



## C09. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LOS AÑOS 2008 Y 2022 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Ruiz-Alonso\*, C. González-Rico,  
M. Gutiérrez-Cuadra, M. Cobo Belaustegui,  
J.F. Gutiérrez-Díez, J.A. Sarralde Aguayo,  
M.C. Fariñas Álvarez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,  
Santander, España

**Justificación:** La constante evolución temporal de la epidemiología, presentación y curso clínico de la endocarditis infecciosa (EI) condiciona la adecuación del diagnóstico y abordaje clínico de los casos, comprometiendo el pronóstico de los pacientes.

**Objetivos:** Analizar las diferencias en las características de los casos de EI tratados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2008 y el año 2022.

**Método:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EI que ingresaron en nuestro centro entre el 01/01 y el 31/12 de los años 2008 y 2022. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas. Se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann Whitney para la detección de diferencias significativas en variables cuantitativas y la prueba chi<sup>2</sup> para variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes del año 2008: la edad media fue  $61,7 \pm 16,8$  años, el 54,2% fueron mujeres y el Índice de Charlson ajustado  $3,5 \pm 2,2$ . La localización más común de infección fue la válvula mitral (66,7%) seguida de la aórtica (44,4%) y de marcapasos (5,6%). El 91,7% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo de EI (episodio previo de EI, presencia de prótesis o dispositivos vasculares, intervención valvular, cardiopatía predisponente, uso de drogas por vía parenteral y cirugía orofaríngea en el mes previo), siendo el más habitual la presencia de válvulas protésicas (VP) (70,8%). En el 20,8% de los casos se aisló *Staphylococcus aureus*, en el 20,8% estafilococos coagulasa negativos (SCN), en el 20,8% *Streptococcus* spp., en el 12,5% *Enterococcus* spp. y en el 29,2% de los casos se detectaron otros microorganismos. No se filió la etiología microbiológica en el 8,3% de los casos. En el año 2022 se incluyeron 33 pacientes; la edad media fue  $67,8 \pm 18$  años, el 54,6% fueron mujeres y el Índice de Charlson de  $4,5 \pm 2,5$ . Las localizaciones principales fueron la válvula aórtica (53,6%), mitral (42,9%) y marcapasos (10,7%). El 63,6% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo de EI, siendo el 57,6% portadores de VP. El 24,2% de los casos presentaron crecimiento de *S. aureus*, el 18,2% de SCN, el 24,2% de *Streptococcus* spp., el 18,2% de *Enterococcus* spp. y en un 6% se identificaron otros microorganismos. Los casos sin filiación microbiológica constituyeron el 15,2%. Se observó un aumento estadísticamente significativo de casos de endocarditis sobre válvula nativa (EVN) (29,2 vs. 57,6%;  $p < 0,05$ ), así como de pacientes sin factores de riesgo previos para EI (8,3 vs. 36,4%;  $p < 0,05$ ). La mortalidad es menor en el año 2022, aunque no alcanza la significación estadística (29,2 vs. 18,2%;  $p = 0,3291$ ).

**Conclusiones:** Las características demográficas de los pacientes, la mortalidad y la filiación microbiológica en ambos grupos fueron similares. El número de pacientes sin factores de riesgo previos para EI ha sido mayor en el año 2022 frente al año 2008, aumentando significativamente la incidencia de EVN.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.018>

## C10. ESTRATEGIA DE ABORDAJE HÍBRIDA EN ENDOCARDITIS VALVULAR TRICÚSPIDE POR ELECTRODO DE MARCAPASOS

O. Leal Fernández\*, Á. Granda Bauza,  
D. Sánchez Valenzuela, J. Ramírez Batista,  
M.P. Benito Martínez, J. Abril Victorino,  
E. Corral Armas, L.J. Alonso Pérez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

**Justificación:** El uso de dispositivos de electroestimulación cardíacos (DEIC) ha aumentado, en paralelo a la necesidad de su extracción por infección, requiriendo el uso de diferentes estrategias para minimizar posibles complicaciones.

**Objetivos:** Describir la estrategia terapéutica en las endocarditis sobre cable de marcapasos (MCP) asociada a endocarditis sobre válvula tricúspide.

