

que evolucionan a hemorrágicas 1,1% vs 3,7% ($p < 0,01$). Por el contrario no hubo aumento de las complicaciones primitivamente hemorrágicas 3,9% vs 3,7% ($p = 0,758$).

En el momento de diagnóstico de la endocarditis 522 pacientes (25,1%) tenían tratamiento anticoagulante prescrito, 1343 (64,7%) pacientes no tenían tratamiento anticoagulante y en 212 (10,2%) pacientes no se registró con exactitud. De los 522 pacientes con tratamiento anticoagulante, en 78 (14,9%), no se tenían datos exactos del manejo. De los 444 restantes lo dividimos en tres grupos en función del manejo de esta terapia; Grupo 1, se mantuvieron con dicumarínicos o con heparina en perfusión continua: 87 casos, (19,4%). Grupo 2, continuaron el tratamiento con heparina a dosis intermedias (1 mg/kg/día): 242 casos (54,5%) y Grupo 3 se retiró transitoriamente la anticoagulación sin sospecha de embolismos en 76 (17,1%). En otros 39 pacientes (8,8%) se retiró la anticoagulación, pero por sospecha clínica/radiológica (se excluyen para el posterior análisis).

Comparando los dos periodos vemos que un 26,3% del primer periodo mantenían la anticoagulación (grupo 1), un 59,3% cambiaron a heparina a dosis intermedias (grupo 2) y un 14,4% discontinuaban transitoriamente (grupo 3) frente a un 14,8% del grupo 1, 60,4% del grupo 2 y un 24,9% del grupo 3 en el segundo periodo ($p = 0,003$).

Si comparamos el número de complicaciones neurológicas entre ambos periodos en función de la actitud tomada, vemos como de forma global el grupo 1 va de 14,5% en el primer periodo a un 20,0% en el segundo ($p = 0,532$), el grupo 2 pasa de un 17,9% a un 16,7% ($p = 0,865$) y el grupo 3 va de un 2,9% a un 9,5% ($p = 0,373$).

Evaluando la tasa de complicaciones por el tipo de complicación neurológica, las complicaciones isquémicas en el grupo 1 van de 9,7% a un 8% ($p = 0,999$), en el grupo 2 de un 11,4% a un 11,8% ($p = 0,999$) y en el grupo 3 van de 2,9% a un 9,5% ($p = 0,373$). Las complicaciones isquémicas que evolucionan a hemorrágicas en el grupo 1 van de 0% en el primer periodo a 8% en el segundo ($p = 0,080$); En el grupo 2 va de 4,3% a un 2,9% (0,737) y no se produce ninguna en el grupo 3. Finalmente, las complicaciones hemorrágicas en el grupo 1 son de 4,8% en el primer periodo y 4% en el segundo ($p = 0,999$), en el grupo 2 de 5,7% en el primer periodo a 2% ($p = 0,198$) y en el grupo 3 no había ninguna en el primer periodo y una en el segundo, en un paciente en el que el tiempo de discontinuación fue inusualmente alto (4 semanas).

En un modelo multivariante de complicaciones neurológicas introdujimos 4 variables: Válvula mitral (si/no), *S. aureus* (si/no), Manejo de la anticoagulación (no anticoagulado, mantiene coagulación, reduce con heparina, suspende anticoagulación) y periodo (2013-2016, 1984-2012). La categoría de referencia es la primera. El resultado del modelo se describe en la tabla a continuación:

Conclusión: Desde la publicación del artículo, se objetiva un cambio de actitud terapéutica, siendo mayor la discontinuación terapéutica del tratamiento anticoagulante, lo que contribuye a la disminución de las complicaciones neurológicas hemorrágicas, a pesar del aumento global de las complicaciones en el segundo periodo.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.053>

P-35

Análisis del perfil de virulencia en enterococcus faecalis causantes de endocarditis



M.J. Iglesias, D. Rodríguez, I. Grau, D. Berbel, G. Cuervo, C. Ramón, J. Càmar, R. Pallarés, M.A. Domínguez, C. Ardanuy

Introducción: *Enterococcus faecalis* es una causa frecuente de bacteriemia y endocarditis. Los diferentes factores de virulencia

contribuyen a la patogenia de este microorganismo y se asocian con la adhesión [*efaA* (endocarditis specific antigen A), *asa1* (aggregation substance) y *esp* (enterococcal surface protein)], la citotoxicidad (*cylA*, *cytolysin*) y la invasividad [*hyl* (hyaluronidase) y *gelE* (gelatinase)].

