha se incrementa ante la presencia de enfermedades cardíacas predisponentes, un antecedente reciente de manipulación dental, urológica, digestiva, o un proceso infeccioso que pueda haber actuado como puerta de entrada a una bacteria. El examen físico puede mostrar una esplenomegalia. Al explorar al paciente lo más característico y específico es la auscultación de un soplo cardíaco que el paciente no tenía previamente o el cambio en las características auscultatorias de un soplo cardíaco previo. El soplo está presente en aproximadamente el 50% de los pacientes con endocarditis. El examen de las uñas puede revelar hemorragias en astilla.

El examen oftalmológico puede mostrar hemorragias retinianas caracterizadas por un área central clara (manchas de Roth) y petequias que se pueden detectar en la conjuntiva. Las puntas de los dedos de las manos se pueden agrandar y las uñas pueden encorvarse (dedos

hipocráticos). La EI constituye una infección potencialmente muy grave, con una mortalidad asociada no despreciable.

Teniendo en cuenta los elementos antes expuestos, se considera necesaria la prevención de la endocarditis infecciosa en los miembros de la sociedad que poseen enfermedades de base que viabilizan la aparición de microorganismos en el torrente sanguíneo, desde la implementación de charlas educativas encaminadas a la prevención de esta enfermedad, fundamentalmente en aquellas personas que poseen vulnerabilidad para padecerla.

Población y Muestra

Se realizó un estudio de casos grupal con una muestra conformada por 50 personas adultas, residentes en el municipio Manzanillo, Reparto Vázquez, en el periodo comprendido entre enero 2017 - diciembre 2017. La selección fue de forma intencional, ya que estas personas poseen enfermedades (diabéticos, adictos a drogas, con válvulas protésicas, inmunodeprimidos, con sondas uretrales) que los hacen vulnerables a padecer EI. Predominaron las edades de entre 50 y 65 años y el sexo masculino.

Se trata de una investigación básica, de creación científica, cuya intención es cognoscitiva orientada a producir nuevos conocimientos y el estudio del comportamiento del problema. Es un estudio descriptivo de acuerdo con el análisis y alcance de los resultados, ya que profundiza en el conocimiento del problema y en la caracterización que tipifica la población estudiada, además de ser retrospectivo.

Para la concepción de la investigación se hizo necesario la utilización de diversos métodos de investigación, como el Histórico- lógico, que permitió realizar el estudio del origen y evolución de la EI en el decursar de la historia; así como el estudio de los antecedentes de cada uno de los integrantes de la muestra. El método Analítico-sintético permitió realizar un estudio minucioso de la literatura consultada relacionada con la endocarditis infecciosa, mientras que el Inductivo-deductivo permitió arribar a conclusiones a partir de la interpretación de los hallazgos en los expedientes clínicos.

También se empleó la entrevista, la que permitió constatar el criterio de cada persona acerca de su estado de salud; así como determinar el conocimiento que poseen acerca de la prevención de enfermedades cardiovasculares y se estudiaron las historias clínicas de las 50 personas pertenecientes a la muestra.

Entre los Métodos particulares de las Ciencias Médicas se empleó el método clínico, este permitió constatar los problemas de salud individual de cada uno de los integrantes de la muestra y el estudio de caso.

En esta investigación el método rector fue el estudio de caso, en su variante estudio de caso múltiple o grupal y dentro de este la modalidad (comunitario); pues se centra el estudio en una comunidad. En el estudio de caso múltiple se analiza cada caso para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar. Se asumen las normas para el estudio de caso propuestas por Gualberto BC y Sierra JC, en el 2002 en su libro “Normas para la redacción de casos clínicos”.

Se utilizaron variables en escala cualitativa y nominal como el sexo, enfermedades que padece y variable en escala cuantitativa como la edad; se determinaron intervalos. (50-55, 56-60, 61-65). Se trabajó con el sexo masculino y femenino, cuantificados en números absolutos y frecuencia porcentual. En el caso de las enfermedades, fueron determinadas por el registro del expediente clínico, que indiquen vulnerabilidad a padecer EI.

En la investigación se respetaron todos los principios éticos en cuanto al secreto profesional y la no divulgación de datos de los participantes y se contó con la voluntariedad de cada persona de participar en el estudio y se garantizó el anonimato en cuanto a las informaciones obtenidas y la utilización de los resultados con fines estrictamente científicos.

Análisis de los resultados

Al aplicar en el diagnóstico inicial los métodos empíricos y método particular de las Ciencias Médicas se constató: que de las 50 personas seleccionadas (100%), 21 (42%) poseen entre 50 y 55 años de edad, 16 (32%) poseen entre 56 y 60 años de edad y 13 (26%) poseen entre 61 y 65 años de edad. De ellos 39 (78%) son del sexo masculino y 11(22%) del sexo femenino.