**Método:** Mujer, 76 años. Neoplasia de mama recibió Qx, Rt y Qt. Marcapasos definitivo DDDR en (2016) por enfermedad del nodo sinusal. Ingreso agosto 2024 por neumonía derecha, bacteriemia con hemocultivos (+) *S. aureus*, ritmo basal FA. Inicio antibiótico: 4/08/24 daptomicina + cefazolina, por persistencia de bacteriemia se cambia cefazolina a ceftarolina. ETE inicial y de control a las 72 h: vegetación sobre cable de marcapaso de 1 x 3 mm que progresa a 5 x 6 mm, y otra sobre el velo posterior de válvula tricúspide (VT) de 9 x 18 mm aumentando a 15 x 16 mm, que causan IT ligera-moderada. PET: signos artritis séptica con afectación axial en columna cervical y periférica en diferentes articulaciones, asociado a lesiones tipo émbolos sépticos pulmonares. En sesión médico-qx 12/08/2013 se decide cirugía urgente. Extracción completa percutánea de los electrodos de MCP con vainas mecánicas rotacionales bajo control radioscópico y ETE, con implante profiláctico de balón Brige® de control de vena cava superior. Posteriormente se pasa a abordaje abierto. Esternotomía, entrada en CEC sin clampaje aórtico, verrugectomía con resección parcial de velo posterior y reparación de VT. ETE intraoperatorio sin IT residual. Posoperatorio en UCI con soporte vasopresor las primeras 72 h, sin fracaso orgánico. Dada de alta de UCI a los 9 días postoperatorio. Se mantiene afebril, se desescaló ATB a cefazolina a los 10 días postcirugía, hasta completar 6 semanas. Cultivos de quirófano negativos y PCR (+) *S. aureus*. Sin necesidad de implante de nuevo dispositivo de estimulación cardíaca. Evolución favorable sin incidencias.

**Resultados:** La extracción de los DEIC, puede derivar a complicaciones debido a la presencia de fibrosis entre los cables y el endotelio vascular, la cual está directamente relacionada con el tiempo de implantación del dispositivo. La técnica de extracción puede variar según cada paciente, desde la extracción manual, vainas telescopicas mecánica, vainas con energía y/o extracción quirúrgica. Las complicaciones mayores rondan el 2-4%: taponamiento cardíaco, laceración de vasos, insuficiencia tricúspide y muerte; aunque la embolización también es una preocupación. La mortalidad hospitalaria según estudio LexiCon 1.449 pacientes, fue de 1,86% aumentando a 4,3% cuando están asociada a endocarditis. Entre 5-10% desarrollan insuficiencia tricúspide traumática posextracción de dispositivos. En cuanto a las embolias pulmonares sépticas son más probables en pacientes con vegetaciones de > 1 cm de forma globular y se asocian con un mayor riesgo de mortalidad global.



**Conclusiones:** La extracción de los DEIC generalmente requiere una planificación estratégica puesto que es un procedimiento técnicamente complejo por el riesgo de lesión vascular y/o cardiaca con posibilidad de desenlace fatal. La combinación de una técnica híbrida (extracción percutánea y exéresis de vegetaciones de la VT de forma convencional), permite disminuir las complicaciones de este procedimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.019>

## C11. TERAPIA ANTIBIÓTICA DOMICILIARIA ENDOVENOSA (TADE) EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES ENDOVASCULARES



A. Licetti Bermúdez\*, P. García González, S. Santos Seoane, R. Pampín Sánchez, S. Tembrás Martínez, I.C. Bayón Cubero, A. Rodríguez-Guardado

Hospital Universitario de Cabueñas, Asturias, España

**Justificación:** Los programas de TADE han demostrado efectividad y seguridad en el tratamiento de diversas infecciones, incluyendo las que requieren pautas prolongadas de antibioterapia.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes incluidos en programas TADE por infección vascular. Determinar las complicaciones derivadas de la antibioterapia y la vía de administración. Conocer la tasa de reingreso y visitas a Urgencias en los primeros 30 días.

**Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes en programas TADE por infecciones vasculares en el periodo 2021-2023, en un área sanitaria de 300.000 habitantes. Los datos se recogieron mediante la historia clínica digitalizada y se analizaron con el programa IBM SPSS.

**Resultados:** Se recogieron datos de 8 pacientes, 5 varones (62,5%), con una edad media de 64,25 años (25-86 años). Un paciente era diabético y otro tenía antecedente de neoplasia sólida curada. Se identificaron 3 infecciones de prótesis endovascular aórtica por *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus* y *Salmonella enteritidis*, respectivamente (37,5%); 2 de bypass femoropoplíteo por *Pseudomonas aeruginosa* (25%); 1 de bypass ilíaco-femoral por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus epidermidis* (12,5%); 1 tromboflebitis séptica por *Haemophilus influenzae* (12,5%) y 1 aortitis por *S. pyogenes* (12,5%). A excepción del paciente con tromboflebitis, el resto requirió cirugía durante el ingreso. La estancia media hospitalaria fue de 18,8 días y en TADE de 42,3 días. Recibieron piperacilina-tazobactam 3 pacientes (37,5%), 3 ceftriaxona (37,5%), 1 teicoplanina (12,5%) y 1 daptomicina (12,5%). Hubo un caso de diarrea posantibiótica secundaria a ceftriaxona, que no supuso interrupción del tratamiento. La vía de administración fue la vía venosa periférica (VPP) en 3 (37,5%), línea media (LM) en 3 (37,5%) y catéter central de inserción periférica (PICC) en 2 (25%). Completaron el tratamiento 7 pacientes (87,5%) y 1 paciente (12,5%) precisó reingresó por mala evolución clínica. Ningún paciente falleció ni acudió a Urgencias.

