carditis infecciosa, permitiendo regímenes más cómodos y sencillos conservando la eficacia y seguridad de las pautas convencionales. Este fármaco lipoglucopéptido está aprobado para infecciones de piel y partes blandas por cocos gram positivos, aunque su efectividad en el tratamiento de bacteriemia y endocarditis por cocos gram positivos pueden respaldar su utilización en estos escenarios.
Objetivo: Describir los casos de endocarditis infecciosa tratados con DBV en nuestro hospital.
Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de los casos de endocarditis diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena y que han recibido DBV como parte de su régimen terapéutico. El periodo analizado es de un año, desde junio de 2022 a junio de 2023.
Resultados: Nuestra serie incluye 5 pacientes, -3 mujeres y 2 varones-, con una edad media de 68 años (rango 46-90). Las localizaciones son: aórtica protésica (n = 2), mitral nativa (n = 2) y multivalvular nativa (aórtica y tricuspídea) (n = 1). La etiología predominante es enterocócica (80%): *E, faecalis* (n = 3), *E, faecium* (n = 1), *S, agalactiae* (n = 1). Se trata de pacientes con elevada comorbilidad siendo el índice de Charlson medio de 3,8 (0-7). Más de la mitad de los pacientes tiene insuficiencia cardiaca previa o coincidente con el episodio de endocarditis. En todos los casos fue desestimada actitud quirúrgica generalmente por comorbilidad, y tampoco fueron susceptibles de hospitalización domiciliaria, empleando dalbavancina para favorecer el alta precoz. La dosis recibida de DBV fue 1.500 mg por dos dosis (n = 3) y 1.500 mg dosis única (n = 2), tras un periodo de antibioterapia parenteral con las pautas de elección entre 2 y 4 semanas. Ningún caso presentaba bacteriemia al momento de recibir DBV. Todos los pacientes han evolucionado de manera favorable.
Conclusiones: La mayor parte de nuestros pacientes tratados con DBV presentan elevada comorbilidad y situación de fallo cardíaco. DBV se ha mostrado eficaz como terapia de consolidación y ha permitido un alta precoz en estos casos.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.027

26-ID: 25

Manejo y factores pronósticos de la endocarditis infecciosa protésica en hospitales sin cirugía cardiaca en cataluña: estudio retrospectivo (2009-2018)

S. Calzado[1,2,*], M. Hernández-Meneses[3], J. Llopis[4], L. Boix-Palop[5], J. Díez de los Ríos[6], J. Cuquet[7], G. García[8], E. Quintana[2], O. Gasch[1,2], J.M. Miró[3], Central Catalonia 10 Endocarditis Teams (CC10ET)l

[1] *Hospital Universitari ParcTaulí, Sabadell*
[2] *Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona*
[3] *Hospital Clínic-IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona*
[4] *Departmento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universitat de Barcelona, Barcelona*
[5] *Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona*
[6] *Hospital de Vic, Barcelona*
[7] *Hospital General de Granollers, Barcelona*
[8] *Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona*
*para correspondencia.

Justificación: En la última década se ha observado un aumento de los casos de endocarditis infecciosa sobre válvulas protésicas (EIVP). Se desconocen las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EIVP diagnosticados y tratados en centros sin cirugía cardíaca.
Objetivo: Analizar la EIVP diagnosticada en ocho centros de Cataluña Central sin cirugía cardiaca en un periodo de diez años.
Método: Se recogieron retrospectivamente los casos de EIVP de ocho hospitales comunitarios (2009-2018) según los criterios diagnósticos de la Sociedad Europea de Cardiología (2015). Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico. Se evaluaron los factores asociados a la cirugía cardíaca y los factores pronósticos de mortalidad mediante regresión logística.
Resultados: Se evaluaron 118 episodios de EIVP, 5 (4%) diagnosticados el primer mes y 24 (20%) en el primer año después de la cirugía valvular. Del total de EIVP, 70 (59%) correspondían a prótesis valvular biológica, 44 (37,3%) a mecánica y 3 (2,5%) a TAVI. 51 (43,2%) pacientes fueron trasladados al centro de referencia de cirugía cardíaca. A 55 (47%) se les indicó cirugía cardíaca pero finalmente fueron operados 31 (26,3%). La mortalidad global intrahospitalaria y al año fueron del 21% y 29%, respectivamente. Las EIVP tardías se adquirieron con mayor frecuencia en la comunidad (58% vs. 87%, p < 0,01), fueron causadas por estreptococos del grupo *viridans* (23 vs. 4%, p < 0,01) o bacterias gramnegativas (5 vs. 0%, p = 0,02) y hubo mayor afectación de válvulas protésicas mecánicas (44 vs. 13%, p < 0,01). Se realizó cirugía cardíaca en 29 (31%) EIVP tardías frente a 2 (8%) EIVP precoces (p < 0,01). La mortalidad de la EIVP precoz y de la EIVP tardía intrahospitalaria y al año fueron del 25% y 20% y 30,4% y 28%, respectivamente. Los pacientes que fueron operados eran más jóvenes (68 vs. 77 años, p < 0,001), presentaban puntuaciones de Charlson inferiores (3 vs. 5 puntos, p = 0,001) y más EIVP tardías (90 vs. 76%, p = 0,03) que los no operados. Además, tuvieron regurgitación más grave (32 vs. 5%, p < 0,01), mayor tamaño de la vegetación (9 vs. 2,5 mm, p = 0,001), abscesos (42 vs. 9%, p = 0,001) y embolias sistémicas (39 vs. 17%, p = 0,03). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad hospitalaria ni al año. La mortalidad hospitalaria se asoció con la falta de tratamiento quirúrgico a pesar de la indicación (OR 4,28 [1,32-13,8]), mientras que la mortalidad al año se asoció con el índice de Charlson (OR 1,23 [0,99-1,54]) y la falta de manejo quirúrgico (OR 4,21 [1,24-14,20]).
Conclusiones: El 80% de EIVP diagnosticadas en centros sin cirugía cardíaca fueron tardías. Una alta proporción de pacientes con EIVP tenía indicación quirúrgica valvular y fueron derivados al centro quirúrgico de referencia. Sin embargo, se operaron menos de la mitad de casos. El índice de Charlson y la falta de cirugía se asociaron a un peor pronóstico al año.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.028

