

fallo de anillo y 3 p en el grupo de SM (uno por re-endocarditis y 2 por hemólisis), $p=0,77$.

Conclusiones: Los pacientes a los que se les realiza una RM tienen tendencia a una mejor evolución postoperatoria. La supervivencia a largo plazo tanto de la RM como de la SM con muy buenas y son comparables. El principal predictor de mortalidad es el microorganismo causante de la EIA.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.031>

Resultados del manejo multidisciplinar de la endocarditis infecciosa en un hospital terciario



J. Gálvez-Acebal^{a,d,*}, L.E. López-Cortés^{a,d},
M. Almendro^a, R. Calvo Jambrina^b, I. Mendez^b,
O. Arají^c, I. Morales^a, J.M. Barquero^c

^a Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^c Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^d IBIS / Universidad de Sevilla, Sevilla, España
Correo electrónico: jga@us.es (J. Gálvez-Acebal).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad compleja con elevada morbimortalidad. El abordaje multidisciplinar se ha mostrado eficaz, y así lo recomiendan actualmente las guías de expertos, aunque los trabajos publicados son escasos.

Objetivo: Analizar la influencia de la intervención de un equipo multidisciplinar en el manejo de la EI.

Método: Estudio de cohortes de las EI tratadas consecutivamente en un centro hospitalario terciario entre los años 1996 y 2016. Se compararon diferentes variables entre dos periodos. A partir del año 2008 se establecieron reuniones periódicas con la participación de cardiólogos, cirujanos cardíacos e infectólogos, en la que se consensuaron intervenciones basadas en el diagnóstico microbiológico y ecocardiográfico, la selección del tratamiento antibiótico más adecuado, así como la valoración de la indicación y momento del tratamiento quirúrgico. Igualmente se estableció un sistema de comunicación directo para planificar los traslados desde otros centros. En 2013 se inició un programa de tratamiento antibiótico domiciliario.

Resultados: Se incluyeron 283 episodios: 127 del primer periodo y 156 en el segundo. En el segundo periodo se incrementó tanto la edad media (56,7 vs 64,5 años, $p<0,001$) como la comorbilidad de los pacientes (índice de Charlson medio 1,0 vs 2,2; $p<0,001$). No hubo diferencias significativas en el tipo de endocarditis, salvo en un incremento de casos relacionados con dispositivos en el segundo periodo. *Staphylococcus epidermidis* fue el microorganismo más frecuente en el primer periodo y *Staphylococcus aureus* en el segundo periodo. El número de casos sin diagnóstico etiológico disminuyó en el segundo periodo (7,1% vs 4,5%, $p=0,346$). Se incrementaron los estudios ecocardiográficos transesofágicos (61,4% vs 76,3%, $p=0,007$). La frecuencia de complicaciones fue similar en ambos periodos, excepto en una disminución de insuficiencia cardíaca grave (48,8% vs 33,8%) y un aumento de las complicaciones perianulares (14,3% vs 23,7%; $p=0,05$). El tratamiento quirúrgico se indicó con una frecuencia similar en ambos periodos (64,6% vs 57,4%, $p=0,227$) aunque se intervinieron menos pacientes en el segundo (52,8% vs 37,8%; $p=0,012$). En el último periodo se inició el programa de tratamientos ambulatorios (0 vs 34%). Hubo una reducción significativa de la mortalidad intrahospitalaria (39,4% vs 22,4%; $p=0,002$) así como una disminución en la estancia media hospitalaria ($41,2 \pm 21,2$ vs $35,4 \pm 21,1$ días); $p=0,07$). En el análisis multivariante de los factores relacionados con la mortalidad, el

segundo periodo tuvo un efecto protector (OR: 0,38; IC95%: 0,21-0,70; $p=0,002$).

Conclusiones: La instauración de diferentes medidas diagnósticas y terapéuticas por un equipo multidisciplinar influyó favorablemente en la precisión diagnóstica y en el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa en nuestro hospital.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.032>

Tratamiento antimicrobiano secuencial de la mediastinitis post cirugía cardíaca



J.E. Lujan Valencia^a, L.E. Lopez Cortes^{b,*},
R. Calvo Jambrina^a, J.M. Barquero Aroca^c,
J. Galvez Acebal^b

^a Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Correo electrónico: edu.luv@hotmail.com (L.E. Lopez Cortes).

Justificación: La mediastinitis es una complicación mayor de la cirugía cardíaca, altamente compleja, que afecta tejidos blandos, hueso, mediastino y biomateriales. Actualmente no están bien establecidas las pautas de tratamiento antimicrobiano y existe muy poca experiencia en el tratamiento secuencial.

Objetivo: Describir la influencia del tratamiento antimicrobiano secuencial (TAS) en la evolución de los pacientes con mediastinitis relacionadas con cirugía cardíaca.

Método: Estudio observacional de pacientes con mediastinitis tratados en un centro terciario con cirugía cardíaca entre los años 2002-2016 y diagnosticados según criterios del CDC. Todos los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano intravenoso. El TAS con paso de la vía intravenosa a vía oral se propuso en aquellos pacientes clínicamente estables, con colecciones ya drenadas, resolución de la bacteriemia y opciones terapéuticas por vía oral. Se realizó un análisis descriptivo, comparando las características de los pacientes con TAS respecto a los tratados exclusivamente por vía intravenosa.

Resultados: Se incluyeron 81 casos, con una media de edad de 68 ($\pm 8,7$) años, siendo 63 (75,9%) varones. Se realizó el TAS en 48 (59,3%) pacientes y en 33 (40,7%) solo tratamiento intravenoso. No se observaron diferencias entre ambos grupos en las características basales, en el tipo de intervención ni en la presentación clínica. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus coagulasa negativo* en 34 (41%) de los casos, seguido del *Staphylococcus aureus* en 15 (18,1%) y bacilos gramnegativos en 15 (18,1%). La distribución de los microorganismos fue similar en ambos grupos. Los antimicrobianos más frecuentemente usados en el TAS fueron las quinolonas en 31 (64,6%), seguido de rifampicina (asociada a otros antimicrobianos) en 25 (52,1%), betalactámicos en 13 (27,1%), trimetoprim-sulfametoxazol en 4 (8,3%) y linezolid en 2 (4,2%) casos. En el grupo tratado por vía intravenosa fueron los glucopéptidos en 22 (66%), betalactámicos en 11 (33%), linezolid en 4 (12%), carbapenemas en 4 (12%) y daptomicina en 1 (3%) caso. La cirugía fue menos frecuente en el grupo que recibió TAS (70,8% vs 93,9%; $p=0,010$).

La curación fue más frecuente (97,9% vs 84,8%; $p=0,027$) y la mortalidad intrahospitalaria fue menor en el grupo de TAS (2,1% vs 15,2%; $p=0,039$). Además se observaron 5 (6%) casos de recidi-



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es