

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. Méndez^b, O. Araji^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: [\(J. Gálvez-Acebal\).](mailto:jga@us.es)

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 períodos. 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 período y 156 en el segundo. En el segundo período 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 período. *Staphylococcus epidermidis* fue el microorganismo más frecuente en el primer período y *Staphylococcus aureus* en el segundo período. El número de casos sin diagnóstico etiológico disminuyó en el segundo período (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 períodos, 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 períodos (64,6% vs 57,4%, $p = 0,227$) aunque se intervinió menos pacientes en el segundo (52,8% vs 37,8%; $p = 0,012$). En el último período 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 período 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 cardiaca



J.E. Luján Valencia^a, L.E. López Cortés^{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: [\(L.E. Lopez Cortes\).](mailto:edu_luv@hotmail.com)

Justificación: La mediastinitis es una complicación mayor de la cirugía cardiaca, 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 cardiaca.

Método: Estudio observacional de pacientes con mediastinitis tratados en un centro terciario con cirugía cardiaca 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 coagulase 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-sulfametoazol 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-

vas sin diferencias de incidencia entre ambos grupos (4,2% vs 9,1%; $p = 0,366$). La duración del tratamiento antimicrobiano fue similar ($41,22 \pm 10,46$ vs $41,43 \pm 9,41$; $p = 0,935$) y la estancia hospitalaria fue menor en el grupo con TAS ($57,57 \pm 34,03$ vs $84,35 \pm 45,67$; $p = 0,007$).

Conclusiones: El tratamiento antimicrobiano secuencial puede ser una opción con eficacia similar al tratamiento intravenoso en pacientes con mediastinitis posquirúrgica, permitiendo reducir la estancia hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.033>

Dalbavancina como tratamiento antibiótico de pacientes con endocarditis y/o bacteriemia por cocos grampositivos, en la práctica clínica habitual

Carmen Hidalgo-Tenorio*,
Samantha Elisabeth de Jesus,
Concepción Fernández-Roldán, Rosario Javier,
Juan Pasquau

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
Correo electrónico: [\(C. Hidalgo-Tenorio\).](mailto:chidalgo72@gmail.com)

Introducción: La dalbavancina (DBV) es un antibiótico de la familia de los lipoglucopéptidos con actividad frente a cocos gram-positivos (CGP), aprobado en infecciones de piel y partes blandas. Aunque sus propiedades PK/PD permiten un potencial uso en endocarditis (EI) y/o bacteriemias por CGP, disponemos de pocos datos clínicos. El objetivo de este estudio fue analizar en la práctica clínica habitual la efectividad de la DBV en pacientes con bacteriemia o EI por CGP.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de pacientes con EI y/o bacteriemia por CGP a los que se les ha administrado al menos una dosis de DBV. Se calculó el porcentaje de resolución clínica y días de estancia hospitalaria ahorrados. Definimos EI según criterios de Duke, y bacteriemia complicada como aquella con metástasis sépticas y/o sin retirada de catéter colonizado y/o sin respuesta rápida a las 48-72 h.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, edad 66 años (P25-P75: 48-76), 76% hombres, índice de Charlson de 1 (P25-75: 1-3). El 33,3% tenían EI definida, el 4,8% EI probable, el 19% EI sobre cable de marcapasos y el 28,6% bacteriemia (14,3% complicada y 14,3% no complicada). La estancia media fue de 27 días, el 29% ingresaron en algún momento en UCI. El aislamiento microbiológico fue SCN 52,4%, SAMS 9,5%, *E. faecium* 9,5%, *E. faecalis* 4,8%, *Streptococcus* spp. 9,5%, *Abiotrophia defectiva* 4,8%, SAMR 4,8% y sin aislamiento 4,8%. Todos los pacientes habían recibido un tratamiento antibiótico previo a la administración de DBV, con una mediana de 17 días (P25-P75: 9-28); en el 61,9% de los casos fue daptomicina, en el 23,8% ceftriaxona, en el 19% linezolid y el 9,5% vancomicina. Los principales motivos para la administración de DBV: facilitar el alta 81%; fracaso previo y toxicidad 9,5% y 4,8%, respectivamente. La dosis de DBV administrada fue de 1.500 mg en el 66,7% de los casos, de 1.000 mg en el 28,6% y de 750 mg dosis inicial seguidos de 500 mg a la semana en el 4,8%. Solo hubo un paciente que falleció por motivos distintos a la bacteriemia por CGP, y ocurrió tras la resolución de la infección. No hubo ningún reingreso por motivos relacionados. Tampoco se notificaron reacciones adversas atribuibles a la DBV. El tratamiento con DBV permitió una anticipación del alta en 16 pacientes (76,2%), con un ahorro total de 167 días (media de 7,9 días/paciente, rango 0-18).

