

ser destetado pocos días después. El paciente presentó una buena evolución posterior pudiendo ser extubado y dado de alta tras la recuperación y completar el tratamiento antibiótico.

Conclusiones: Las infecciones sobre tubos valvulados para el tratamiento de la disección aórtica son una patología agresiva que suponen un gran reto quirúrgico debido a su anatomía complicada y la presencia de disecciones residuales que requieren intervenciones extremadamente complejas debido a su mala respuesta al tratamiento antibiótico aislado.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.016>

13-ID: 220032

PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS SOBRE DEC CUANDO EL DISPOSITIVO NO PUEDE SER RETIRADO



M. Hernández-Meneses¹, J. Llopis², E. Sandoval³, S. Ninot³, B. Vidal⁴, M. Fernández-Pittol⁵, G. Cuervo¹, J.M. Tolosana⁴, A. Moreno¹, J.M. Miró^{1,6}, Hospital Clinic IE team investigators

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

² Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁴ Servicio de Cardiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁵ Servicio de Microbiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁶ CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Justificación: A pesar de los avances en el diagnóstico, tratamiento antimicrobiano y quirúrgico, el pronóstico de las infecciones sobre dispositivos de electroestimulación cardiaca (DEC) se asocia a elevadas cifras de morbimortalidad cuando no es posible la retirada del DEC. Las características de los pacientes no operados con endocarditis infecciosa (EI) sobre DEC han sido poco estudiadas en la literatura.

Objetivo: Conocer la prevalencia, características clínicas y pronóstico de los pacientes con EI sobre DEC en los que no se puede retirar el dispositivo de forma completa y el papel que tiene el tratamiento antibiótico oral supresivo (TAOS) en evitar las recidivas.

Método: Estudio retrospectivo de los episodios de EI sobre DEC en el periodo 1981-2020. Para el diagnóstico del EI sobre DEC se utilizaron los criterios de Duke modificados. Se compararon los casos en los que se extrajo el DEC y en los que no. Se analizaron los cambios temporales, las recidivas y la supervivencia al año. Se analizó la eficacia del TAOS y la utilidad del [18F]FDG-PET/TC en el seguimiento.

Resultados: Se diagnosticaron 138 casos consecutivos de EI sobre DEC en los que el dispositivo se retiró de forma completa en 123 pacientes (89%) y no se pudo retirar en 15 (11%). El porcentaje de casos no retirados fue del 4% en el periodo 1981-2000 y del 12,4% en periodo 2001-2020 ($p = 0,09$). Los pacientes en que los que no se pudo retirar el DEC tuvieron más edad (75 vs. 69 años, $p < 0,01$) y más comorbilidades (índice Charlson 5 vs. 4 $p < 0,01$), menor prevalencia de *Staphylococcus aureus* (66,7 vs. 29,3%, $p < 0,01$) y menor tasa de estafilococos coagulasa negativa (ECN) (13,3 vs. 48,7%, $p < 0,01$). Existe una tendencia no significativa a una mayor mortalidad intrahospitalaria (33,3 vs. 10,6%, $p = 0,07$) y más recidivas al año (13,3 vs.

1,62%, $p = 0,08$). Además, la mortalidad al año fue significativamente superior (46,7 vs. 13%, $p = 0,01$) en los pacientes en los que no se retiró el DEC. De los 15 pacientes sin retirada completa de DEC, ocho (53,3%) pacientes presentaron infección por *S. aureus*, 4 (26,7%) ECN, un (6,6%) *Cutibacterium acnes*, un (6,6%) *Enterococcus faecalis* y un (6,6%) *Escherichia coli*. Trece sobrevivieron al ingreso hospitalario de los que 11 (85%) recibieron TAOS, sin recidivas tras una mediana (RIQ) de 36 meses de seguimiento, incluyendo dos pacientes que suspendieron TAOS al negativizar el 18F]FDG-PET/TC de control tras 12 y 18 meses de tratamiento. Los dos (15%) pacientes que no recibieron TAOS inicial recidivaron durante el seguimiento.

Conclusiones: La no retirada del DEC en la EI sobre DEC ha aumentado en los últimos años e identifica un subgrupo de pacientes comórbidos de edad avanzada con menor afectación tricúspidea y mayor tasa de infección por *S. aureus*, que tienen una mayor mortalidad al año de seguimiento. El TAOS fue eficaz para evitar las recidivas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.017>

14-ID: 220033

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA “PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL 2022”



G. Cuervo¹, P. Lapeña², X. Urra³, J. Llopis⁴, M. Hernández-Meneses¹, O. Maisterra⁵, F. Escrihuela-Vidal⁶, C. Sáez⁷, N. Pérez de la Ossa^{8,9}, J.M. Miró^{1,10}, el Grupo de Estudio TM-EI

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona

² Universidad de Barcelona, Escuela de Medicina, Barcelona

³ Unidad Funcional de Enfermedades Cerebrovasculares, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona

⁴ Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Universidad de Barcelona

⁵ Servicio de Neurología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona

⁶ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari de Bellvitge, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat

⁷ Servicio de Medicina Interna, Sección de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

⁸ Departamento de Neurología, Unidad de Ictus, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona

⁹ Plan Director de Enfermedades Vasculares Cerebrales, Departamento de Salud de Cataluña, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña, Barcelona

¹⁰ CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Justificación: El ictus isquémico agudo es la complicación extracardíaca más frecuentes y grave de la endocarditis infecciosa (EI). Dado que la trombólisis intravenosa (TIV) está contraindicada, la trombectomía mecánica (TM) proporciona una opción potencial-

mente beneficiosa en estos pacientes. Sin embargo, la evidencia es escasa y controvertida.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la TM en ictus isquémicos relacionados con EI en comparación con ictus isquémicos de otras etiologías.

