

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  $\geq 1$  punto en la escala National Institute of Health Stroke Scale [NIHSS] en comparación con la puntuación inicial), respuesta dramática precoz (disminución  $\geq 8$  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  $\leq 2$  puntos en la modified Rankin Scale [mRS]). La seguridad se evaluó por la aparición de una transformación hemorrágica intracraneal (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 Mària<sup>1</sup>, G.L. Cuervo<sup>1</sup>, M.A. Cañas<sup>1</sup>, J. García-González<sup>1</sup>, M. Hernández-Meneses<sup>1</sup>, C. Falces<sup>1</sup>, J. Llopis<sup>2</sup>, F. Marco<sup>3</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, J.M. Miró<sup>1</sup>, el grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

<sup>1</sup> Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>2</sup> Departamento de Microbiología, Genética y Estadística, Universidad de Barcelona

<sup>3</sup> 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 intracardíacos, 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.

Grupos de tratamiento	Veg. estériles, no/total, no. (%)	Mediana (IQR) (log <sub>10</sub> UFC/g of veg)
SERM-375		
Control	0/15 (0)	7,4 (6-8,3)
VAN	3/16 (19) <sup>a,b</sup>	2 (2-2) <sup>d</sup>
HD-VAN	5/15 (33) <sup>c</sup>	2 (0-2,8) <sup>e</sup>
DAP-6	9/15 (60) <sup>b</sup>	0 (0-4,1)
FOM	4/15 (27)	2 (1-2)
IMI	4/15 (27)	2 (1-3,1)
FOM + IMI	11/15 (73) <sup>a,c</sup>	0 (0-2) <sup>d,e</sup>
FOM + DAP	4/10 (40)	2 (0-2)
<sup>a</sup> p = 0,002, <sup>b</sup> p = 0,046, <sup>c</sup> p = 0,03, <sup>d</sup> p = 0,002, <sup>e</sup> p = 0,015.		
NRS-6 (SERV)		
Control	0/16 (0)	8,4 (7,9-8,9)
HD-VAN	0/15 (0)	7,1 (5,2-8,5) <sup>a,b</sup>
DAP-6	1/15 (7)	3,7 (2-6) <sup>a</sup>
FOM	0/15 (0)	7,8 (7-8,4)
IMI	0/15 (0)	5,9 (2,8-6,7)
FOM + IMI	1/15 (7)	5,4 (4,5-6,4) <sup>b</sup>
FOM + DAP	0/10 (0)	4,9 (3,8-6,1)
<sup>a</sup> p = 0,018, <sup>b</sup> p = 0,054.		

**Conclusiones:** En el tratamiento de la EE por SERM, los grupos DAP y de FOM más IMI fueron los más eficaces, siendo la combinación de FOM + IMI superior a VAN y HD-VAN. Ajustar la dosis de la vancomicina no mejoró su eficacia. En el tratamiento de la EE por SEVR, el tratamiento de DAP en monoterapia fue el único que se mostró significativamente más activo que HD-VAN. En ningún caso se recuperaron subpoblaciones resistentes ni a DAP ni a FOM.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.019>

16-ID: 220035

#### COHORTE EN-DALBACEN 2.0: DALBAVANCINA COMO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE CONSOLIDACIÓN DE EI POR COCOS GRAM POSITIVOS



C. Hidalgo-Tenorio<sup>1</sup>, S. Sadyrbaeva<sup>1</sup>,  
A. Enríquez-Gómez<sup>2</sup>, P. Muñoz<sup>3</sup>, A. Plata Ciezar<sup>4</sup>,  
J.M. Miró Meda<sup>5</sup>, A. Alarcón<sup>6</sup>,  
F.J. Martínez Marcos<sup>7</sup>, B. Loheches<sup>8</sup>,  
F. Eschiruela-Vidal<sup>9</sup>, D. Vinuesa<sup>10</sup>, C. Herrero<sup>11</sup>,  
C. Badia Martí<sup>12</sup>, M.M. Arenas<sup>13</sup>,  
E. García Vázquez<sup>14</sup>, M.C. Fariñas<sup>15</sup>,  
J. Pasquau<sup>1</sup>, GAMES group