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que la dalbavancina puede jugar un importante papel en el tratamiento de bacteriemias

no complicadas y endocarditis tras las primeras semanas de estabilización en caso de que no requiera intervención, permitiendo recortar la estancia hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.034>



Características de los pseudoaneurismas como complicación de la endocarditis infecciosa

Guillermo Ojeda-Burgos ^{a,*}, Radka Ivanova ^b, Gemma Sánchez Espín ^c, María Victoria García ^d, Isabel Rodríguez Bailón ^e, Josefa Ruiz Morales ^a

^a Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^c Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^d Microbiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^e Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

Correo electrónico: [\(G. Ojeda-Burgos\).](mailto:guilleojeda@gmail.com)

Justificación: El desarrollo de un pseudoaneurisma es una complicación grave, aunque poco frecuente, de la endocarditis infecciosa. Aunque el tratamiento de elección es el quirúrgico, se han comunicado series de pacientes no intervenidos bajo determinadas circunstancias y con evolución favorable. Conocer el perfil del paciente que desarrolla esta complicación, así como la evolución de los pseudoaneurismas en cada centro, puede ser de interés a la hora de la toma de decisiones.

Objetivo: Conocer las características, el tratamiento y el pronóstico de los pseudoaneurismas como complicación de las endocarditis infecciosas en nuestro centro.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de los datos de los pacientes con endocarditis infecciosa y diagnóstico de pseudoaneurisma pertenecientes a la cohorte de pacientes en seguimiento en el hospital Virgen de la Victoria, desde el año 1989 hasta junio del año 2017. Los datos han sido analizados con SPSS v19 para Windows.

Resultados: Se han analizado 18 casos de endocarditis infecciosa complicada con pseudoaneurisma, de un total de 363 pacientes endocarditis (incidencia 4,9%). El 78% (n=14) eran varones. La edad media fue de 52 años (DE 18). Todos los pseudoaneurismas aparecieron como complicación de una endocarditis izquierda (94,4% sobre válvula aórtica, n=17), sobre prótesis valvular en el 61% de los casos (n=11). La infección protésica fue tardía en 10 casos. En relación al germen, los más frecuentes fueron *Staphylococcus coagulasa negativa* en el 44,4% (n=8) y *S. aureus* en el 16,7% (n=3). El 27,8% (n=5) tuvieron un episodio de endocarditis previa. El 38,9% habían presentado el diagnóstico previo de un absceso por ecocardiografía (n=7). Se procedió a cirugía en 15 casos (83,3%). El motivo de cirugía más importante fue la invasión miocárdica y la persistencia del cuadro séptico. El motivo de no cirugía más frecuente fue el mal pronóstico quirúrgico (= 3, 100%). Cinco pacientes fallecieron durante el ingreso o en el primer mes post hospitalización. Cuatro pacientes reingresaron y en dos casos fue necesaria una segunda intervención quirúrgica. Al año de seguimiento hubo siete fallecimientos. Entre los pacientes que recibieron cirugía la supervivencia fue del 80% (n=12). Entre aquellos que no recibieron cirugía la supervivencia fue del 33,3% (n=1). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Se consideraron factores de riesgo para el desarrollo de pseudoaneurisma: asentamiento sobre prótesis valvular (OR 2,87, Sig.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

