

## PF-007

# Características clínicas, evolutivas y pronóstico de la endocarditis infecciosa en diez centros de Cataluña central: Estudio retrospectivo de 910 casos (2009–2018)



Marta Hernández-Meneses<sup>1</sup>,  
Sonia Calzado Isbert<sup>2</sup>, Jaume Llopis<sup>3</sup>,  
Lucía Boix Palop<sup>4</sup>, Javier Díez-De Los Ríos<sup>5</sup>,  
Jordi Cuquet<sup>6</sup>, Antoni Cárdenas<sup>7</sup>,  
Juan Ambrosioni<sup>1</sup>, Oriol Gasch<sup>2</sup>,  
José María Miró<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

<sup>2</sup> Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell

<sup>3</sup> Departamento de Genética, Microbiología y Estadística. Universidad Barcelona, Barcelona

<sup>4</sup> Hospital Universitario Mutua Terrassa, Terrassa

<sup>5</sup> Hospital de Vic, Vic

<sup>6</sup> Hospital General Granollers, Granollers

<sup>7</sup> Hospital Sagrat Cor, Barcelona

**Justificación** Las publicaciones sobre endocarditis infecciosa (EI) se basan en cohortes realizadas en hospitales terciarios. En este trabajo se describen las características de la EI a nivel poblacional, incluyendo centros comunitarios. **Objetivos** Definir las características clínicas, evolutivas y pronóstico de la EI en 10 centros de Cataluña-Central, nueve centros sin cirugía cardíaca y un centro de tercer nivel con cirugía cardíaca desde 2009–2018. **Material y métodos** Se recogieron retrospectivamente los casos consecutivos de EI en nueve hospitales del Cataluña-Central y su hospital terciario de referencia, en el periodo 2009–2018. Se utilizaron los criterios de EI de Duke modificados. Se analizaron las características epidemiológicas y clínicas y factores asociados a la mortalidad hospitalaria y al año de seguimiento. **Resultados** 910 episodios consecutivos de EI, edad media de 71 años (RIQ 59–79) y predominio de varones (69,6%). La adquisición fue comunitaria (70,8%), nosocomial (13,4%) y nosohusial (14,2%), en un 4,2% de pacientes fue desconocida. El 30% de los casos fueron trasladados. Los pacientes tuvieron un índice de Charlson medio de 4 (RIQ 3–6) con una prevalencia de diabetes del 27%, ERC 28,6% y 20% de hepatopatía crónica/cirrosis. La proporción de EI nativas, protésicas, TAVI o asociadas a dispositivos de electroestimulación cardíaca (DEC), con o sin afectación valvular, fue del 65,7%, 26,2%, 8,8% y 10,5%, respectivamente. 54% aórticas y mitral en el 43% de los casos. *S. aureus* fue la etiología más frecuente (21,8%) seguido de EGV 18,2%, enterococo 14,3% y los ECN 13,1%. En el 7,8% los hemocultivos fueron negativos. El 74,5% de casos tenían vegetaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca (IC) (39,7%), valvulopatía severa (41%), insuficiencia renal (32,4%), embolización sistémica (32,4%), absceso paravalvular (17%) y el embolismo en el SNC (14,6%). 458 (51,4%) pacientes tenía indicación quirúrgica, se operaron 306 (34,3%). Los principales motivos fueron: valvulopatía severa 40,3%, IC 12,4% y endocarditis protésica 14%. Un 20,5% cumplieron antibioterapia en régimen domiciliario (TADE). La mortalidad hospitalaria y al año fueron del 22,2% y 29,7%, respectivamente. Un 6,2% de recidivas o reinfecciones. Sólo el 4,8% de pacientes requirieron cirugía al año. Los factores pronósticos de mortalidad hospitalaria y al año se describen en la tabla. Se asociaron a un peor pronóstico la edad > 70 años, hepatopatía crónica, *S. aureus*, IC, embolización-SNC y la no cirugía estando indicada. Los factores protectores fueron la EI comunitaria, la realización de PET/TC y la cirugía cardíaca. **Conclusiones** En este estudio de EI a nivel poblacional predominó la adquisición comunitaria de la EI, la etiología por *S. aureus* y la afectación aórtica. La mortalidad hospitalaria y al año fueron elevadas. Además de los factores pronósticos clásicos, este estudio encon-

tró que se asoció a un peor pronóstico la no realización de cirugía cuando estaba indicada y que mejoraba el pronóstico la realización de un PET/TC cardíaco. El valor de estas dos variables deberá caracterizarse mejor en nuevos estudios. [Tabla 1](#)

