

**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-

gía cardíaca. Todos los pacientes recibieron una mediana de 28,5 días (IQR 21-38) de otros antibióticos antes de la dalbavancina. La mediana de tratamiento con dalbavancina fue de 2 semanas (IQR 2-4) y en 12 (85.7%) de los casos se administró de forma ambulatoria. La respuesta clínica se consideró satisfactoria en todos los pacientes (no hubo mortalidad, reinfecciones, ni recidiva a los 6 meses de seguimiento). Se detectó algún efecto adverso en 2 pacientes (hiperbilirubinemia y urticaria) que no precisaron la suspensión del fármaco.

**Conclusión** Nuestro estudio sugiere que dalbavancina es un fármaco seguro y bien tolerado como tratamiento secuencial de endocarditis infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.057>

## P-003

### ENDOCARDITIS POR KYTOCOCCUS SEDENTARIUS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS



Dacil García Rosado, María Del Mar Alonso Socas, M Antonia Miguel Gómez, Juan Lacalzada Almeida, César Pablo Prada Arrondo, Remedios Alemán Valls, Ana López Lirola, Ricardo Pelazas González, Fermín Rodríguez Moreno, Juan Luis Gómez Sirvent

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife

**Justificación:** *Kytococcus sedentarius* (antiguo género *Micrococcus*) es un coco grampositivo aeróbico ubicuo en piel y mucosas, considerado como contaminante habitual en muestras clínicas. Se han descrito pocos casos en la literatura de endocarditis por *Kytococcus*.

**Objetivo:** Presentamos 2 casos de endocarditis infecciosa por *Kytococcus sedentarius* sobre válvulas protésicas. Caso 1. Mujer de 75 años, independiente para las actividades de la vida diaria (IAVD), diabética con buen control metabólico, valvulopatía reumática con sustitución valvular mitral y aórtica en junio 2016. Ingresa en junio del 2018 por fiebre de 3 días de evolución, en 4/6 hemocultivos se aísla *Kytococcus sedentarius*. En la ETE se observa masa vegetante 0,7 cm sobre válvula protésica aórtica con mínima disfunción valvular. Recibió tratamiento con vancomicina, gentamicina y rifampicina durante 2 semanas y vancomicina y rifampicina durante 6 semanas más, sin complicaciones. ETT/ETE al finalizar el tratamiento ausencia de vegetaciones e IA moderada. Reingresa a los 30 días del alta anterior, en EAP por insuficiencia aórtica severa, requiriendo cirugía. Los hemocultivos de este ingreso y la PCR de la válvula fueron negativos. No ha presentado complicaciones posteriores. **Caso 2.** Mujer de 87 años, sin deterioro cognitivo, IAVD. Sustitución valvular aórtica por prótesis biológica en agosto del 2016. La paciente ingresa en agosto del 2018 por deterioro general de dos semanas de evolución y en urgencias se objetiva fiebre. En 3/3 hemocultivos se aislaron *Kytococcus sedentarius*. En la ETE describen imagen sugestiva de absceso en el anillo subvalvular aórtico que afecta al septo y en el TAC cardíaco no observan absceso sino pseudoaneurisma 0,7 cm intercoronaria subvalvular aórtica. Se solicita valoración a Cirugía Cardíaca que desestima nueva intervención por la edad. Se inicia vancomicina y rifampicina, pero presenta intolerancia digestiva a rifampicina y rash a vancomicina, por lo que continuó con daptomicina 12 mg/kg/día, con inesperada buena respuesta clínica y sin complicaciones. Se traslada a Hospitalización a Domicilio (HDO) para continuar tratamiento antibiótico, hasta cumplir 8 semanas, permaneciendo asintomática. A los 3 días

del alta de la HDO, reingresa en el centro por IAM anterior. En ETE se observa engrosamiento periprotésico con gradiente muy elevado. Evoluciona hacia shock cardiogénico, falleciendo.