Método: Estudio multicéntrico de casos y controles de pacientes tratados con TM desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de marzo de 2022 en nueve centros integrales de ictus en España. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con ictus isquémico asociado a EI tratados con TM de los centros participantes. Los casos se emparejaron 1:4 con pacientes con ictus isquémico no relacionados con EI del registro poblacional de código ictus de Cataluña (CICAT), utilizando un emparejamiento por puntuación de propensión que incluyó ocho variables. La eficacia se definió por las tasas de recanalización exitosa ($mTICI \geq 2$ b), mejoría neurológica (disminución ≥ 1 punto en la escala National Institute of Health Stroke Scale [NIHSS] en comparación con la puntuación inicial), respuesta dramática precoz (disminución ≥ 8 puntos en la escala NIHSS en comparación con la puntuación inicial o un NIHSS score de 0-2 puntos a las 24 h) y buenos resultados neurológicos a los tres meses (puntuación ≤ 2 puntos en la modified Rankin Scale [mRS]). La seguridad se evaluó por la aparición de una transformación hemorrágica intracranal (HIC), HIC sintomática, mortalidad cruda y mortalidad relacionada con el ictus isquémico.

Resultados: De los 54 pacientes con ictus isquémico asociado a EI de los centros participantes, 50 casos se compararon con 200 controles. La recanalización exitosa se logró de manera similar en ambos grupos (76 vs. 83%; $p = 0,253$). La mediana de NIHSS a las 24 horas fue comparable entre las dos cohortes, con tasas análogas de mejoría neurológica (78 vs. 78%; $p = 1$) y una respuesta dramática precoz similar (48 vs. 46,5%; $p = 0,849$). No hubo diferencias en cuanto a la tasa de HIC total (28 vs. 19%; $p = 0,161$), excepto cuando se realizó TIV previa (50 vs. 37%, $p = 0,037$). Aunque la mortalidad cruda fue mayor en la cohorte de EI (28 vs. 15,5%; $p = 0,039$), no se observaron diferencias en la mortalidad relacionada con el ictus (12 vs. 15%; $p = 0,589$). A los tres meses del evento, las puntuaciones mRS de los dos grupos eran superponibles ($mRS \leq 2$ puntos 50 vs. 58%; $p = 0,308$).

Conclusiones: La TM en los ictus isquémicos asociados a EI fue tan eficaz y segura como en los pacientes sin EI, aunque la realización previa de TIV podría comprometer la seguridad del procedimiento. Se debería considerar incluir en las guías de práctica clínica la recomendación de realizar exclusivamente TM en pacientes con ictus isquémicos relacionados con EI.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.018>

15-ID: 220034

EFICACIA DE LA TERAPIA COMBINADA DE FOSFOMICINA MÁS DAPTOMICINA O IMIPENEM EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS EXPERIMENTAL (EE) POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS RESISTENTE A METICILINA (SERM) Y RESISTENTE A LA VANCOMICINA (SERV) “PREMIO MEJOR POSTER FLASH 2022”



C. García de la Mària¹, G.L. Cuervo¹, M.A. Cañas¹, J. García-González¹, M. Hernández-Meneses¹, C. Falces¹, J. Llopis², F. Marco³, A. Moreno¹, J.M. Miró¹, el grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

¹ Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

² Departamento de Microbiología, Genética y Estadística, Universidad de Barcelona

³ Departamento de Microbiología, Centro Diagnóstico Biomédico (CDB), Hospital Clínic, Barcelona

Justificación: *Staphylococcus epidermidis* es un agente etiológico cada vez más común en la endocarditis infecciosa, especialmente en los dispositivos intracardiacos, siendo con mucha frecuencia resistente a la meticilina (SERM). La vancomicina (VAN), sola o en combinación, sigue siendo el tratamiento recomendado por las guías ESC y AHA de 2015, a pesar de su toxicidad. Se necesitan nuevas combinaciones de antibióticos con mejores perfiles de actividad y seguridad. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de fosfomicina (FOM) más daptomicina (DAP) o imipenem (IMI) y compararla con el tratamiento con VAN frente a dos cepas MRSE, una resistente a VAN (SERV) en el modelo de endocarditis experimental (EE) y comparar su actividad con VAN.

Método: A las 48 h de la inducción de una endocarditis trombótica no bacteriana en la válvula aórtica del animal, se inoculó por vía intravenosa $1,5 \times 10^9$ ufc/mL de una cepa SERM o SERV. A las 48 h de la infección, los animales se trataron durante dos días con las siguientes pautas: VAN (1 g/12 h iv), DAP (6 mg/Kg/día), FOM (2 g/6 h iv), IMI (1 g/6 h iv) y las terapias combinadas de FOM más DAP o IMI, utilizando farmacocinética humanizada. La dosis de VAN se ajustó al índice ABC/CMI > 400, siendo equivalente a administrar una dosis de 1 g/6 h iv (HD-VAN). Los animales se sacrificaron después de transcurrir seis semividas de la última dosis de antibiótico.

Resultados: Las CMI/CMB para FOM, IMI, DAP y VAN fueron de 2/8, 64/64, 1/1 y 2/4 mg/L para SERM-375 y para NRS-6 (SERV) de > 128/> 128, 16/32, 2/2 y 8/16 mg/L respectivamente. Para la cepa SERM, el tratamiento con FOM más IMI fue significativamente más efectivo que VAN y HD-VAN en esterilizar las vegetaciones y en reducir la densidad de microorganismos. DAP en monoterapia fue más efectivo en esterilizar las vegetaciones que VAN. Para la cepa SERV, el descenso en el recuento bacteriano para DAP en monoterapia fue más eficaz que HD-VAN.



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

