

Grupos de tratamiento	Veg. estériles, no/total, no. (%)	Mediana (IQR) (log ₁₀ UFC/g of veg)
SERM-375		
Control	0/15 (0)	7,4 (6-8,3)
VAN	3/16 (19) ^{a,b}	2 (2-2) ^d
HD-VAN	5/15 (33) ^c	2 (0-2,8) ^e
DAP-6	9/15 (60) ^b	0 (0-4,1)
FOM	4/15 (27)	2 (1-2)
IMI	4/15 (27)	2 (1-3,1)
FOM + IMI	11/15 (73) ^{a,c}	0 (0-2) ^{d,e}
FOM + DAP	4/10 (40)	2 (0-2)
^a p = 0,002, ^b p = 0,046, ^c p = 0,03, ^d p = 0,002, ^e p = 0,015.		
NRS-6 (SERV)		
Control	0/16 (0)	8,4 (7,9-8,9)
HD-VAN	0/15 (0)	7,1 (5,2-8,5) ^{a,b}
DAP-6	1/15 (7)	3,7 (2-6) ^a
FOM	0/15 (0)	7,8 (7-8,4)
IMI	0/15 (0)	5,9 (2,8-6,7)
FOM + IMI	1/15 (7)	5,4 (4,5-6,4) ^b
FOM + DAP	0/10 (0)	4,9 (3,8-6,1)
^a p = 0,018, ^b p = 0,054.		

Conclusiones: En el tratamiento de la EE por SERM, los grupos DAP y de FOM más IMI fueron los más eficaces, siendo la combinación de FOM + IMI superior a VAN y HD-VAN. Ajustar la dosis de la vancomicina no mejoró su eficacia. En el tratamiento de la EE por SEVR, el tratamiento de DAP en monoterapia fue el único que se mostró significativamente más activo que HD-VAN. En ningún caso se recuperaron subpoblaciones resistentes ni a DAP ni a FOM.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.019>

16-ID: 220035

COHORTE EN-DALBACEN 2.0: DALBAVANCINA COMO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE CONSOLIDACIÓN DE EI POR COCOS GRAM POSITIVOS

C. Hidalgo-Tenorio¹, S. Sadyrbaeva¹, A. Enríquez-Gómez², P. Muñoz³, A. Plata Ciezar⁴, J.M. Miró Meda⁵, A. Alarcón⁶, F.J. Martínez Marcos⁷, B. Loheches⁸, F. Eschiruela-Vidal⁹, D. Vinuesa¹⁰, C. Herrero¹¹, C. Badia Martí¹², M.M. Arenas¹³, E. García Vázquez¹⁴, M.C. Fariñas¹⁵, J. Pasquau¹, GAMES group

¹ Virgen de las Nieves University Hospital, Granada. Biohealth Research Institute of Granada IBS-Granada

² Virgen Macarena University Hospital, Sevilla

³ Gregorio Marañón Hospital, Madrid

⁴ Málaga Regional Hospital, Málaga

⁵ Clínic Hospital, Barcelona

⁶ Virgen del Rocío University Hospital, Sevilla

⁷ Juan Ramón Jiménez University Hospital, Huelva

⁸ La Paz University Hospital, Madrid

⁹ Bellvitge Hospital, Barcelona

¹⁰ San Cecilio University Hospital, Granada

¹¹ Jaén Hospital Complex, Jaén

¹² Terrasa Mutua Hospital, Terrassa

¹³ del Mar Hospital, Barcelona

¹⁴ Virgen de la Arrixaca Hospital, Murcia

¹⁵ Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander

Justificación: La EI es una entidad poco frecuente, aunque en las últimas décadas se ha incrementado debido entre otros factores al

envejecimiento de la población, mejora de las técnicas diagnósticas y el intervencionismo; tiene una alta mortalidad y morbilidad, y requiere largas estancias hospitalarias para la administración del tratamiento antibiótico recomendado en las guías de práctica clínica.

Objetivo: Objetivos analizar los resultados en salud del uso de dalbavancina como tratamiento de consolidación de las EI producidas por cocos gram positivos (CGP).

Método: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, español que incluyó a 124 pacientes con EI seguidos durante 12 meses a los que se les administró DBV como parte del tratamiento antibiótico en fase de consolidación. El estudio fue aprobado por el Comité Provincial del centro coordinador.

Resultados: Se incluyeron 124 sujetos con EI con edad media de 67,4 años, 70,2% eran hombres, con un índice de Charlson de 4 (2,5-6), 91,1% tenían criterios de EI definida y 8,9% probable. 46,8% EI sobre válvula nativa, 24,2% protésica tardía, 19,4% protésica precoz, 8,9% sobre cable de marcapasos. 5,6% tenían afectación de válvula aórtica y 31,9% mitral. En cuanto a los microorganismos aislados fueron estafilococos coagulasa negativos (38,8%), *S. aureus* (22,6%), *Enterococcus faecalis* (19,4%), *Streptococcus* spp (9,7%), *E. faecium* (2,4), SAMR (0,8%), *Abiotrophia defectiva* (0,8) y *E. caseliflavus* (0,8%) (todos ellos eran sensibles a vancomicina). 91,2% fueron intervenidos antes de la administración de DBV. 66,9% recibieron solo un esquema de antibioterapia previo durante 9,5 días de mediana (4-13), 24,2% recibieron un segundo esquema previo a DBV durante 24,5 días (16,6-56) y 6,4% recibió un tercer esquema durante una mediana de 14,5 días (12-19,5). La razón más frecuente para administrar DBV fue 95,2% facilitar el alta. La dosis total recibida fue de 1.500 mg (1.500-2.093,7), administrada durante 2 semanas (2-3,759), y la mediana de días de cobertura antibiótica fue de 14 días (14-25). En cuanto a los resultados en salud hubo 0,8% de pérdidas de seguimiento, 3,2% recidiva, 0,8% *exitus* relacionado en el día 67 del diagnóstico de la EI y 9,7% *exitus* no relacionado a los 6 mes (4,8-8,9). En cuanto a la efectividad por intención de tratar 95,1% y por datos observados 95,9%. En relación a la seguridad 3,2% tuvieron efectos adversos, 0,8% tuvo *rash* urticarial que obligo a la retirada de DBV, y 1,6% tuvieron diarrea por *Clostridium difficile*.

Conclusiones: En pacientes con EI por CGP la DBV como tratamiento de consolidación, constituye un antibiótico altamente efectivo, seguro, con pocos efectos adversos y que facilita el alta reduciendo la estancia hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.020>

