

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<sup>a,d,\*</sup>, L.E. López-Cortés<sup>a,d</sup>,  
M. Almendro<sup>a</sup>, R. Calvo Jambrina<sup>b</sup>, I. Mendez<sup>b</sup>,  
O. Araj<sup>c</sup>, I. Morales<sup>a</sup>, J.M. Barquero<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>b</sup> Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>c</sup> Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>d</sup> IBIS / Universidad de Sevilla, Sevilla, España  
Correo electrónico: [jga@us.es](mailto:jga@us.es) (J. Gálvez-Acebal).

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad compleja con elevada morbilidad. 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<sup>a</sup>, L.E. López Cortes<sup>b,\*</sup>,  
R. Calvo Jambrina<sup>a</sup>, J.M. Barquero Aroca<sup>c</sup>,  
J. Galvez Acebal<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena - IBIS/Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

Correo electrónico: [edu.luv@hotmail.com](mailto:edu.luv@hotmail.com) (L.E. López 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**