

podría ser administrada mediante dispositivos elastoméricos en programas TADE.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.006>

**3-ID: 220005**

#### TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESIVO EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA



E. García Carús <sup>1</sup>, L. Caminal Montero <sup>2</sup>,  
J. Fernández Suárez <sup>1,3</sup>, C. Salmerón Menéndez <sup>4</sup>,  
M. Alaguero <sup>5</sup>, J. Fernández Domínguez <sup>1,3</sup>,  
L. Villa Bajo <sup>1,3</sup>, A. Rodríguez Esteban <sup>6</sup>, L. García <sup>7</sup>,  
A. Rodríguez-Guardado <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Microbiología

<sup>2</sup> Área de Gestión Clínica Medicina Interna

<sup>3</sup> Grupo de Microbiología Traslacional; Instituto de Investigación del Principado de Asturias

<sup>4</sup> Servicio de Cirugía cardiaca

<sup>5</sup> Área de Gestión Clínica de Farmacia

<sup>6</sup> Área de Gestión Clínica de Medicina Intensiva

<sup>7</sup> Área de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, en representación del equipo PROA-HUCA

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) se asocia con importante morbilidad. Se ha postulado en algunos casos la necesidad de tratamiento antibiótico supresor en pacientes en los que no se ha realizado reemplazo quirúrgico o que presentan EI complicadas con abscesos o manifestaciones infecciosas osteoarticulares lo que puede llevar acarreada la aparición de efectos adversos.

**Objetivo:** Dada la poca evidencia disponible sobre la evolución de estos pacientes nos propusimos revisar la experiencia de nuestro centro con especial hincapié en la aparición de efectos adversos.

**Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EI que recibieron tratamiento antibiótico supresor desde 2019 en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se definió como tratamiento antibiótico supresor el que tenía una duración superior a 8 semanas tras el primer cultivo positivo.

**Resultados:** Se identificaron 17 pacientes (88,3% varones; edad media 71,6 años (límites 55-84 años). Ocho pacientes fueron diagnosticados de EI protésica (en 6 casos aortica, en una mitral y en otra mitroaórtica), 3 de EI sobre válvula nativa y 6 de infección sobre dispositivos intracardiacos. Dos pacientes con EI protésica complicada (1 con absceso, otro con fistula, ambos con pseudoaneurisma) y otro con absceso en EI nativa no tuvieron cirugía. Los microorganismos más frecuentes fueron: *S. epidermidis* (5 casos), *S. aureus* (2 casos), *E. faecalis* (2 casos), *Streptococcus* grupo *viridans* (2 casos), *Streptococcus* grupo *bovis*, *Corynebacterium* spp, *C. acnes* (1 caso cada uno). En 3 casos tanto el cultivo como la PCR del ribosoma 16S fueron negativos. En 4 casos se realizó recambio quirúrgico pero se mantuvo tratamiento prolongado por otros motivos (infección de prótesis articular crónica, necesidad de resección transuretrales crónicas). En el caso de los pacientes portadores de dispositivos intracardiacos no se pudo realizar la retirada completa del dispositivo en ninguno de ellos. El tiempo medio de tratamiento antibiótico fue de  $20 \pm 14$  meses (límites 6-64 meses). Los tratamientos utilizados fueron: doxiciclina (8 casos), amoxicilina (6 casos), cotrimoxazol (2 casos) ciprofloxacino (1 caso). En dos pacientes se sustituyó el tratamiento antibiótico por intolerancia digestiva (uno con cotrimoxazol y otro con doxiciclina). No se recogieron episodios de infección por *Clostridioides difficile*. Ningún paciente falleció ni se produjeron recidivas.

**Conclusiones:** El tratamiento prolongado parece ser una alternativa segura y eficaz en aquellos pacientes con riesgo elevado de recidiva de endocarditis infecciosa en los que no es posible la realización de cirugía o extracción de dispositivos intracardiacos. La doxiciclina parece ser una alternativa especialmente segura por su baja relación con la aparición de infección por *Clostridioides difficile*.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.007>

**4-ID: 220008**

#### ANÁLISIS COSTE-EFICIENCIA EN LAS INFECCIONES LOCALES SOBRE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES DE ELECTROESTIMULACIÓN CARDIACA



A de Alarcón <sup>1</sup>, E Gutiérrez-Carretero <sup>2</sup>, A Ortiz <sup>3</sup>,  
E Arana <sup>3</sup>, R Luque <sup>1</sup>, M García de la Borbolla <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía Cardiaca

<sup>3</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Justificación:** El abordaje de las infecciones locales sobre dispositivos implantables de electroestimulación cardiaca (DIEC) es aún tema de debate. Aunque hay un consenso general de que la única manera de asegurar la curación es la extracción completa del sistema, en muchos pacientes ancianos o con comorbilidades, aun se siguen priorizando las técnicas de abordaje local. Analizar el coste eficiencia de los diversos abordajes (local/extracción completa) en las infecciones locales sobre DIEC.

**Método:** Estudio de 281 infecciones locales en un hospital de referencia. Se compararon los distintos tipos de abordaje: local vs. extracción total mediante tracción percutánea endovascular (TPE) y se realizó un análisis de costes. Todas las intervenciones sobre el paciente hasta la curación o el fallecimiento relacionado se computaron como un solo episodio para valorar la eficacia del tratamiento y los costes, con un periodo mínimo de seguimiento de dos años.

**Resultados:** 116 pacientes fueron sometidos a tratamiento local, de los que tan solo 12 (13%) curaron. De los 101 pacientes que fracasaron, en 4 se optó por tratamiento ATB supresivo crónico (solo uno sobrevivió tras TPE y cirugía cardiaca posterior) y los restantes 97 pacientes fueron finalmente sometidos a TPE (2 fallecimientos por la técnica y otro en el seguimiento), con un coste medio de 42.700 €. En cambio, en los 129 pacientes en los que se utilizó la TPE de entrada, hubo 4 fallecimientos, una tasa de curación del 97,5% (116 pacientes), y un coste medio asociado de 24.700 €. En 38 casos (17%) la TPE (inicial o secundaria) fue incompleta, registrándose 9 recaídas (23,5%) en forma de infección sistémica y que fueron sometidos a cirugía cardiaca abierta en 8, falleciendo 2.

**Conclusiones:** La retirada completa del sistema en las infecciones locales no solo es una técnica mucho más eficaz para la curación, sino que además supone un coste menor, con una mortalidad similar (2,5 vs. 3%).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.008>



**BIO MED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



91 803 28 02



[info@biomed.es](mailto:info@biomed.es)