**Tabla 1**

Factores asociados con mortalidad hospitalaria y mortalidad al año

	Mortalidad hospitalaria			Mortalidad al año		
	MULTI-VARIATE OR	CI 95%	p	MULTI-VARIATE OR	CI 95%	p
Edad > 70 años	1,71	(1,10, 2,67)	0,02	1,67	(1,11, 2,52)	0,01
Hepatopatía crónica	3,04	(1,54, 4,78)	<0,001	2,71	(1,57, 4,67)	<0,001
EI comunitaria	0,64	(0,42, 0,98)	0,04	0,70	(0,47, 1,05)	0,09
Traslado	1,27	(0,74, 2,16)	0,38	1,01	(0,61, 1,65)	0,97
<i>S. aureus</i>	1,85	(1,17, 2,91)	0,008	1,13	(0,77, 1,77)	0,58
Insuficiencia cardíaca	2,04	(1,66, 2,51)	<0,001	1,87	(1,54, 2,27)	<0,001
Embolización al SNC	3,24	(1,93, 5,45)	<0,001	1,86	(1,11, 3,12)	0,02
PET	0,21	(0,11, 0,42)	<0,001	0,26	(0,14, 0,45)	<0,001
Cirugía	0,34	(0,18, 0,62)	<0,001	0,24	(0,14, 0,41)	<0,001
Indicación de cirugía sin cirugía	2,27	(1,40, 3,68)	0,001	2,18	(1,37, 3,17)	0,001

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.055>

## COMUNICACIONES PÓSTER

### P-001

#### Experiencia del hospital 12 de octubre en el tratamiento de pacientes con endocarditis infecciosa con dalbavancina



Miguel Calderón Flores, Javier Tomás Solera Rallo, Ignacio Fernández Herrero, Christian Vigil Martín, Eduardo Miguel Aparicio Minguijón, María Arrieta Loitegui, José Manuel Caro Teller, Laura Domínguez Pérez, Francisco López Medrano, FranciscoGalván Román

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Justificación:** Dalbavancina es un lipoglucopéptido que inhibe la síntesis de la pared bacteriana, con excelente actividad frente a la mayoría de Gram positivos de interés clínico, incluyendo microorganismos multirresistentes. Esto unido a su cómoda posología, la convierten en una atractiva opción terapéutica.

**Objetivo:** Conocer las características y evolución de los pacientes con endocarditis infecciosa tratados con dalbavancina en el Hospital 12 de Octubre entre enero de 2018 y agosto de 2019.

**Método:** Se revisaron las historias clínicas seleccionadas y se generó una base de datos con Microsoft Excel. Sus principales características se resumen en la tabla 1. Algunas de las variables registradas fueron sexo, índice de comorbilidad de Charlson (ICC), valvulopatías y material protésico previos, microorganismo aislado, complicaciones, antibioterapia dirigida inicial, características del tratamiento con dalbavancina, días estimados de hospitalización ahorrados atribuidos a dalbavancina y desenlace. Los datos fueron analizados con Stata v15.1.

**Resultados:** Se identificaron 19 sujetos, con una mediana de edad de 84,6 años, siendo el 68% varones y con una puntuación media de 8 en el ICC. El 68% presentaba valvulopatía, destacando la insuficiencia mitral. El 53% portaba material protésico. El microorganismo aislado más frecuente fue *Staphylococcus aureus* oxacilina sensible (32%), seguido de *Enterococcus faecalis* (21%), *Staphylococcus coagulasa negativo* (16%), *Streptococcus viridans* (11%) y *Streptococcus bovis* (11%). Se identificó vegetación en el 58%, predominando la válvula aórtica. El 63% presentó complicaciones,

**Tabla 1**

Dalbavancina: 1500 mg/2 semanas. EI: endocarditis infecciosa; Ao: válvula aórtica; Staph: *Staphylococcus*; SAOR: *Staphylococcus aureus* oxacilina resistente; SAOS: *Staphylococcus aureus* oxacilina sensible; SCN: *Staphylococcus coagulasa* negativo; Strep: *Streptococcus*; Oxa-R: Oxacilina resistente; MR: multirresistente; MCP: marcapasos; ILQ: infección lugar quirúrgico; MNR: muerte no relacionada

Tratamiento Dalbavancina (semanas)	Sustrato EI	Microorganismo	Antibiótico terapia previa a Dalbavancina (semanas)	Efectos secundarios	Días de hospitalización ahorrados	Desenlace
2	Ao. degenerativa	<i>Enterococcus hirae</i>	Ceftriaxona + Ampicilina (5)		7	Curación
	Indeterminada	<i>Staph. hominis</i>	Vanco micina (4)		14	
	Mitral nativa	<i>Strep. oralis</i>	Ceftriaxona (4)		15	
	MCP	SAOS	Dapto micina (2)		28	
	Ao. doble lesión	SAOS	Dapto micina + Cefazolina (4)		13	
	Indeterminada	<i>Enterococcus faecalis</i>	Ceftriaxona + Ampicilina (5)		6	
3	Indeterminada	<i>Enterococcus faecalis</i>	Ceftriaxona + Ampicilina (3)		19	MNR
	Mitral degenerativa	<i>Strep. lutetiensis</i>	Ceftriaxona (4)		12	
	Mitral mecánica	No identificado	Dapto micina (2)		28	
	Ao. biológica	<i>Staph. haemolyticus</i> Oxa-R	Dapto micina (4)		14	
	Indeterminada	SAOR	Dapto micina (4)		14	
	Ao. nativa	SAOS	Dapto micina + Cloxacilina (7)	Neutropenia	0	
	Ao. nativa	<i>Strep. gallolyticus</i>	Ceftriaxona (8)		10	
3	ILQ	SCN Oxa-R	Dapto micina (4)		13	Curación
4	Indeterminada	SAOS	Dapto micina + Cefazolina (2)		27	
	Insuf. tricúspide	<i>Strep. gordonii</i>	Ceftriaxona (2)		14	
6	MCP	SAOS	Cefazolina (3)		17	Curación
10	Indeterminada	SAOS	Cloxacilina (1)	Diarrea	33	
12	Ao. mecánica	<i>Enterococcus faecalis</i>	Ceftriaxona + Ampicilina (6)		0	