Solamente 37 personas (74%) están casadas y 2 personas (4%) no tienen hijos. Actualmente trabajan 36 personas (72%), 2 (4%) están jubilados y el resto está desvinculado. La situación económica es regular en 43 de las personas (86%), el resto posee una situación económica mala. Las condiciones de las viviendas en el 100% es regular.

En cuanto al estado de salud se constató que 39 personas (78%) son diabéticos, dos (4%) son adictos a drogas, tres (6%), poseen válvulas protésicas, dos (4%) son inmunodeprimidos y cuatro (8%), poseen sondas uretrales. Aproximadamente el 88% en algún momento le ha aumentado la tensión arterial más de lo común a sus edades.

Rango de edades	Número de sujetos	Por ciento
Diabéticos	39	78%
Adictos a drogas	2	4%
Válvulas protésicas	3	6%
Inmunodeprimidos	2	4%
Sondas uretrales	4	8%
Total	50	100%

Tabla 1 Enfermedades de base de la muestra seleccionada

Al aplicar la entrevista individual, se constata que las 50 personas (100%) refieren tener un estado de salud regular; refieren los diabéticos que con frecuencia se descompensan, pero que además, también les sube con frecuencia la presión. Los que poseen válvulas protésicas refieren que en ocasiones les sube la presión y se sienten decaídos, con poco apetito. Los adictos a drogas refieren que en ocasiones se sienten deprimidos, sin ánimo, mareados y sin deseo de realizar ninguna tarea, que en determinadas ocasiones les ha bajado o subido la presión; haber tenido en varias ocasiones estafilococos. Los dos inmunodeprimidos refirieron haber sido afectados por microorganismos residentes en la superficie corporal en algunas ocasiones.

Las 50 personas (100%) expresan asistir con frecuencia al médico e ingerir medicamentos frecuentemente. Refieren que ellos consideran que no cuidan mucho su salud, 43 (86%) fuman y 28 (56%) refiere ingerir bebidas alcohólicas; el 100% ingiere café varias veces en el día. Refieren comer todo tipo de alimento 45 personas (90%), solo el 10% refiere comen bajo de sal y que ingieren poca harina para evitar que les suba la presión.

Ninguno de los entrevistado conoce qué es la endocarditis infecciosa, ni sus síntomas, tampoco dominan por qué ellos en un momento determinado pueden padecer de EI, por tanto no toman ninguna medida para evitarla.

Se constató además, que 36 de las personas seleccionadas (72%) poseen pocos hábitos higiénicos de manera general, lo que ha influido en algunos periodos de su vida en su estado de salud, destacándose por la falta de higiene los cuatro adultos con sondas uretrales (8%), los dos inmunodeprimidos (4%) y los dos adictos a drogas (4%). El 100% de la muestra posee pocos hábitos en cuanto al cepillado de los dientes o las prótesis dentales, lo que favorece la colonización de microorganismos. Se constató que 23 diabéticos (46%) violan las medidas higiénicas a cumplir antes de inyectarse la insulina en sus hogares. La generalidad se baña una sola vez al día. Las mujeres refieren lavarse las manos con frecuencia cuando realizan las

labores en el hogar; las diabéticas y diabéticos reconocen que cuando se van a inyectar no se lavan el área donde se la van a poner y que muy pocas veces se lavan las manos. Los que poseen sondas uretrales refieren que se lavan solo cuando se bañan.

Las 50 personas (100%) expresan que el médico de la familia en ocasiones les ha orientado qué medidas tomar para evitar que les suba la presión y que en la televisión han visto las medidas a tomar para evitar algunas enfermedades como el dengue, el cólera, las enfermedades de transmisión sexual, de las vías digestivas, la prevención de los embarazos, la conjuntivitis; pero que nunca nadie les había hablado de la EI.

Los resultados obtenidos demuestran que en el 100% de los investigados poseen gran desconocimiento respecto a:

- ¿Qué es la endocarditis infecciosa?
- ¿Cuáles son sus síntomas?
- ¿Por qué ellos constituyen un grupo proclives a esta enfermedad?
- Las medidas preventivas que se pueden seguir para evitar la aparición de dicha enfermedad y la importancia de las medidas higiénicas.

Dichos resultados hacen evidente la necesidad de la búsqueda de soluciones que favorezcan la prevención de la endocarditis infecciosa.

