

y en menores de 20. Es importante mantener una vigilancia de los cambios epidemiológicos de la EI.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.006>

5-ID: 22

## Hallazgos ecocardiográficos e intraoperatorios en la endocarditis infecciosa: experiencia en gipuzkoa

C. Pérez<sup>1,2,3,4,5,\*</sup>, Á. Granda<sup>1,2,3,4,5</sup>, L. Pañeda<sup>1,2,3,4,5</sup>, C. Sánchez<sup>1,2,3,4,5</sup>, U. Salinas<sup>1,2,3,4,5</sup>, J. Irazusta<sup>1,2,3,4,5</sup>, I. Villanueva<sup>1,2,3,4,5</sup>, M.Á. Goenaga<sup>1,2,3,4,5</sup>, M. Zabalo<sup>1,2,3,4,5</sup>, K. Reviejo<sup>1,2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa

<sup>2</sup> Servicio de Anestesia, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa

<sup>3</sup> Servicio de Cardiología Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa

<sup>4</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa

<sup>5</sup> Unidad de Cuidados Intensivos Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa

\*para correspondencia.

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo actualmente una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad. La ecocardiografía presenta un papel muy importante en el diagnóstico y el manejo médico-quirúrgico de la EI. A pesar de las mejoras de la imagen, las complicaciones asociadas no siempre se describen preoperatoriamente.

**Objetivo:** Se comparan los hallazgos ecocardiográficos preoperatorios en las EI con los objetivos en la intervención quirúrgica.

**Método:** Se analiza de forma prospectiva los pacientes con diagnóstico de EI valvular confirmada e intervenidos en la Policlínica Gipuzkoa entre enero 2003 y diciembre 2022, registrados en la base de datos interna de endocarditis de nuestro centro. Las variables continuas se han expresado como media y mediana; y las categóricas dicotómicas como frecuencia absoluta (porcentaje). Se han analizado la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y negativo; y la razón de verosimilitud (RV) de los hallazgos ecográficos respecto a los quirúrgicos. Los análisis estadísticos se han realizado con SPSS 20,0 para Windows.

**Resultados:** 332 pacientes estudiados, la mayoría hombres (78%) y con una edad media de 64,8 años (25:86). El 70,2% fueron sobre válvula natural, 21,1% sobre válvula protésica tardía y el 8,7% protésica temprana. La cirugía fue diferida > 7 días (33,1%) y temprana < 7 días (66,9%). La válvula más afectada fue la aórtica (54,2%), seguida de la válvula mitral (25,9%). La mortalidad esperada (mediana) de los Score: Aporte (específico para EI), ES logístico y ES II fue del 17%, 17,8%, 6,9% respectivamente y la observada del 19,6%. La ecocardiografía se realizó en un 78,3% para la válvula aórtica (n = 240) y 75,9% para el estudio de la válvula mitral (n = 145). Para el estudio de las vegetaciones aórticas y mitrales se encuentra una alta sensibilidad (88,7% y 87,6% respectivamente), pero una RV baja para ambas. En el diagnóstico de los abscesos encontramos alta especificidad aórtica y mitral (91,8% y 98,4% respectivamente), y una RV buena en mitral y regular en aórtica. Para la perforación valvular aórtica y mitral, alta especificidad (98%, 96% respectivamente), y RV buena en aórtica y regular en mitral. En cuanto a las dehiscencias valvular aórtica y mitral, la especificidad es de 95% y 94% respectivamente; y la RV buena en aórtica y regular en mitral.

