

gica en 3/8 cepas (37.5%) y no tuvo actividad bactericida en ningún caso. A IE, fue indiferente frente a las tres cepas. No se observó antagonismo en ningún estudio *in vitro*. El proyecto se completará con las combinaciones de AMO con tedizolid o rifampicina.

Cepas	AMO+MOX		AMO+LIN	
	IS	IE	IS	IE
MOX-S (CMI: 0.25-4 μ g/ml)				
EFAE-816	IND	ND	SIN	IND
EFAE-871	SIN	IND	IND	ND
EFAE-989	SIN+BAC	IND	IND	ND
EFAE-1004	SIN+BAC	SIN+BAC	SIN	IND
EFAE-1135	SIN	IND	IND	ND
MOX-R (CMI: 16-32 μ g/ml)				
EFAE-896	IND	ND	IND	ND
EFAE-916	IND	ND	IND	ND
EFAE-980	IND	ND	SIN	IND

SIN: actividad sinérgica; IND: actividad indiferente; BAC: actividad bactericida;
ND: no se ha practicado por ser indiferente la combinación frente al inóculo estándar.

Conclusiones: La combinación de AMO + MOX fue más activa que AMO + LIN a IS, mostrando AMO + MOX sinergia y actividad bactericida en 80% y 40% de las cepas MOX-S, respectivamente. No debe utilizarse AMO + MOX cuando las cepas son MOX-R. A IE la actividad sinérgica se perdió en la mayoría de cepas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.016>

Comunicaciones POSTER

15-ID: 4

Dalbavancina como terapia inicial y de consolidación en infecciones endovasculares en un hospital de segundo nivel de la comunidad de madrid



I. Cabello Rojano*, J.M. Maza Ortiz, L. Moll Taltavull, P. Ruiz Seco, P. González Ruano, I. Suárez García, J.F. Gómez Cerezo

Hospital Infanta Sofía, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: El uso de la dalbavancina para el tratamiento de infecciones por gram positivos que requieren tiempos prolongados de antibioterapia, ha tenido un creciente número de usos fuera de ficha técnica. Estas prescripciones han sido heterogéneas con respecto a los tipos de infección tratada, momento de la dosificación y el número de dosis administradas. Los estudios realizados muestran que es un fármaco bien tolerado y que permite reducir la estancia hospitalaria de los pacientes, ya que su prolongada vida media permite su administración cada 1-2 semanas, reduciendo, de esta manera, las posibles complicaciones intrahospitalarias.

Objetivo: Analizar la efectividad y seguridad de la dalbavancina como terapia inicial y/o de consolidación en pacientes con infecciones por gram positivos de foco endovascular.

Método: Analizamos de manera retrospectiva una muestra de pacientes con infecciones por gram positivos de origen endovascular que habían recibido al menos una dosis de dalbavancina de manera inicial o como terapia de consolidación entre enero de 2018 y enero de 2023 en el Hospital Universitario Infanta Sofía (hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid).

Resultados: Se analizan 33 casos de pacientes que han recibido dalbavancina, siendo el 51,5% de ellos varones, con una edad media de 70 años. Presentaban como comorbilidades importantes la presencia de cardiopatías (28,1% de los pacientes), tumores sólidos (19,3%), diabetes mellitus (19,3%), leucemias o linfomas (7%), neuropatías (5,3%). Solo un 7% de los pacientes no tenía ningún estado comórbido. El origen de la infección en la mayoría de los casos fue asociada a catéter (51,5%); en el resto de los pacientes el origen se encontró en: endocarditis en válvulas izquierdas (24,2%) y derechas

(3%), infección del marcapasos (3%), infección de bypass aortoiliaco (3%). En un 15,2% de los casos la bacteriemia no encontramos un foco claro. Entre los microorganismos aislados encontramos SASM (37,1%), SARM (17,1%), *S. epidermidis* (17,1%), *E. fecalis* (8,6%), *E. faecium* (5,7%), otros géneros de estafilococos (8,7%) y no se aisló ninguno en un 5,7%. El 82% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo, entre los cuales, los antibióticos recibidos fueron: daptomicina (20,8%), cloxacilina (11,3%), ceftarolina (9,4%), cefazolina (9,4%), vancomicina (7,5%), ceftriaxona (7,5%), rifampicina (7,5%), meropenem (7,5%), linezolid (5,7%), ciprofloxacino (3,8%), levofloxacino (3,8%), piperacilina/tazobactam (3,8%) y ampicilina (1,9%). La media de días con antibiótico previo al uso de la dalbavancina fue de 11,3. La mayor parte de los pacientes recibieron dalbavancina para favorecer el alta precoz (63,6%); en menor medida para refuerzo antibiótico (15,2%), por fallo del tratamiento previo (12,1%) y por efectos adversos a tratamientos previos (3%). La media de dosis total utilizada fue de 1.500 mg. Los regímenes de tratamiento más frecuentes fueron la administración en dosis única de 1.500 mg (36%) y de 1.000 mg (33%), recibiendo el 18% dos dosis y el 3% restante, entre tres y cinco dosis. En el 77% de los pacientes que recibieron más de una dosis, se les administro las dosis consecutivas al cabo de una semana. Solo un 18,2% se fueron de alta con tratamiento antibiótico concomitante, siendo el más frecuente asociado la rifampicina. Tras la administración de dalbavancina el 93,9% de los pacientes tuvieron una respuesta satisfactoria. El 6,1% de los pacientes falleció. No se produjo recaída/reinfección en ninguno de los pacientes evaluados y tampoco se produjo ningún efecto adverso secundario al uso de este fármaco.

