

periodo más reciente (2000-18) hubo de significativamente más traslados, infecciones nosocomiales y menos vegetaciones en los electrodos. Los estafilococos fueron los más frecuentes en ambos periodos, pero en el segundo periodo hubo mayor proporción de *Streptococcus*, *Enterococcus*, *BGN-no-HACEK* y cultivo negativo. La retirada del dispositivo se realizó en la mayoría de pacientes (90,5% primer periodo y 84,1% segundo). No hubo diferencias en la mortalidad hospitalaria y al año del seguimiento entre ambos periodos. La tasa de recidivas fue mayor en el segundo. Los pacientes a los que no se retiró el DEC eran significativamente mayores (76 vs. 66 años,  $p < 0.01$ ) y tuvieron más recidivas (16% vs. 2%,  $p = 0.12$ ). La no retirada del DEC fue el único factor pronóstico asociado a una mayor mortalidad hospitalaria (10% vs. 44%,  $p < 0.01$ ) y al año de seguimiento (16% vs. 59%,  $p < 0.01$ ).

**Conclusión** La EI sobre DEC, sobretudo nosocomial, está aumentando. La etiología más común sigue siendo estafilocócica, aunque en el segundo periodo hay más *Streptococcus*, *Enterococcus*, *BGN-no-HACEK* y cultivo negativo. La extracción del DEC es clave para curar esta infección y el único factor asociado a mayor supervivencia hospitalaria, al año y a reducción de recidivas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.047>

O-006

#### ¿ES EL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO (ANTICOAGULANTE Y/O ANTIAGREGANTE) PREVIO UN FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD Y DE DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA?



Javier Tomás Solera Rallo,  
Francisco Galván Román, Ángel Ramos Fernández,  
María Ponte Serrano, Santiago De Cossio Tejido,  
Marcos Sánchez Fernández,  
Laura Domínguez Pérez, Francisco López Medrano

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) es una patología altamente mortal. Uno de los motivos que se encuentra detrás de la elevada mortalidad es el desarrollo de complicaciones neurológicas<sup>1</sup>. Actualmente, no se recomienda el uso de tratamiento anticoagulante en pacientes diagnosticados de EI que no tengan una indicación específica de anticoagulación durante la fase aguda de la enfermedad<sup>2,3</sup>. Sin embargo, muchos pacientes cumplen requisitos para estar permanente anticoagulados. En ellos es necesario realizar un balance riesgo-beneficio y tomar una decisión de manera individualizada a la hora de mantener el tratamiento anticoagulante.

**Objetivo:** Comparar las características y evolución de los pacientes con y sin tratamiento antitrombótico (anticoagulante y/o antiagregante) previo con EI en nuestro centro, e intentar demostrar que éste resulta un factor de riesgo de mortalidad y de desarrollo de complicaciones en esta población.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo, realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se recogieron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico probable o definitivo de endocarditis infecciosa según los criterios de Duke modificados, ingresados entre el 01/01/2013 y el 31/12/2018. Se compararon las características y evolución de los pacientes con y sin tratamiento antitrombótico. La información clínica de los pacientes se ha recopilado de las historias electrónicas, organizándose en una tabla de datos codificada mediante el programa Microsoft Excel. Los cálculos estadísticos se realizaron con Stata v15.1.

**Resultados:** Tras el análisis de los datos, se incluyeron en el estudio 132 pacientes. De ellos, un total de 85 pacientes se encontraba en tratamiento antitrombótico. La terapia anticoagulante se encontraba pautada en 58 personas. El motivo más habitual fue la fibrilación auricular/flutter auricular aislada (55%). La segunda indicación de anticoagulación fue la presencia de prótesis mecánica, encontrada en 23 pacientes (40%). El fármaco más utilizado fue acenocumarol (36%). Se empleó terapia antiagregante en 41 pacientes. El motivo más frecuente fue la cardiopatía isquémica (20 pacientes, 48%). El fármaco más empleado fue el ácido acetilsalicílico (35 pacientes, 27%). La mortalidad en pacientes con terapia antitrombótica previa al ingreso fue del 35%, frente al 23% en paciente sin este tipo de tratamiento ( $p = 0.019$ ). Hay 30 pacientes con terapia antitrombótica previa que presentaron clínica neurológica, 10 de los cuales fallecieron (33%). Se concentraron la mayor parte de las muertes en los enfermos anticoagulados (8 fallecidos, 26% del total). De los 44 pacientes que estaban solamente anticoagulados, fallecieron 19 (43%). De ellos, 8 presentaron clínica neurológica.

**Conclusiones:** En nuestra población, existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.019$ ) entre la tasa de mortalidad en pacientes con terapia antitrombótica previa (35%) frente a aquellos sin ella (23%). La mayor concentración de complicaciones neurológicas y fallecidos se asocia a fármacos anticoagulantes orales. En esta población es necesario balancear el riesgo-beneficio de mantener el tratamiento anticoagulante en fase aguda de la EI, especialmente si presentan clínica neurológica. Serían necesarios estudios prospectivos para valorar si la retirada de tratamiento anticoagulante en estos pacientes conllevaría una reducción del riesgo de muerte y de complicaciones neurológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.048>

COMUNICACIONES POSTER FLASH

PF-001

#### DAPTOMICINA COMBINADA CON AMPICILINA, CEFTRIAXONA, CEFTAROLINA PRESENTA SINERGIA IN VITRO Y PREVIENE EL DESARROLLO DE RESISTENCIA DE ALTO NIVEL A DAPTOMICINA EN *A. DEFECTIVA* Y *G. ADIACENS*



María A. Cañas, Adrian Téllez,  
Cristina García De La Mària,  
Javier García-González,  
Marta Hernández-Meneses, Carlos Falces,  
Manel Almela, Juan Ambrosioni,  
Asunción Moreno, José M. Miró

Hospital Clinic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona, Barcelona

**Justificación:** Estudios previos han demostrado que la exposición *in vitro* a concentraciones inhibitorias de daptomicina (DAP) en *G. adiacens* y *A. defectiva* genera rápidamente el desarrollo de resistencia de alto nivel a la daptomicina (RAND) con CMI > 256 µg/ml. Estudios realizados en *S. mitis* han mostrado que las combinaciones de DAP con β-lactámicos son sinérgicas y bactericidas y previenen el desarrollo de resistencia a daptomicina (Zapata B. *et al.* 2018). En este contexto, estas combinaciones de β-lactámicos con DAP podrían ser útiles para prevenir *in vitro* el RAND en ABI y GRA.

**Objetivos:** Estudiar la actividad *in vitro* por curvas de letalidad de la daptomicina (DAP) en combinación con ampicilina (AMP), gentamicina (GEN), ceftriaxona (CTR) o ceftarolina (CTL) en cepas de *Abiotrophia defectiva* y *Granulicatella adiacens* que generan RAND y evaluar si previenen el desarrollo de resistencia a la DAP.



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**