C16. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ORAL VS. PARENTERAL AMBULATORIO PARA ENDOCARDITIS: DATOS PRELIMINARES DEL ENSAYO ORAPAT-IE GAMES

G. Cuervo Requena [a,b,*], M. Hernández-Meneses [a,b], A. de Alarcón [c], R. Luque [c], M. Alonso-Socas [d], A.M. López-Lirola [d], V. González-Ramallo [e], A.J. Goikoetxea-Agirre [f], D. Nicolás [a], M.A. Goenaga [g], E. Merino [h], F. Escrihuela-Vidal [i], L. Boix-Palop [j], P. Martín-Dávila [b,k], B. Loeches [b,l], B. Vidal [a], M. Fernández-Pittol [a], D. Navarro [c], A. Moreno [a], C. Sala [a], J. Ambrosioni [a,b], J.M. Miro [a,b], investigadores del grupo OraPAT-IE GAMES

[a] *Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona*
[b] *CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid*
[c] *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*
[d] *Hospital Universitario de Canarias, Tenerife*
[e] *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*
[f] *Hospital Universitario de Cruces, Bilbao*
[g] *Hospital Universitario Donosti, San Sebastián*
[h] *Hospital General Universitario Dr, Balmis, Alicante*
[i] *Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona*
[j] *Hospital Universitario Mútua de Terrassa*
[k] *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*
[l] *Hospital Universitario La Paz, Madrid*

Justificación: El ensayo POET demostró que el cambio secuencial de antibióticos intravenosos a orales en pacientes estables con endocarditis infecciosa (EI) no era inferior al tratamiento completamente administrado por vía parenteral. Sin embargo, no comparó estrategias ambulatorias, ya que todos los pacientes del grupo parenteral y muchos del grupo oral permanecieron hospitalizados.

Objetivos: El ensayo OraPAT-IE GAMES tiene como objetivo comparar las dos opciones ambulatorias para consolidar el tratamiento antibiótico: oral vs. parenteral ambulatorio (OPAT).

Método: Estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto y de no inferioridad de pacientes con EI izquierda que compara tratamiento antibiótico de consolidación por vía oral vs. en régimen de OPAT. Se incluirán 342 pacientes estables con EI causada por microorganismos seleccionados. Después de un mínimo de 10 días de tratamiento parenteral, los pacientes estables son asignados aleatoriamente a terapia oral u OPAT. El *endpoint* principal es una combinación de mortalidad por cualquier causa, cirugía cardiaca no planificada, recaída microbiológica y/o ingreso hospitalario no planificado. El seguimiento de los pacientes se lleva a cabo durante seis meses después de completar la terapia con antibióticos.

Resultados: (No se informa sobre la asignación del grupo de tratamiento). Tras 25 meses de reclutamiento, se han incluido 50 pacientes con endocarditis infecciosa definitiva (26 en el brazo oral vs. 24 en el brazo OPAT), incluyendo 19 episodios sobre válvulas protésicas. Treinta y cuatro pacientes (68%) fueron hombres con una edad mediana de 68 años (IQR: 55-75). En cuanto a las comorbilidades, 30 pacientes (60%) presentaban enfermedad valvular previa, 13 (26%) fibrilación auricular, 8 (16%) cardiopatía isquémica y 8 (16%) eran portadores de dispositivos intravasculares [mediana de Charlson score: 3,5 (IQR: 3-5) puntos]. Las etiologías más frecuentes fueron estreptococos (24/48%), *Enterococcus faecalis* (12/24%), *Staphylococcus aureus* (3/6%) y *Staphylococcus epidermidis* (3/6%). En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos, 32 pacientes (64%) presentaron vegetaciones (18 en la válvula aórtica) y 40 (80%) insuficiencia valvular moderada/severa. En total, 35 pacientes completaron el seguimiento preestablecido. En total, se registraron 12 eventos del *endpoint* principal: 3 recaídas (2 causadas *por S. epidermidis* y 1 por *E. faecalis*), 2 cirugías no planificadas y 7 reingresos (no relacionados con la infección), sin muertes reportadas.

