

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.

0,04), válvula aórtica (OR 11,9, Sig. 0,002), infección precoz (OR 4, Sig. 0,007), *Staphylococcus coagulasa negativo* (OR 3,63, Sig. 0,012), haber padecido un episodio de endocarditis previa (OR 3,7, Sig. 0,028), fenómenos embólicos como criterio de Duke (OR 4,15, Sig. 0,019) y diagnóstico de absceso por ecocardiografía (OR 3,18, Sig. 0,025). En un análisis multivariante ajustado por edad y sexo mantuvieron la significación estadística las variables afectación valvular aórtica (OR 15,8, Sig. 0,008), afectación valvular protésica (OR 4,3, Sig. 0,018), fenómenos embólicos como criterio de Duke (OR 4,6, Sig. 0,026) y el haber padecido un episodio de endocarditis previa (OR 3,59, Sig. 0,056).

Conclusiones: La aparición de un pseudoaneurisma sobre una endocarditis surge en nuestra cohorte de forma más frecuente en el contexto de una infección con afectación valvular aórtica, habitualmente protésica, y en pacientes con antecedente de endocarditis previa y con fenómenos embólicos. En nuestra serie la supervivencia ha sido mayor en los pacientes intervenidos.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.035>

Papel de la cirugía en la supervivencia de los pacientes muy ancianos con endocarditis infecciosa



Carlos Armiñanzas^{a,*}, Jesús Zarauza^b, Emilio Bouza^b, Patricia Muñoz^b, Víctor González Ramallo^b, Miguel Ángel Goenaga^c, Karlos Reviejo^d, Juan Manuel Pericás^e, Dolores Sousa^f, Miguel Montejo^g, Arístides de Alarcón^h, José Antonio Oteoⁱ, Juan Gálvez^j, José Francisco Gutiérrez^a, María Carmen Fariñas^a, Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España (GAMES)

^a Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Hospital Donostia, San Sebastián, España

^d Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián, España

^e Hospital Clínic, Barcelona, España

^f Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^g Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

^h Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

ⁱ Hospital San Pedro, Logroño, España

^j Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Correo electrónico: [\(C. Armiñanzas\).](mailto:carminanzas@humv.es)

Justificación: la endocarditis infecciosa (EI) es una entidad de alta morbimortalidad cuya incidencia ha aumentado en pacientes muy ancianos. El beneficio de la cirugía en términos de supervivencia es controvertido en esta población.

Objetivo: Analizar la relación entre la cirugía y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes ≥ 80 años con EI en aquellos casos en los que la cirugía cardiaca estaba indicada.

Método: Estudio de cohortes prospectivo de junio de 2007 a marzo de 2015, dentro de la Cohorte GAMES, que recoge prospectivamente los datos de los pacientes ingresados con EI en 39 centros españoles. Se incluyeron los pacientes con edad > 80 años diagnosticados de EI. Se excluyeron aquellos que no aceptaron participar. Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se emplearon la T de Student o el test de Mann-Whitney, y entre variables cualitativas, la χ^2 . Se realizó un análisis de regresión logística para controlar el efecto de diversas variables sobre la mortalidad, incluyendo como variable dependiente la condición de fallecido/no fallecido y como variables independientes las que en el estudio univariable mostraron diferencia significativa ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 266 pacientes ≥ 80 años en los que la cirugía estaba indicada (60% varones; media de edad: 83 años (DE: 3,14)). Las principales comorbilidades fueron HTA (73%), insuficiencia cardiaca (43%) y dislipemia (40%). La EI fue de origen comunitario en el 51%, más frecuente en válvula natural (55%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (80%) y fallo cardiaco (57%). Los principales microorganismos fueron los *S. aureus* (24%), SCN (18%) y *Enterococcus* sp. (13%).

La cirugía se realizó en 104 pacientes (39% de aquellos donde estaba indicada). El motivo más frecuente para no realizarla fue el mal pronóstico (50%). Los pacientes intervenidos y no intervenidos presentaban similar comorbilidad, pero los no intervenidos mostraron una frecuencia significativamente mayor de DM (33,3% vs 21,2%; $p = 0,022$) y sepsis con fallo de órgano (FO) al ingreso (27,5% vs 9,6%; $p < 0,001$). La mortalidad fue significativamente superior en los pacientes no intervenidos (58% vs 29,8%; $p < 0,001$).

En el análisis multivariable se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad (ajustada por sexo femenino, DM, índice de Charlson > 3 , fallo cardiaco al diagnóstico, sepsis con FO, shock séptico y EI por *S. aureus* o SCN) y la no realización de cirugía en los pacientes en los que estaba indicada (OR: 2,46; IC 95%: 1,34-4,51).

Conclusiones: En los pacientes > 80 años con EI la cirugía se realizó en menos de la mitad de los casos en los que estaba indicada. No se objetivó diferencia en la comorbilidad de los pacientes intervenidos y no intervenidos, aunque en los pacientes no intervenidos hubo una mayor proporción de sepsis con FO. Los pacientes > 80 años con EI que no se intervinieron presentaron una mayor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.036>



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