27-ID: 26

Infecciones en pacientes con dispositivos de asistencias para ventrículo izquierdo de larga duración

F. Arnaiz de las Revillas[1,*], M. Gutiérrez-Cuadra[1], A. Canteli[2], A. Sarralde[3], C. Castrillo[2], V. Tascón[3], C. González Rico[1], M. Cobo Beláustegui[1], C. Fariñas[1]

[1] *Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, CIBERINFEC*
[2] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*
[3] *Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*
*para correspondencia.

Introducción y objetivos: Las asistencias ventriculares de larga duración (AVLD) han irrumpido en España como un tratamiento útil en la insuficiencia cardiaca avanzada. El objetivo de este tra-

bajo fue analizar las infecciones que han presentado los pacientes con estos dispositivos en nuestro centro.

Método: Estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes con AVLD en seguimiento en consultas de Cardiología desde el 1 de enero de 2019 al 1 de septiembre de 2023 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se recogieron datos clínicos y microbiológicos y se incluyeron en una base de datos realizada en SPSS V25.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes con la AVLD Heartmate 3. Todos ellos varones con una media de la edad de 59,5 años [23-72]. En 2/6 (33%) pacientes se colocó la AVLD por una miocardiopatía arritmogénica con disfunción severa del ventrículo izquierdo, en 3/6 (50%) pacientes por una miocardiopatía dilatada de origen isquémico y en otro (16,7%) paciente por una miocardiopatía dilatada no isquémica. En el 50% (3/6) de los casos la AVLD estaba colocada como terapia destino y en la otra mitad como puente al trasplante. En el momento de realización del estudio el 66% (2/3) de los pacientes en terapia puente ya se les había realizado el trasplante. El tiempo medio de duración de la asistencia fue de 19,5 meses [1-45]. El 83,3% (5/6) de los pacientes presentaron procesos infecciosos mientras tenían colocada la AVLD. Dos presentaron infección documentada por SARS-CoV-2. Uno de los pacientes con COVID19 lo paso de forma asintomática y el otro precisó ingreso hospitalario con necesidad de oxigenoterapia a bajo flujo con buena evolución tras tratamiento corticoideo. Dos pacientes presentaron infecciones asociadas a cuidados sanitarios en el primer mes tras colocación de la AVLD. Uno de ellos fue diagnosticado de una infección respiratoria por *Enterobacter cloacae*. El otro paciente sufrió una infección respiratoria por *Serratia marcescens* y una bacteriemia por *E. faecalis* asociada a catéter venoso central. Ambos tuvieron una buena evolución clínica con antibioterapia dirigida. En el último caso el paciente en el primer mes tras colocación del dispositivo se diagnosticó de una infección de herida quirúrgica sin aislamientos microbiológicos con evolución favorable con tratamiento empírico. Sin embargo 4 meses tras el procedimiento se objetivó un empeoramiento de la herida esternal con aislamiento de *Gordonia bronchialis*, observándose una osteomielitis esternal que posteriormente evolucionó a una mediastinis. Se administró tratamiento prolongado con meropenem asociado a trimetropín sulfametoxazol y posteriormente a tigeciclina además de una limpieza quirúrgica a pesar de lo cual recidivó por lo que se realizó un trasplante cardiaco 8 meses tras la colocación de la asistencia, con buena evolución en la actualidad.

Conclusiones: En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla la mitad de las AVLD colocadas han sido como puente al trasplante cardiaco. La causa principal de colocación AVDLD fue la miocardiopatía dilatada de origen isquémico. Las infecciones más frecuentes son las asociadas a los cuidados sanitarios en los primeros meses tras la colocación del dispositivo.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.029