Conclusiones: Globalmente, los datos preliminares no detectan problemas de seguridad relevantes en relación con las dos estrategias ambulatorias para consolidar la terapia antibiótica en pacientes estables con endocarditis izquierda.

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI19_00861); Ensayo OraPAT-IE GAMES – número ClinicalTrials.gov, NCT05398679.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.009

C18. ICTUS EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS: UN DESAFÍO COMPLEJO

M.J. Blanco Vidal *, J. Goikoetxea Agirre, M. del Álamo Martínez de Lagos, E. Bereciartua Bastarrica, I. Martínez Rienda, M.M. Freijo Guerrero, A. Luna Rodríguez, A. Cortes Correa, M. Campaña Lázaro, A. Gandiaga Mandiola

Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

Justificación: La afectación neurológica es la complicación extracardiaca más frecuente en la endocarditis infecciosa (EI), ocurre en un 25% de los pacientes, siendo hasta el 80% asintomáticas. La manifestación neurológica más frecuente es el ACV (75,7%). Este puede ser el debut, lo cual puede conllevar un retraso en el diagnóstico y un aumento de la morbimortalidad. El riesgo mayor ocurre en las dos primeras semanas después del diagnóstico e inicio de tratamiento. El diagnóstico se realiza mediante TAC y/o RMN. El manejo en ocasiones es complejo. Es importante el diagnóstico temprano e inicio de tratamiento antibiótico adecuado. En el ACV isquémico agudo se debe evitar el uso de anticoagulación y trombólisis por el riesgo de hemorragia. Está indicado la trombectomía mecánica, que mejora el pronóstico y además puede apoyar el diagnóstico. La cirugía precoz en paciente de alto riesgo embolico es otro de los pilares del tratamiento y si el ACV no ha producido un daño neurológico grave, la cirugía no debe retrasarse.

Objetivos: Analizar las características y el manejo de los casos de ictus en endocarditis (EI) en un periodo de 7 años (2017-2023) en el Hospital Universitario de Cruces.

Método: Recogimos y analizamos los casos de EI diagnosticados en nuestro hospital según criterios de Duke modificados, con diagnóstico de ictus durante el episodio.

Resultados: Recogimos 21 casos de 207 pacientes con EI. La edad media fue de 74 años, el 57% fueron varones. La adquisición de la EI se consideró comunitaria en 17 casos (80,9%). Los gérmenes aislados fueron *Staphylococcus epidermidis* 7 casos, *Enterococcus faecalis* 3; *Streptococcus gallolyticus* 2, *Staphylococcus aureus* 2; *Staphylococcus haemolyticus* 1, *Streptococcus mitis* 1, *Streptococcus sanguis* 1. En 4 casos no se filió microbiológicamente. De los 21 casos de EI, 10 fueron sobre válvula biológica (47,61%), 2 sobre mecánica (9,5%), 6 nativa (28,5%) y 3 sobre TAVI (14,28%). Las válvulas afectadas fueron la aortica en 14 casos (66,6%), mitral en 5 casos (23,80%) y ambas (aortica y mitral) en 2 (9,52%). En 4 casos la EI fue precoz. De los 21 casos en 9 casos (42,85%) el ictus fue el debut. El resto fue en el periodo precoz del tratamiento (2 primeras semanas), excepto 1 caso que ocurrió a los 20 días. En 6 casos se realizó trombectomía mecánica, y en 1 de ellos se colocó un *stent*. Ninguno recibió trombolisis. 7 pacientes precisaron cirugía de recambio valvular, realizándose de forma urgente en 2 casos y el resto se realizó entre los 14 y 25 días del inicio del tratamiento. De los 21 casos, 10 tenían embolismos en otros territorios. El tiempo que se tardó en diagnosticar la endocarditis desde el ingreso fue de media 8,4 días, en los que debutaron con ictus fue de 9,1. La estancia media hospitalaria

BIOMED
unidix
Especialistas
en cirugía
cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es