

hígado 0,77450,70,7857SUVmax MO columna lumbar 0,750,80,7143SUVmean MO columna lumbar 0,74020,80,7143

**Conclusiones:** En un modelo de EI animal, el aumento de captación de FDG en bazo y MO permite identificar los casos con EI.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.017>

20

### Incidencia, Características y Evolución de las Endocarditis Nosocomiales Durante la Pandemia COVID-19



A. Mora Vargas<sup>1</sup>, J. Calderón Parra<sup>1</sup>, F. Martínez Vera<sup>1</sup>, A. Fernández Cruz<sup>1</sup>, E. Muñoz Rubio<sup>1</sup>, F. Domínguez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Cobo Marcos<sup>2</sup>, A. Forteza<sup>3</sup>, A. Ramos Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

<sup>2</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

**Introducción:** La pandemia COVID-19 ha podido tener influencia en la incidencia de endocarditis infecciosa nosocomial (EIN).

**Objetivos:** Describir la incidencia, características y evolución de la EIN durante la pandemia COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo las EIN definidas, según los criterios de Duke, desde marzo 2020 hasta marzo 2021. Se dividieron a los pacientes en ingreso por COVID-19 (grupo COVID) o por otros motivos (grupo no COVID). Se comparó la incidencia de EIN con el mismo periodo de 2019-2020.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 22 EIN, 7 (31,8%) en COVID, 15 (68,2%) en no COVID. La incidencia fue 9,7 casos/10.000 ingresos (22/22.596). La incidencia en el mismo periodo 2019-2020 fue 4,6/10.000 (10/21.668), siendo la diferencia significativa (OR 1,91, IC95% 1,03-3,96,  $p = 0,038$ ). Durante el periodo 2020-2021, la incidencia de EIN en COVID fue 24,6/10.000 (7/2.846) frente a 7,5/10.000 (15/19.750) en no COVID, siendo la diferencia significativa (OR 3,23 IC95% 1,32-7,95,  $p < 0,001$ ). La mediana de edad fue 75 años (RIQ 68-80), siendo varones 68,2%. La mediana de Índice de Charlson fue 5 (RIQ 4-6). Un 36,4% presentaban válvula protésica, mientras un 22,7% valvulopatías significativa no protésica. Los pacientes COVID habían recibido más frecuentemente inmunosupresores (71,4% vs. 13,3%,  $p = 0,014$ ), sin otras diferencias entre grupos. El foco primario fue considerado vascular en 86,4% (19/22; 10 por vía periférica (VP), 5 por catéter venoso central (CVC), 4 no se pudo diferenciar origen entre VP o CVC). 3 pacientes presentaron foco no vascular (1 genitourinario, 2 gastrointestinal). No hubo diferencias entre grupos. Las manifestaciones fueron: fiebre 95,5%; insuficiencia cardiaca 68,2%; embolismos 45,5%; ictus 40,9%; insuficiencia renal 40,9%; bacteriemia persistente 38,1%; y shock séptico 14,3%. Los pacientes no COVID presentaron con más frecuencia clínica subaguda (0 vs. 46,7%,  $p = 0,042$ ), sin otras diferencias estadísticamente significativas. La etiología fue: estafilococos coagulasa negativo 6 (27,3%); *Enterococcus faecalis* 6 (27,3%); *Staphylococcus aureus* 4 (18,2%); *Candida albicans* 3 (13,6%). En 3 casos no hubo aislamiento microbiológico (13,6%). No hubo diferencias entre grupos. La mortalidad a 30 días fue 45,5%, siendo la EIN o sus complicaciones la causa en todos los casos salvo 1 (no COVID). No hubo diferencias de mortalidad entre grupos (28,6% vs. 53,3%,  $p = 0,381$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de EIN ha aumentado durante la pandemia, especialmente en pacientes ingresados por COVID-19. El foco primario de las EIN fue predominantemente vascular. Afectarán frecuentemente a pacientes con comorbilidad y patología valvular previa. Las manifestaciones, etiología y evolución fueron similares en COVID y no COVID, destacando una elevada frecuencia de eventos embólicos, especialmente ictus. Las EIN asocian elevada morbimortalidad y es importante extremar las medidas de prevención.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.018>

22

### Efecto del Tratamiento

#### Antiagregante/Anticoagulante Previo en Pacientes Que Desarrollaron Endocarditis Infecciosa



R. Parra Fariñas<sup>1</sup>, E. Hernández Martínez<sup>2</sup>, S. Gutiérrez González<sup>3</sup>, M. Arrizabalaga Gil<sup>4</sup>, H. Alarcos Blasco<sup>4</sup>, C. Abad Pérez<sup>1</sup>, C. González Rico<sup>5</sup>, M. Gutiérrez Cuadra<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital El Bierzo, Ponferrada

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

<sup>4</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>5</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**Introducción:** En la actualidad sigue siendo objeto de debate en que pacientes con Endocarditis Infecciosa (EI) que reciben antiagregación o anticoagulación (AAS/ACO) es aconsejable retirarla durante los primeros días del diagnóstico para disminuir el riesgo de complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar en pacientes con EI y tratamiento con AAS/ACO previo al ingreso, las características epidemiológicas, etiológicas y su influencia en la evolución.

**Material y métodos:** Pacientes incluidos en la cohorte prospectiva de EI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, diagnosticados según los criterios de Duke modificados, que estaban recibiendo tratamiento con AAS/ACO en el momento del ingreso. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

**Resultados:** Se incluyeron 440 pacientes diagnosticados de EI entre el 29/12/2007 y 26/11/2018. De estos, 219 (49,8%) pacientes recibieron tratamiento AAS/ACO (AAS: 100; 45,7%, ACO: 108; 49,3% y ambos: 11; 5,0%). El 63,9% (140/219) eran hombres. La edad media fue de 70,34 (DE = 12,60) años. Las principales comorbilidades fueron: enfermedad coronaria (94; 42,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (58; 26,5%), fibrilación auricular (FA) (87; 39,7%), miocardiopatía (38; 17,4%), ACVA (50; 22,8%) y cardiopatía congénita (8; 3,7%). La EI fue sobre válvula natural en 107 pacientes, sobre válvula protésica en 97 (44,3%), sobre válvula natural y protésica en 4 (1,8%) y sobre implante endovascular en 18 (8,2%). La válvula aórtica estaba afectada en 126 (57,85%) pacientes, la válvula mitral en 94 (42,19%), la válvula pulmonar en 2 (0,9%), válvula tricúspide en 13 (5,9%) y en 15 (6,8%) la EI fue en cable marcapasos. La etiología más frecuente fue: *S. aureus* 44 (20,1%), *S. epidermidis* 38 (17,4%), *E. faecalis*: 32 (14,6%), *S. mitis* 8 (3,7%), *S. gallolyticus* 4 (1,8%), *S. salivarius* 4 (1,8%) y *S. agalactiae* 3 (1,4%).



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