Válvula Mitral	Localidad (n/N)	IC (n/N)	Diferencia IC 95%	McNemar p	Se (%) IC 95%	Sp (%) IC 95%	VPP (%) IC 95%	VFN (%) IC 95%	Especificidad (%) IC 95%	LR (+) Carotida	LR (-) Carotida	AUC IC 95%
Vegetación	105/224	97/66.9	2.2 - 11.2	0.22	77.9	54.8	87.2	70	77.9	2.5	0.21	0.89
Perforación	8/5.5	23/15.9	-15.7 - 4.5	0.0007	12.5 - 65.5	96.2 - 99.5	80.9 - 92.9	81.0 - 92.1	80.4 - 91.4	Grande	Despreciable	0.49 - 0.76
Dehiscencia	10/6.9	31/21.4	-14.68	0.0002	10.1	96.5	66	81.5	80	5.52	0.88	0.59
Protésica	4/13.8	11/35.7	-21.8 - 7.5	0.0001	8.2 - 38.3	93.8 - 98.6	71.3 - 83.2	71.3 - 85.7	71.3 - 85.7	Modesta	Despreciable	0.47 - 0.71
Válvula Aórtica	Localidad (n/N)	IC (n/N)	Diferencia IC 95%	McNemar p	Se (%) IC 95%	Sp (%) IC 95%	VPP (%) IC 95%	VFN (%) IC 95%	Especificidad (%) IC 95%	LR (+) Carotida	LR (-) Carotida	AUC IC 95%
Vegetación	162/207.5	147/70.9	8.75	0.05	60.9	72.2	79.5	72.9	72.9	2.37	0.18	0.81
Perforación	58/24.2	81/33.8	-15.2 - 3.9	0.002	10.5	91.9	77.6	80.2	79.6	4.68	0.74	0.74
Dehiscencia	24/10.0	62/25.8	-15.83	0.0001	33.9	98.3	87.5	81.0	81.7	20.10	0.67	0.75
Protésica	20/25.0	31/38.8	-13.75	0.0007	22.4 - 66.3	92.4 - 99.4	69.0 - 95.7	71.3 - 86.1	71.3 - 86.1	Grande	Despreciable	0.39 - 1.00

**Conclusiones:** La ecografía ayuda a identificar mejor los abscesos mitrales, las perforaciones de velos en ambas válvulas y la dehiscencia protésica aórtica. El estudio de las vegetaciones es subóptimo en ambas válvulas. Los hallazgos preoperatorios son importantes para la estrategia quirúrgica, especialmente los abscesos y las dehiscencias protésicas. El impacto clínico del estudio ecocardiográfico preoperatorio, aunque con necesidad de mejora, ha contribuido a tener en nuestro centro, una mortalidad similar a la esperada.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.007>

6-ID: 29

## Estudio *in vitro* de la eficacia de las nuevas combinaciones orales en el tratamiento ambulatorio de la ei por *S. aureus* sensible a la metilina

M.A. Cañas\*, J. Fabregat, J. García-González, G. Cuervo, C. Falces, M. Hernández-Meneses, E. Quintana, A. Moreno, J.M. Miró, C. García-de-la-Mària, el grupo de estudio de la Endocarditis del Hospital Clínic de Barcelona

Endocarditis Team del Hospital Clínic, Barcelona

\*para correspondencia.

**Justificación:** La base del tratamiento antibiótico de la endocarditis infecciosa (EI) ha permanecido inalterada durante décadas: 4-6 semanas de tratamiento antibiótico iv hospitalario del paciente debido a la alta morbilidad y mortalidad. Sin embargo, dos importantes avances en la terapia antimicrobiana han permitido el tratamiento domiciliario en pacientes seleccionados: el tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso y, más recientemente, el tratamiento antibiótico oral. A este respecto, ha sido clave el ensayo clínico POET realizado en Dinamarca (Iversen K, NEJM 2019) que demostró que tratar a pacientes estables de EI con combinaciones de antibióticos orales en la fase final del tratamiento tuvo la misma eficacia y seguridad que el tratamiento intravenoso hospitalario. Una limitación del estudio es que la elección de las combinaciones de antibióticos orales no estuvo basada en estudios previos.

**Objetivo:** Evaluar la actividad *in vitro* mediante estudios de sinergia de 5 de las combinaciones de antibióticos más usadas en el POET frente a 5 cepas de *Staphylococcus aureus* sensibles a metilina (SASM).

**Método:** En este estudio se evaluaron cinco cepas: SASM-763, SASM-873, SASM-940, SASM-1032 y SASM-1160, seleccionadas de la colección de cepas aisladas en pacientes con EI en el Hospital Clínic de Barcelona en el periodo 2010-2019. Las combinaciones de antibióticos estudiadas fueron: cloxacilina (CLO) más ácido fusídico (FUS) o rifampicina (RIF); linezolid (LIN) más moxifloxacino (MOX) o rifampicina y tedizolid (TED) más rifampicina. Se llevó a cabo la determinación de la concentración mínima inhibitoria (CMI) para los antibióticos del estudio por el método de microdilución en caldo. El estudio de sinergia se realizó mediante curvas de letalidad a dos inóculos: estándar (IE; 10<sup>5</sup> ufc/ml) y elevado (IA; 10<sup>8</sup> ufc/ml) equivalente a la densidad de bacterias en las vegetaciones maduras. Los antibióticos se estudiaron a concentraciones de 1 × CMI.

**Resultados:** Todas las cepas de SASM fueron sensibles a los antibióticos testados (CLO [CMI: 0,25 µg/ml], FUS [CMI: 0,06-0,12 µg/ml],





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**