Conclusiones: En resumen, el uso de dalbavancina en pacientes con infección por gram positivos de foco intravascular en nuestro centro fue seguro y efectivo.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.017>

16-ID: 6

Endocarditis protésicas: evolución en los últimos años en un hospital terciario de madrid



M. Bernal Palacios*, M. Morante Ruiz, A. Cabello Úbeda, A. Pello Lázaro, G. Aldámiz Echevarría, R. Hernández Estefanía, M.Á. Navas Lobato, L. Landaeta Kancev, B. Álvarez Álvarez, L. Varela Barca

Endocarditis Team del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa protésica representa un desafío clínico y epidemiológico en la actualidad. La utilización de prótesis valvulares y dispositivos cardiovasculares se ha vuelto cada vez más común y paralelamente, la incidencia de endocarditis infecciosa en pacientes con prótesis ha experimentado un aumento. Esta tendencia tiene implicaciones debidas a las diferentes complejidades asociadas con la endocarditis en pacientes portadores de prótesis valvulares. A diferencia de la endocarditis en válvulas nativas, la endocarditis protésica conlleva desafíos únicos debido a la presencia de material extraño y al riesgo potencial de colonización bacteriana en estas superficies, lo que no solo complica el diagnóstico y el tratamiento, sino que también puede llevar a una evolución clínica más adversa.

Objetivo: Análisis epidemiológico de la evolución de las endocarditis protésicas en nuestro centro.

Resultados: Durante el período comprendido entre 2016 y 2022, se registraron un total de 128 casos de endocarditis, de los cuales 38 (29,7%) fueron endocarditis protésicas. Al analizar los casos, se observó un aumento progresivo de los mismos: 3 casos (2016), 2

(2017), 4 (2018), 6 (2019), 7 (2020), 4 (2021), 10 (2022). Agrupados en los períodos antes y después de la implementación del Endocarditis Team (ET) la distribución es la siguiente: entre 2016 y 2019: Se diagnosticaron 9 casos de endocarditis protésica antes de la implementación del ET. Entre 2019 y 2022: El número aumentó a 29 casos tras la implementación del ET. Notablemente, en tres casos, la endocarditis protésica representó una recurrencia tras un episodio previo. La distribución anatómica indicó 25 casos en la localización aórtica, 18 en la localización mitral y 4 en válvulas mitroaórticas. La etiología microbiológica fue variada, con 9 casos de origen desconocido, 8 por enterococos, 8 por estreptococos, 4 por estafilococos y 3 causados por *aureus*. Es relevante destacar que el 23,7% de los casos tuvo un origen nosocomial. Características basales de los pacientes: edad media: 72 años; distribución por género: 63,2% hombres; comorbilidades: 10,5% (4) tenían diabetes, 68,4% (26) hipertensión arterial y 50% (19) dislipidemia. Complicaciones: el 44,7% (17) presentó complicaciones, incluyendo abscesos en 10,5% (4) de los casos, dehiscencia protésica en 31,6% (12), vegetaciones en 68,4% (26), bacteriemia persistente en 7,8%, esplenomegalia en 7,8% (3) y embolismo en 26,3%, con un 10,5% (4) de los casos resultando en ictus. Condiciones cardíacas asociadas: el 15,8% (6) presentó una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) deprimida, 13,2% (5) bloqueo auriculoventricular (AV) y 13,2% (5) shock. Insuficiencia renal: el 23,7% (9) de los pacientes presentó insuficiencia renal. Análisis quirúrgico: se realizaron cirugías en 15 pacientes (39,5%). Previa a la implementación del ET, solo el 33,3% (3 pacientes) había sido sometido a cirugía, mientras que después del ET, el porcentaje aumentó al 41,4% (12) ($p=0,7$). Mortalidad intrahospitalaria: la tasa de mortalidad general fue del 13,1%, con 5 pacientes fallecidos. Tres de estos pacientes no habían sido sometidos a cirugía, mientras que los otros 2 sí habían sido intervenidos. Dos de los fallecimientos ocurrieron en el período pre-ET y tres en el período con ET, sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En línea con tendencias internacionales, hemos observado un aumento constante en los casos de endocarditis protésica durante el período de estudio. Las características basales de los pacientes, como la edad promedio y las comorbilidades comunes, refuerzan la importancia de evaluar y abordar factores de riesgo específicos en el manejo de la endocarditis protésica. La presencia de complicaciones y la tasa de intervenciones quirúrgicas subrayan la importancia de esta enfermedad, que está en aumento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.018>