destacando los embolismos en el sistema nervioso central (37%), seguidos de insuficiencia de la válvula afecta (32%). El 53% de los pacientes tenían indicación quirúrgica, aunque sólo se intervino la mitad. Todos los pacientes recibieron antibioterapia dirigida previa a dalbavancina, con una media de días de tratamiento de 25,5. La mediana de días de tratamiento con dalbavancina fue 14. Dos pacientes presentaron complicaciones: diarrea autolimitada y neutropenia (no claramente atribuible al antibiótico). La mediana de días totales de antibioterapia fue 43. Se estima que la dalbavancina ahorró 284 días de hospitalización (media de 15 por paciente). Dos pacientes fallecieron durante el tratamiento y ninguno fue por causas relacionadas con la endocarditis. [tabla 1](#)

**Conclusión:** Los datos de nuestra serie refuerzan lo reflejado por previas respecto a la seguridad y efectividad de dalbavancina como tratamiento de consolidación de la endocarditis, independientemente del microorganismo (siempre que presente sensibilidad), tanto en válvulas protésicas como en nativas, permitiendo adelantar el alta, con la consecuente reducción de los costes y riesgos que conlleva un ingreso prolongado.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.056>

## P-002

### Experiencia clínica del uso de dalbavancina en endocarditis infecciosa (EI)



Cristina Veintimilla, Maricela Valerio,  
Simone Mornese, Marina Machado,  
Cristina Rincón, Manuel Martínez-Sellés,  
Blanca Pinilla, Antonia Delgado,  
M<sup>a</sup> Eugenia García-Leoni, Patricia Muñoz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón,  
Madrid

**Justificación** Dalbavancina (DAL) es un lipoglucopeptido de vida media larga aprobado para tratar infecciones bacterianas de piel y tejidos blandos. Sin embargo, en los últimos años se ha utilizado para tratamiento de otras infecciones complicadas por bacterias Gram positivas, incluyendo Endocarditis infecciosa (EI), aunque la evidencia que respalda su uso aún es limitada.

**Objetivo** Conocer el perfil de eficacia y seguridad de dalbavancina en el tratamiento de EI en la vida real.

**Material y métodos** Estudio retrospectivo observacional de una cohorte de pacientes con EI tratados con DAL en el HGU Gregorio Marañón durante el período 2016-2018. La duración de la dalbavancina en cada caso se clasificó en: a) **media**: DAL  $\geq$  7 días, pero  $<$  50% del tiempo total del tratamiento; b) **alta**: DAL  $\geq$  7 días y  $\geq$  50% del total del tratamiento. Se analizó la mortalidad, la tasa de recidivas y la toxicidad.

**Resultados** De los 150 pacientes con EI en el periodo de estudio, 14 (9,3%) recibieron dalbavancina como parte de su tratamiento: 10 (71,4%) con duración media y 4 alta (28,5%). Globalmente el 85,7% eran varones, la mediana de edad fue 61 años (IQR 49-80) y el Charlson ajustado por edad fue de 5 (IQR 3-9). La endocarditis afectó a una válvula natural (7; 50%), protésica (7; 50%) y cable de marcapasos o desfibrilador (2; 14,3%). En 7 (50%) la localización fue aórtica, en 4 (28,6%) mitral y en 3 (21,4%) tricúspide. Según el lugar de adquisición, 10 (71,4%) fueron comunitarias, 3 (21,4%) nosocomiales y 1 (7,1%) relacionadas a la asistencia sanitaria. Los microorganismos aislados más frecuentemente fueron: *Staphylococcus aureus* 5 (35,7%) –de los cuales SAMR 2 (14,3%)–, *Streptococcus* spp. 4 (28,5%), *Staphylococcus coagulasa* negativo 3 (21,4), *Enterococcus faecalis* 1 (7,1%), polimicrobiana 1 (7,1%) (SAMS + *Streptococcus anginosus*). *S. aureus* supuso 3/4 casos de duración alta de DAL, frente a 2/10 de duración media. El 50% de los pacientes se sometieron a ciru-





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**