**Conclusiones:** Los programas TADE son una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de las infecciones vasculares, evitando la prolongación del ingreso hospitalario para completar días de antibioterapia. Sin embargo, el escaso número de pacientes de la muestra indica que los programas TADE para este tipo de infecciones aún no están lo suficientemente extendidos en nuestra área sanitaria. No se objetivaron complicaciones derivadas de la vía de administración, si bien es necesario un mayor número de pacientes para evaluarlas. Los antibióticos más empleados fueron los betalactámicos, con un solo caso de diarrea posantibiótica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.020>

## C12. ENDOCARDITIS INFECCIOSA ASOCIADA A DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES



I. Martínez Rienda\*, P. Azpiazu Monterrubio, M.J. Blanco Vidal, M. Zuriarrain Alonso, J. Goikoetxea Agirre

Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

**Justificación:** La incidencia de la EI sobre dispositivos cardiacos implantables ha aumentado en los últimos años debido al aumento del envejecimiento de la población, y por ende al aumento de comorbilidades que hacen necesaria la implantación de marcapasos, DAI (desfibrilador automático implantable), además de TAVI (implante transcatéter de válvula aórtica), etc. Hay distintas formas clínicas: la que afecta al bolsillo del generador y la que afecta a la porción intravascular del cable. El tejido cardiaco puede verse afectado o no. Se asocia a una elevada mortalidad.

**Objetivos:** Conocer cuántos pacientes portadores de marcapasos o DAI desarrollan endocarditis, ver qué microorganismos son los causantes de la infección, y cuáles son las comorbilidades más frecuentemente asociadas.

**Método:** Se revisa de forma retrospectiva el número de casos de endocarditis infecciosa asociada a marcapasos en el Hospital Universitario Cruces del 1 de enero de 2023 al 31 de agosto de 2024.

**Resultados:** En el periodo de estudio, se diagnosticó endocarditis infecciosa asociada a dispositivos cardiacos implantables en 12 pacientes, de los cuales 10 eran varones (83,3%). La edad media de los pacientes fue de 69 años (entre 52 y 93). En 7 pacientes, los hemocultivos fueron positivos: en 2 casos con crecimiento de *S. aureus* meticilín resistente, en 1 paciente *S. aureus*, en 1 *S. epidermidis* en 1 *S. capitis*, en 1 *S. caprae* y en 1 *Serratia marcescens*. En todos los casos se retiró el dispositivo y se envió al laboratorio de microbiología. Los cultivos de los dispositivos fueron positivos en todos los casos excepto 1; hubo crecimiento tanto en el cable como en el generador en 8 casos, y crecimiento solo en el cable en 3. Los microorganismos aislados fueron SARM en 2 pacientes, *Propionibacterium acnes* en 2, *S. aureus* en 1, *S. epidermidis* en 2, *S. capitis* en 1, *E. cloacae* en 1 y *Serratia marcescens* en 1. Las comorbilidades más frecuentes fueron fibrilación auricular en 6 pacientes (50%), hipertensión arterial en 8 pacientes (66,7%), miocardiopatía dilatada en 3 (25%), diabetes mellitus en 5 (41,7%), cardiopatía isquémica crónica en 4 (33,3%), otras. Algunas de estas comorbilidades se dieron de forma concomitante en varios pacientes. Se inició tratamiento antibiótico intravenoso en todos los casos, que se desescaló a tratamiento oral en aquellos en los que fue posible. La duración en ningún caso fue inferior a 3 semanas. El más utilizado fue daptomicina (en el 75% de los pacientes).

**Conclusiones:** El número de casos de endocarditis infecciosa asociada a dispositivos cardiacos está aumentado en los últimos años. Los gram positivos fueron los microorganismos más frecuentemente aislados. Los cultivos de los dispositivos tuvieron una alta rentabilidad ya que hubo crecimiento en casi todos ellos y en 6 casos (50% de los pacientes) el microorganismo coincidió con el aislado en los hemocultivos.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.021>



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