17-ID: 8

Influencia de la cirugía cardiaca y de eventos clínicos en el pronóstico de la endocarditis infecciosa



G.R. Padilla Rodríguez^{1,2,*}, A. Gómez González^{1,2}, M. Núñez Ruiz^{1,2}, A. Peña Rodríguez^{1,2}, I. Méndez Santos^{1,2}, L.E. López Cortés^{1,2}

¹ UGC Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

² Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

*para correspondencia.

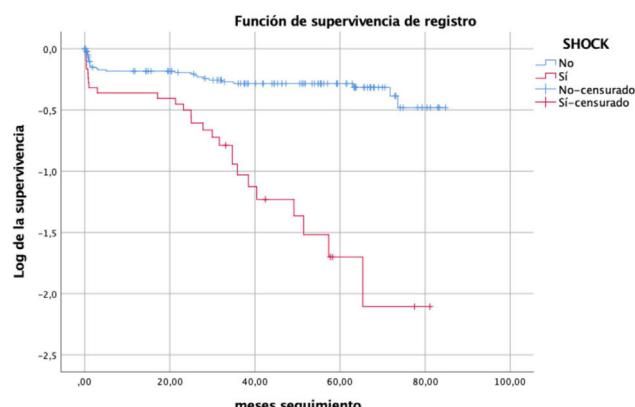
Justificación: La endocarditis infecciosa es una patología que provoca numerosas complicaciones, condicionando en ocasiones una evolución tórpida e incluso la contraindicación para la cirugía.

Objetivo: Nuestro objetivo fue analizar las diferencias pronósticas entre pacientes intervenidos o no quirúrgicamente de endocarditis infecciosa.

Método: Incluimos a los pacientes que ingresaron en un hospital de referencia de cirugía cardiaca con diagnóstico de endocardi-

tis desde 2016 a 2022 y registramos la afectación cardíaca, las complicaciones extracardíacas, otros eventos clínicos, así como la realización o no de cirugía cardiaca. Fueron seguidos para detectar eventos adversos mayores: mortalidad cardiovascular (CV) y global, recurrencia y reingreso por insuficiencia cardíaca (IC).

Resultados: De 162 pacientes (hombres 70,5%; mediana de 66 años P25: 58, P75: 76), la localización más frecuente fue la válvula aórtica (44%), seguida de mitral (31,9%), la mayoría nativas (50,6%). Se registró alta tasa de mortalidad intrahospitalaria (24,7%), de los cuales el 82,6% no se habían intervenido. En general, los pacientes intervenidos tuvieron mejor pronóstico (HR 0,28, $p=0,02$). La naturaleza de la válvula, nativa (VN) o protésica (VP) no fue predictor de mortalidad (HR 1,12, $p=0,67$), sin embargo, los intervenidos de VN tuvieron una menor mortalidad en el seguimiento con respecto a los no operados (5 vs. 22, $p=0,04$), sin diferencias en el grupo de VP. En un 50% de los pacientes se diagnosticó insuficiencia valvular grave *de novo*, apareciendo como complicaciones locales cardíacas más frecuentes el absceso (21,2%) y la rotura de cuerdas/velos (10,2%). Un 21,8% tuvo embolismo cerebral y hasta un 19,9% estuvieron en situación de shock. En el seguimiento (media 35,7 meses), se registró un 35,7% de mortalidad global y 22,9% de causa CV. El único predictor de mortalidad en el seguimiento fue el shock (HR 4,78 en mortalidad global, $p<0,01$ y HR 3,38 en muerte CV, $p=0,01$), encontrando más mortalidad para embolismos y para complicaciones locales, pero sin datos significativos. Se detectaron bajas tasas de recurrencia (6,6%) y reingreso (14,6%), sin relación estadísticamente significativa con la realización de cirugía.





BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