**Conclusiones:** Describimos dos casos de endocarditis por *Kytococcus sedentarius* sobre válvula protésica con mala evolución clínica. En la mala evolución clínica habría que considerar, entre otros factores, el retraso en el diagnóstico por la malinterpretación de los resultados microbiológicos. La extracción adecuada de hemocultivos y la información clínica al microbiólogo es fundamental para poder discriminar entre colonización y patógeno en los aislamientos de bacterias con difícil interpretación clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.058>

## P-004

### RIESGO DE INFECCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRACARDÍACOS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA TARDÍA. ANÁLISIS EN UN COHORTE NACIONAL



Lucía Boix Palop<sup>1</sup>, Beatriz Dietl<sup>1</sup>, Esther Calbo<sup>1</sup>, Mariona Xercavins<sup>2</sup>, Pedro María Martínez Pérez-Crespo<sup>3</sup>, María Luisa Cantón<sup>3</sup>, Jesús Rodríguez Baño<sup>3</sup>, Luis Eduardo López Cortés<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Mutua, Terrassa

<sup>2</sup> CatLab Microbiología, Barcelona

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Justificación:** El riesgo de infección de los dispositivos intracardíacos (iDIC) por siembra hematológica en el transcurso de un episodio de bacteriemia (EB) tardío (> de 1 año después de la implantación) está poco definido, sobre todo cuando la bacteriemia es por organismos distintos de *S. aureus*. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de iDIC por siembra hematológica durante un EB tardío e identificar los factores de riesgo asociados a su presentación.

**Tabla 1**

Comparación EB tardíos con y sin iDIC

Variables	iDIC N = 39 (20,9%)	No iDIC N = 148 (79,1%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad (años), mediana (RIC)	77 (72-84)	78 (71-84)	0,96		
Sexo masculino	28 (71,8)	95 (64,2)	0,37		
Índice de Charlson ajustado, mediana (RIC)	6 (4-8)	6 (5-7)	0,28		
Tipo DIC - Prótesis valvular - Marcapasos/DAI - Ambos	22 (56,4) 11 (28,2) 6 (15,4)	68 (46) 70 (47,3) 10 (6,76)	0,23 0,03 0,09	0,56 (0,26-1,22)	0,15
Tiempo desde última manipulación (años), mediana (RIC)	4,79 (2,66-7,33)	4,66 (2,71-7,57)	0,95		
Adquisición - Extrahospitalaria - Hospitalaria	29 (74,4) 10 (25,6)	89 (60,1) 59 (39,9)	0,11 0,11		
Bacteriemia mes previo	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Etiología: - Gram positivos- <i>S. aureus</i> - <i>Enterococcus</i> spp. - <i>S. epidermidis</i> - Gram negativos - <i>P. mirabilis</i> - <i>P. aeruginosa</i> - <i>S. marcescens</i>	37 (94,9) 11 (28,2) 11 (28,2) 3 (7,69) 1 (2,56) 1 (2,56) 0 0	54 (36,5) 19 (12,8) 15 (10,1) 3 (2,03) 91 (61,5) 4 (2,7) 0	0,001 0,02 0,004 0,11 0,001 0,001 0,11 0,001 0,01	3,28 (1,25-8,6) 3,69 (1,37-9,96)	0,02 0,01
Foco de origen: - Urinario - Respiratorio - Abdominal - Desconocido - Otros	1 (2,56) 2 (5,13) 0 17 (43,6) 18 (46,2) 38 (25,7)	56 (37,8) 11 (7,43) 22 (14,9) 21 (14,2) 5 (3,38)	0,001 1 0,009 0,001 0,51	3,47 (1,49-8,07)	0,004
Bacteriemia persistente	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Ingreso UCI	8 (20,5)	16 (10,8)	0,11		
Días ingreso, mediana (RIC)	18 (4,5-41)	13 (6,5-27)	0,53		
Exitus relacionado	12 (30,8)	20 (13,5)	0,01		

**Conclusión:** Más de un tercio de los pacientes portadores de DIC presentan iDIC durante el curso de un EB tardío por Gram positivos. Los factores de riesgo asociados a la iDIC son el origen desconocido del EB y que la etiología sea *S. aureus* o *Enterococcus* spp. No hubo iDIC causadas por *P. aeruginosa* o *S. marcescens*.





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**