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar el perfil de virulencia de cepas de *E. faecalis* aislados de hemocultivos de pacientes adultos con y sin endocarditis.

Material y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva los aislamientos de *E. faecalis* causantes de bacteriemias monomicrobianas en pacientes adultos atendidos en un hospital de tercer nivel en el periodo 2011-2017. La identificación se realizó mediante espectrometría de masas Maldi-TOF (MaldiBiotyper, Bruker®). La detección de los factores de virulencia (*asa1*, *esp*, *cylA*, *hyl*, *gelE*, *efaA*) se realizó por PCR utilizando *primers* y condiciones descritos previamente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se detectaron un total de 241 episodios de bacteriemia monomicrobiana causada por *E. faecalis*. De ellas, 175 estuvieron disponibles para el estudio ($n = 22$ endocarditis, $n = 153$ otros focos).

La distribución de los factores de virulencia asociados con adhesión estuvieron presentes en un porcentaje alto de las cepas endocarditis ($n = 22$) y en las de bacteriemia enterocócica ($n = 153$): *asa1* 81,8% vs 73,9%; *esp* 40,9% vs 40,5%; *efaA* 95,5% vs 98,0%. El único gen asociado a citotoxicidad estudiado (*cylA*) se detectó en el 31,8% de endocarditis y en el 27,5% de aislados de bacteriemia. Finalmente, entre los genes asociados a invasividad, el gen de la hialuronidasa (*hyl*) no se detectó en ningún aislamiento, mientras que el gen de la gelatinasa E (*gelE*) se encontró en el 86,4% de los aislamientos de endocarditis y un 73,9% entre los de bacteriemia. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los genes.

Conclusion: Las cepas de *E. faecalis* que causan bacteriemia presentan con frecuencia factores de virulencia asociados a la adhesión y a la invasión. Aunque no se encontraron diferencias significativas, los genes *asa1* (aggregation substance) y *gelE* (gelatinase) fueron más frecuentes entre los aislados de endocarditis.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.054>

P-36

PET-CT con 18FDG en el diagnóstico de sospecha de endocarditis infecciosa valvular y/o dispositivos intracavitarios



M.C. Albornoz Almada, L. García-Álvarez, X.L.E. Boulevard Chollet, A. Cabrera Villegas, J.A. Oteo Revuelta

Introducción: El diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) valvular y la infección en los dispositivos intracavitarios (CID) constituyen un reto en la actualidad. La EI es una patología grave y con mal pronóstico cuya mortalidad no se ha modificado significativamente a pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento. La EI sobre prótesis valvulares representa una de las formas más graves de esta enfermedad, con una mortalidad intrahospitalaria del 30-40%. En las últimas guías y con objeto de mejorar la sensibilidad diagnóstica se han incorporado otras técnicas de imagen/funcionalidad como la PET-CT con 18FDG. Además, esta técnica puede ayudar a la detección de complicaciones a distancia.

Objetivos: Describir la experiencia en nuestro centro con PET-CT con 18FDG en el diagnóstico de la EI en pacientes con sospecha de EI valvular y/o asociada a CID.

Material y métodos: Pacientes a los que se les ha realizado PET-CT con 18FDG por sospecha de EI y/o asociada a CID. Todos los pacientes fueron sometidos a una exploración PET-CT con 18 FDG según el protocolo habitual y previo seguimiento de una dieta baja en hidratos de carbono. Para el diagnóstico final del proceso



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es