

(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. Mediana (IQR)	5 (3-6)	5 (3-7)	0,028
<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 intracardíacas	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
Fístula intracardiaca	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 oxazolidinonas 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	
Inóculo	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†
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	Adit 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-

senta un reto creciente para el sistema sanitario. Actualmente se están generando nuevas estrategias como el uso combinado de antibióticos y lisinas. Exebacase es una lisina recombinante derivada de bacteriófagos con rápida actividad antiestafilocócica (peptidoglicano hidrolasa).

Objetivos: Evaluar la actividad *in vitro* de exebacase y los antibióticos utilizados en el tratamiento de la EI, en aislados de ECN (principalmente *S. epidermidis*; incluyendo cepas meticilín-susceptibles [SESM] y SERM), en pacientes consecutivos diagnosticados de EI en el Hospital Clínic de Barcelona (2010-2020).

Método: Se estudiaron un total de 108 cepas: *S. epidermidis* (n=76 [20 SESM y 56 SERM]), *S. capitis* (n=3), *S. caprae* (n=1), *S. haemolyticus* (n=10), *S. hominis* (n=6), *S. lugdunensis* (n=8), *S. pasteuri* (n=1) y *S. schliferi* (n=3). La concentración mínima inhibitoria (CMI) se determinó por microdilución en caldo. Para exebacase se siguieron las recomendaciones de ContraFect Corporation. Para cloxacilina, ceftarolina, vancomicina, daptomicina, gentamicina, rifampicina, levofloxacino, linezolid y trimetoprim/sulfametoxazole, las recomendaciones del EUCAST.

Resultados: Se presentan en la tabla.

(# cepas)	CMI ₅₀ /MI ₉₀ *	Intervalo*	# Cepas/total (%)*	
			≤Sensible	>Resistente
CF-301 (Lisina)			No definidos	
SESM (n=20)	4/16	0,5-32		
SERM (n=56)	4/8	0,24-16		
Otros ECN (n=32)	2/4	0,25-4		
Antibióticos			EUCAST	
Cloxacilina				
SESM	0,12/0,25	0,03/0,25		
SERM	128/≥512	0,5/≥512		
Otros ECN	0,5/≥512	0,06/≥512		
Ceftarolina			≤1	>1
SESM	0,06/0,25	0,03/0,5	20/20 (100)	0/20 (0)
SERM	0,25/0,5	0,03/1	56/56 (100)	0/56 (0)
Otros ECN	0,12/2	0,03/4	27/32 (84)	5/32 (16)
Vancomicina			≤4	>4
SESM	1/2	0,5/2	20/20 (100)	0/20 (0)
SERM	1/2	0,06/2	56/56 (100)	0/56 (0)
Otros ECN	1/2	0,25/2	32/32 (100)	0/32 (0)
Daptomicina			≤1	>1
SESM	0,25/0,5	0,25/1	20/20 (100)	0/20 (0)
SERM	0,5/0,5	0,12/4	55/56 (98)	1/56 (2)
Otros ECN	1/1	0,25/1	32/32 (100)	0/32 (0)
Gentamicina			≤2	>2
SESM	0,25/128	0,12/512	16/20 (80)	4/20 (20)
SERM	64/256	0,06/≥512	19/56 (34)	37/56 (66)
Otros ECN	0,25/512	0,06/≥512	22/32 (69)	10/32 (31)
Rifampicina			≤0,06	>0,06
SESM	0,004/0,03	0,001/64	18/20 (90)	2/20 (10)
SERM	0,004/0,015	0,0005/≥128	52/56 (92)	4/56 (8)
Otros ECN	0,004/0,06	0,001/≥32	29/32 (90)	3/32 (10)
Levofloxacino			≤0,001	>1
SESM	0,25/4	0,12/64	0/20 (0)	20/20 (100)
SERM	8/512	0,25/≥512	0/56 (0)	56/56 (100)
Otros ECN	0,25/32	0,12/≥64	0/32 (0)	32/32 (100)
Linezolid			≤4	>4
SESM	1/2	0,12/2	20/20 (100)	0/20 (0)
SERM	1/2	0,25/128	55/56 (98)	1/56 (2)
Otros ECN	1/1	0,25/2	32/32 (100)	0/32 (0)
Trimetoprim-sulfametoxazol			≤2	>4
SESM	0,06/1	0,015/4	18/20 (90)	2/20 (10)
SERM	0,06/8	0,015/≥32	45/56 (80)	11/56 (10)
Otros ECN	0,06/≥32	0,008/≥32	26/32 (81)	6/32 (19)

Conclusiones: La actividad de la exebacase no se vio afectada por la susceptibilidad a meticilina y mostró una mayor actividad frente a ECN no-*S. epidermidis*. Los antibióticos utilizados habitualmente en las infecciones por ECN mostraron mejor actividad que exebacase. Se precisan más estudios para explorar el papel de las lisinas frente a ECN.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.014>

COMUNICACIONES PÓSTER

C02. INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS



I. Aramburu Fuentenebro*, M.A. Cañas, J. García-González, G. Cuervo, M. Hernández-Meneses, A. Perissinotti, B. Vidal, E. Quintana, J. Llopis, A. Moreno, J.M. Miró, Grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

Hospital Universitario de Burgos, España

Justificación: La infección relacionada con el dispositivo es una de las complicaciones más graves de la terapia con dispositivos electrónicos implantables cardiacos (DIEC). El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados de infección asociada a DIEC en nuestro centro.

Objetivos: El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados de infección asociada a DIEC en nuestro centro.

Método: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo incluyendo a todos los pacientes diagnosticados en nuestro centro de infección asociada a DIEC desde enero de 2019 a agosto de 2024. Las variables basales y seguimiento se recogieron mediante la revisión de la historia clínica electrónica. Las variables cuantitativas fueron descritas mediante media y desviación estándar (DE) y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 26 casos, suponiendo una incidencia acumulada de infección asociada a DIEC del 1,33% en este periodo. De los 26 pacientes, 21 (80,8%) eran varones, con una edad media de 72,8 (DE 13,8) años. Presentaron un índice de Charlson medio de 5,12 (DE 2,8). Ninguno había padecido endocarditis previa y el 23,1% presentaban valvulopatías significativas. Se obtuvo documentación microbiológica en el 76,9% de los casos. La principal etiología fue estafilocócica (61,6%). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron el *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente y el meticilín-sensible, ambos en 6 (23,1%) pacientes, seguido de los estafilococos coagulasa negativos en 4 (15,4%). Se realizó PET-TC en 9 (34,6%) pacientes, siendo diagnóstico en 7 casos (26,9% del total). Se detectaron complicaciones en 9 (39,1%) pacientes, presentando todos ellos complicaciones infecciosas. Dentro de ellas, 4 (15,4%) pacientes sufrieron embolismos sépticos, 3 (11,5%) shock séptico, otros 3 (11,5%) fiebre o hemocultivos persistentemente positivos a pesar de tratamiento antibiótico y 1 (3,8%) presentó extensión local de la enfermedad. De estos pacientes con complicaciones infecciosas, 4 (15,4%), sufrieron además alguna complicación cardiaca, siendo estas, insuficiencia cardiaca en 2 (7,7%) pacientes y shock cardiogénico en otros 2 (7,7%). Ningún paciente sufrió complicaciones cardiacas de forma aislada. La mortalidad hospitalaria fue del 11,5%.

Conclusiones: Las infecciones asociadas a DIEC suponen un problema de alta morbilidad, presentando un porcentaje significativo de complicaciones asociadas. El papel del PET/TC ha supuesto un cambio en el diagnóstico de certeza en los casos no concluyentes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.015>



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es