Para dar solución a las problemáticas encontradas en el diagnóstico inicial realizado, se propone la realización de un sistema de charlas educativas con el objetivo de prevenir la EI, fundamentalmente en aquellas personas que poseen vulnerabilidad para padecer dicha enfermedad.

Ventajas de las charlas educativas:

1. Facilitan la comunicación, creando una atmósfera que permite a las personas hablar sin miedo ni preocupación.
2. Fomentan una libre interacción, promoviendo la idea de que las enfermedades se pueden prevenir.
3. Educa a todos los miembros acerca de la importancia de la prevención de las enfermedades.
4. Favorecen la creación de una red de mutuo acuerdo.
5. Alivian la ansiedad y/o depresión.
6. Permiten utilizar un lenguaje asequible y comprensible para todos.

El médico que desarrolla las charlas educativas desempeña un rol protagónico, ya que su tarea fundamental es lograr la empatía; es el que focaliza determinados temas y realiza las interpretaciones sobre cada tema tratado. Encamina a los miembros del grupo a hablar de las situaciones que les preocupa, haciendo énfasis en las interacciones del aquí y el ahora, eliminando la negación y utiliza mecanismos funcionales.

El médico no establece juicios, acepta los criterios de los demás, mantiene privacidad y protección de lo que se habla en las charlas.

Temas a tratar en las charlas educativas

- ¿Qué es la endocarditis infecciosa? Signos y síntomas más frecuentes. (Emplea lenguaje sencillo y fácil de entender por todas las personas, hasta las de más bajo nivel cultural).
- El por qué los diabéticos, adictos a drogas, con válvulas protésicas, inmunodeprimidos y con sondas uretrales son personas proclives a padecer endocarditis infecciosa.
- Importancia de la higiene en la prevención de la endocarditis infecciosa.
- Visualización y debate del documental “La colonización de microorganismos en la cavidad bucal”.
- Visualización y debate del documental “Medidas higiénicas de las personas con sondas uretrales”.
- Visualización y debate del documental “La jeringas y los adictos a las drogas”.
- Visualización y debate del documental “El increíble cuerpo humano”.
- Video debate “La endocarditis infecciosa, la invasión de microorganismos”.
- Presentación en power point del tema: El sistema inmunológico deprimido y la colonización de microorganismos.
- Tiempo y calidad de vida.

Organización del grupo

La organización del grupo se concibe en:

1. Definir un espacio físico, adecuado y permanente.
2. Calendarizar las secciones y el horario de las mismas.
3. Promover el debate en las charlas educativas.

Tamaño del grupo: 10 participantes.

Duración de las sesiones: 20 minutos.

Características del grupo: modalidad de grupo abierto, con posibilidad de incorporar nuevos miembros durante el proceso, los participantes serán de ambos sexos.

Una vez concebidas las temáticas de las charlas educativas se procedió a su desarrollo. Se crearon los grupos a partir de las características analizadas con anterioridad y se desarrolló un debate rico y reflexivo entre los participantes.

Al tratar el tema de ¿Qué es la endocarditis infecciosa? Signos y síntomas más frecuentes. El médico emplea un lenguaje sencillo y fácil de entender por todas las personas, hasta las de más bajo nivel cultural. El médico da a conocer definición, signos y síntomas de la EI y de qué forma ellos se pueden percatar de que su sistema cardiovascular no está funcionando bien.

Por su parte los miembros del grupo realizaron interrogantes como: ¿Es cierto que el corazón no duele? ¿Cada qué tiempo debe acudir al médico la persona con válvulas protésicas? ¿El crecimiento en el corazón puede ser causa de endocarditis infecciosa? ¿El tener taquicardia nos está anunciando una EI? Entre otras interrogantes. Por su parte el médico ofrece argumentos y aclara las dudas.

Al abordar el tema del por qué los diabéticos, adictos a drogas, con válvulas protésicas, inmunodeprimidos y con sondas uretrales son personas proclives a padecer endocarditis infecciosa se parte de explicar que normalmente, los microorganismos viven sobre la piel, en la boca, en los intestinos y en las vías urinarias, pero no en la sangre. Sin embargo, a veces los microorganismos pueden penetrar en la corriente sanguínea por puertas de entrada, como la cavidad bucal, la piel y las vías respiratorias.

De esta forma se dan por parte del médico todos los argumentos. Los participantes escuchan con atención y realizan intercambios y reflexiones, entre las que se destacan: ¿Cómo se puede evitar adquirir bacterias en la sangre?, ¿Cómo los diabéticos pueden evitar infecciones? ¿Si me tengo que inyectar diariamente cómo evitar coger gérmenes en la sangre? ¿Cómo evitar esta enfermedad si las bacterias están en el ambiente? Entre otras interrogantes. Por su parte, el médico ofrece argumentos y aclara las dudas de cada participante.

