

(31,8%; $p=0,003$) y en la mortalidad intrahospitalaria 114 pacientes (39,2%) frente 316 pacientes (31,2%; $p=0,10$). Estas diferencias fueron algo menos acusadas cuando se compararon los pacientes diagnosticados antes y después del 6.º mes tras la cirugía valvular. Sin embargo, en el caso de ECN la mayor diferencia entre periodos se observó a los 6 meses. El número de pacientes durante los primeros 6 meses fue de 186 pacientes (52,1%) frente a 247 pacientes (26,1%; $p<0,001$) entre el 7.º y 12.º mes. En el caso de *Candida* spp. la mayor diferencia se observó entre el periodo 7-12 meses 6 pacientes (4,9%) y > 12 meses 10 pacientes (1,2%; $p=0,003$). Similares resultados se obtienen cuando se comparan el primer año con los casos diagnosticados después del primer año: 23 pacientes (4,8%) frente a 10 pacientes (1,2%; $p<0,001$).

Variables (%)	Antes 4 meses (291)	Después 4 meses (1014)	p
Edad. Mediana (IQR)	71 (63-77)	71 (63-78)	0,605
Género masculino	194 (66,6)	680 (67,0)	0,900
Aórtica	233 (80,1)	702 (69,2)	<0,01
Mitral	99 (34,0)	402 (39,6)	0,082
Charlson ajustado por edad.	5 (3-6)	5 (3-7)	0,028
Mediana (IQR)			
<i>S. aureus</i>	40 (13,7)	168 (16,6)	0,246
SCN	149 (51,2)	284 (28,0)	<0,01
<i>Enterococcus</i>	49 (16,8)	166 (16,4)	0,850
<i>Streptococcus</i>	16 (5,5)	244 (24,1)	<0,01
<i>Candida</i>	14 (4,8)	19 (1,9)	0,005
Adquisición nosocomial	238 (81,8)	262 (25,8)	<0,01
Vegetación presente	184 (63,2)	708 (69,8)	0,033
Complicaciones intracardiacas	155 (53,3)	395 (39,0)	<0,01
Perforación o rotura	15 (5,1)	33 (3,2)	0,129
Pseudoaneurisma	44 (15,1)	102 (10,0)	0,016
Absceso	123 (42,3)	322 (31,8)	0,003
Fistula intracardíaca	15 (5,1)	46 (4,5)	0,660
Indicación QX	232 (79,7)	735 (72,5)	0,029
Indicación y no QX	84 (28,9)	265 (26,1)	0,353
Cirugía	148 (50,9)	477 (47,0)	0,250
Exitus intrahospitalario	114 (39,2)	316 (31,2)	0,010
Exitus al año	129 (44,3)	364 (35,8)	0,009
Recidiva EI	15 (5,2)	39 (3,8)	0,323

Conclusiones: La incidencia de EPP disminuye con el tiempo desde la implantación. Los primeros 4 meses desde la implantación en comparación con el resto de tiempo fue el periodo que muestra las mayores diferencias en relación con la etiología, las complicaciones intracardíacas y la mortalidad hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.012>

C22. EFICACIA IN VITRO DE LAS NUEVAS COMBINACIONES ORALES EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA EI ESTAFILOCÓCICA



M.A. Cañas ^a, N. Fernández ^b, I. Montero ^b, J. García-González ^a, G. Cuervo ^a, M. Hernández-Meneses ^a, C. Falces ^a, A. Moreno ^a, J.M. Miró ^{a,c}, C. García de la Mària ^{a,*}, Grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

^a Hospital Clínic-FCRB-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

^b Departamento de Microbiología, Genética y Estadística, Universidad de Barcelona

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III

Justificación: El ensayo clínico POET (Iversen, NEJM 2019) demostró la no inferioridad en eficacia y seguridad de la terapia de consolidación oral frente a la terapia intravenosa hospitalaria en pacientes con EI seleccionados. Sin embargo, la elección de las combinaciones orales en ese ensayo clínico no tuvo en cuenta la

actividad farmacodinámica de las combinaciones, lo que podría suponer una limitación.