<sup>1</sup> Virgen de las Nieves University Hospital, Granada.  
Biohealth Research Institute of Granada IBS-Granada

<sup>2</sup> Virgen Macarena University Hospital, Sevilla

<sup>3</sup> Gregorio Marañón Hospital, Madrid

<sup>4</sup> Málaga Regional Hospital, Málaga

<sup>5</sup> Clínic Hospital, Barcelona

<sup>6</sup> Virgen del Rocío University Hospital, Sevilla

<sup>7</sup> Juan Ramón Jiménez University Hospital, Huelva

<sup>8</sup> La Paz University Hospital, Madrid

<sup>9</sup> Bellvitge Hospital, Barcelona

<sup>10</sup> San Cecilio University Hospital, Granada

<sup>11</sup> Jaén Hospital Complex, Jaén

<sup>12</sup> Terrasa Mutua Hospital, Terrassa

<sup>13</sup> del Mar Hospital, Barcelona

<sup>14</sup> Virgen de la Arrixaca Hospital, Murcia

<sup>15</sup> Marqués de Valdecilla University Hospital,  
Santander

**Justificación:** La EI es una entidad poco frecuente, aunque en las últimas décadas se ha incrementado debido entre otros factores al

envejecimiento de la población, mejora de las técnicas diagnósticas y el intervencionismo; tiene una alta mortalidad y morbilidad, y requiere largas estancias hospitalarias para la administración del tratamiento antibiótico recomendado en las guías de práctica clínica.

**Objetivo:** Objetivos analizar los resultados en salud del uso de dalbavancina como tratamiento de consolidación de las EI producidas por cocos gram positivos (CGP).

**Método:** Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, español que incluyó a 124 pacientes con EI seguidos durante 12 meses a los que se les administró DBV como parte del tratamiento antibiótico en fase de consolidación. El estudio fue aprobado por el Comité Provincial del centro coordinador.

**Resultados:** Se incluyeron 124 sujetos con EI con edad media de 67,4 años, 70,2% eran hombres, con un índice de Charlson de 4 (2,5-6), 91,1% tenían criterios de EI definida y 8,9% probable. 46,8% EI sobre válvula nativa, 24,2% protésica tardía, 19,4% protésica precoz, 8,9% sobre cable de marcapasos. 5,6% tenían afectación de válvula aórtica y 31,9% mitral. En cuanto a los microorganismos aislados fueron estafilococos coagulasa negativos (38,8%), *S. aureus* (22,6%), *Enterococcus faecalis* (19,4%), *Streptococcus spp* (9,7%), *E. faecium* (2,4%), SAMR (0,8%), *Abiotrophia defectiva* (0,8%) y *E. caseliflavus* (0,8%) (todos ellos eran sensibles a vancomicina). 91,2% fueron intervenidos antes de la administración de DBV. 66,9% recibieron solo un esquema de antibioterapia previo durante 9,5 días de mediana (4-13), 24,2% recibieron un segundo esquema previo a DBV durante 24,5 días (16,6-56) y 6,4% recibió un tercer esquema durante una mediana de 14,5 días (12-19,5). La razón más frecuente para administrar DBV fue 95,2% facilitar el alta. La dosis total recibida fue de 1.500 mg (1.500-2.093,7), administrada durante 2 semanas (2-3,759), y la mediana de días de cobertura antibiótica fue de 14 días (14-25). En cuanto a los resultados en salud hubo 0,8% de pérdidas de seguimiento, 3,2% recidiva, 0,8% *exitus* relacionado en el día 67 del diagnóstico de la EI y 9,7% *exitus* no relacionado a los 6 mes (4,8-8,9). En cuanto a la efectividad por intención de tratar 95,1% y por datos observados 95,9%. En relación a la seguridad 3,2% tuvieron efectos adversos, 0,8% tuvo *rash* urticarial que obligo a la retirada de DBV, y 1,6% tuvieron diarrea por *Clostridium difficile*.

**Conclusiones:** En pacientes con EI por CGP la DBV como tratamiento de consolidación, constituye un antibiótico altamente efectivo, seguro, con pocos efectos adversos y que facilita el alta reduciendo la estancia hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.020>



**BIOMED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**