De esta forma se realizan todas las charlas educativas. Al tratar el tema de la importancia de la higiene en la prevención de la EI, el médico ofreció los argumentos y se desarrolló un fructífero intercambio entre los participantes, estos pudieron percatarse de la importancia del lavado de las manos, de la correcta esterilización de las jeringuillas, agujas y área en que está colocada la sonda uretral, así como de los cuidados higiénicos en el área en que se ponen la insulina u otra inyección.

Se pudieron percatar de que realmente en el hogar se pueden tomar todas las medidas para evitar complicaciones. El médico ofreció argumentos del por qué es necesario prevenir esta enfermedad desde sus hogares. Pues esta es una enfermedad que se diagnóstica y trata solo en el hospital y que con frecuencia los resultados son fatales.

Los documentales presentados motivaron mucho a los participantes, ya que pudieron percibir cómo ocurre la colonización de microorganismos en la cavidad bucal, en las personas con sondas uretrales y en los adictos a las drogas. Reflexionaron y reconocieron la importancia del cepillado y del cumplimiento de las medidas higiénicas.

En la charla educativa dedicada al tiempo y calidad de vida, los participantes ofrecieron opiniones y propuestas. Entre opiniones expuestas:

- Refirieron que sería importante que se le prestara mayor atención por parte de los médicos de familia a la prevención de enfermedades como esta y otras que son muy poco conocidas por la población;
- Que si por la televisión se presentaran seriales o documentales relacionados con esta enfermedad y otras que son casi desconocidas, la calidad de vida pudiera mejorar;
- Que mantener la higiene y el cuidado de la alimentación, disminuye los riesgos de padecer enfermedades;
- Que ellos quedaron convencidos de que la prevención de las enfermedades es la mejor forma de lograr calidad de vida.

Una vez aplicadas en la práctica las charlas educativas se puede afirmar que se propició el intercambio entre todos los participantes, la toma de decisiones y reflexiones respecto a la importancia de la higiene personal en la prevención de la EI y de otras enfermedades.

Las 50 personas (100%), refieren cuidar mucho su más su salud, ocho (16%) dejaron de fumar y dos (4%) refieren haber dejado de ingerir bebidas alcohólicas, tres personas (6%) dejó de tomar café. El 26% refiere que ya comen bajo de sal.

Al finalizar la investigación, las 50 personas (100%) conocían qué es la endocarditis infecciosa, sus síntomas y dominan por qué ellos en un momento determinado pueden padecer de EI y cómo tomar las medidas para evitarla, poseen mejores hábitos higiénicos, practican con más frecuencia el cepillado de los dientes y de las prótesis dentales. Se lavan las manos con más frecuencia. Todos se consideran orientados para prevenir la EI.

Los resultados fueron procesados manualmente y con el auxilio de una computadora con Sistema Windows XP y programas del Microsoft Office 2010. Se utilizaron en los resultados,

números absolutos y frecuencia porcentual. No fue necesario, debido a los resultados y su expresión, realizar ninguna prueba de significación estadística.

Conclusiones

1. La endocarditis infecciosa es una enfermedad ampliamente estudiada desde la clínica, sin embargo, las medidas preventivas de esta, fuera del centro hospitalario han sido poco abordadas.
2. El diagnóstico inicial reveló la existencia de un gran desconocimiento por parte de las personas seleccionadas como muestra para la investigación respecto a la endocarditis infecciosa y su prevención.
3. Las consideraciones teóricas existentes en torno a la endocarditis infecciosa permitieron la elaboración de las charlas educativas, como una alternativa para la prevención de dicha enfermedad en personas que se consideran vulnerables.
4. Con la implementación en la práctica de las charlas educativas se logró influir en la esfera afectivo-volitiva de los participantes y se elevó su nivel de responsabilidad por la vida.

Referencias Bibliográficas

- Casanova AR. (2011). Endocarditis Infecciosa. En: Casanova AR. Pediatría. Vol. VI. La Habana: Ciencias Médicas, p. 2350-61.
- Fernández HN y Tornos P. (2013). Epidemiología de la endocarditis infecciosa en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*, 66:728-33.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de la endocarditis infecciosa. (2016). *Revista Española de Cardiología* 69(1):69-99.
- Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Lozada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. (2002). Temas de Medicina Interna. 4 La Habana: ECIMED, t1: 466-76.
- Vallés BF. Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. [En formato electrónico]; 2015 [cited 2016 Jun 24]