Objetivos: Evaluar *in vitro* la actividad de las combinaciones de antibióticos más utilizadas en el ensayo POET frente a cepas seleccionadas de *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis* meticilín-sensibles (SASM, SESM) y resistentes (SARM, SERM) respectivamente.

Método: De la colección de aislados de *S. aureus* y de *S. epidermidis* de pacientes diagnosticados de EI del Hospital Clínic de Barcelona en el periodo 2010-2019, se seleccionaron cepas representativas de los perfiles de sensibilidad más frecuentes. Las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) y bactericidas (CMB) para los antibióticos estudiados se realizaron mediante el método de microdilución en caldo. Se estudiaron las siguientes combinaciones: moxifloxacino (MOX) más rifampicina (RIF), linezolid (LIN) o tedizolid (TED) más MOX o RIF. El estudio de sinergia se llevó a cabo utilizando curvas de letalidad con dos inóculos diferentes: estándar (IS: 10^5 UFC/ml) y elevado (IA: 10^8 UFC/ml). Los antibióticos se estudiaron a concentración de 1 xCMI.

Resultados: El estudio de sinergia (tabla) mostró que a IS la combinación de LIN + RIF mostró sinergia o aditividad en 5/5, 4/4 y 2/6 de las cepas SASM, SARM y SERM respectivamente. TED + RIF mostró sinergia o aditividad en todas las cepas de *S. aureus* y en 2/6 SERM. Ninguna combinación estudiada fue activa frente a SESM. Las combinaciones de LIN o TED + MOX presentaron actividad antagonista en 3/5 y 2/5 cepas respectivamente frente a SASM y fueron indiferente en el resto de casos. Cuando se testaron las oxazolidinas con RIF se previno la aparición de resistencia a la RIF en todos los aislados recuperados a las 24 h excepto en aquellas que eran originalmente resistentes a la RIF (1 cepa SESM y 2 cepas SERM) y en una cepa SERM originalmente sensible y que frente al IE desarrolló aislados resistentes en la combinación.

Especie	LIN + MOX		LIN + RIF		TED + MOX		TED + RIF		RIF + MOX	
	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†
Inóculo										
SASM, n=5	Ant (3/5)	ND	Adt (5/5)	Ind	Ant (2/5)	ND	Sin (5/5)	Ind	Ind	Ind
SARM, n=4	Ind	ND	Sin 4/4	Ind	Ind	ND	Adt/Sin (5/5)	Ind	Ind	Ind
SESM, n=4	Id	ND	NT	NT	Ind	ND	Ind	ND	Ind	ND
SERM, n=6	Ind	ND	Adt 2/6	Adt 2/6	NT	NT	Adt 2/6	Sin 2/6	NT	NT

Actividad de la combinación: Ind: indiferente; Adt: aditiva; Sin: sinérgica; Sin + Bact: sinérgica y bactericida; Ant: antagonista; ND: si la combinación fue indiferente a IS no se testó a IA; NT: no testado.

* IS = 10^5 ufc/ml.

† IE = 10^8 ufc/ml.

Conclusiones: Las combinaciones de LIN o TED con RIF (a IS) fueron las más efectivas frente a SASM, SARM y SERM. Sin embargo, al probarlas con IA, la eficacia se perdió en todos los casos, excepto frente a SERM.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.013>

C23. SENSIBILIDAD DE LA LISINA EXEBACASE EN ESTAFILOCOCOS COAGULASA NEGATIVA AISLADOS EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS



C. García de la Mària ^{a,*}, M.A. Cañas ^a, J. García-González ^a, G. Cuervo ^a, M. Hernández-Meneses ^a, A. Perissinotti ^a, B. Vidal ^a, E. Quintana ^a, J. Llopis ^a, A. Moreno ^a, J.M. Miró ^{a,b}, Grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

^a Hospital Clínic-FCRB-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Justificación: El tratamiento de las infecciones graves como la endocarditis infecciosa (EI), causadas por ECN (principalmente *Staphylococcus epidermidis* meticilín-resistentes [SERM]), repre-



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

