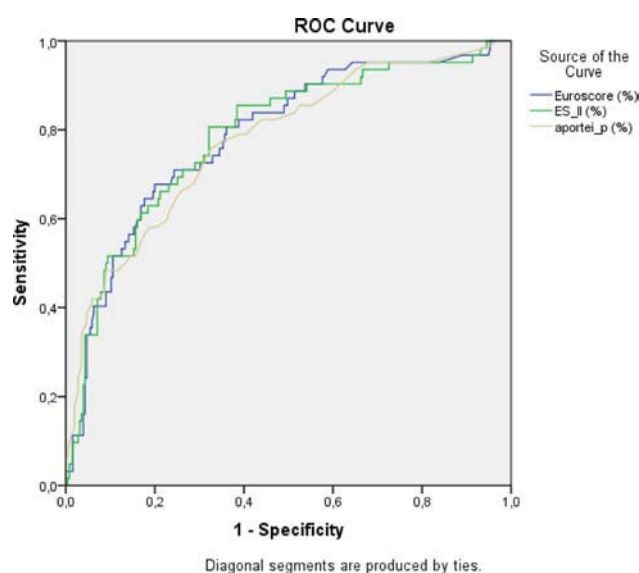


Tabla 3

Características quirúrgicas (n = 317)	
Emergencia	29 (9,1%)
Urgencia	132 (41,6%)
Motivo	
ICC	125 (39,4%)
Valvulopatía grave	82 (25,9%)
Infección no controlada	41 (12,9%)
Tipo de válvula	
Natural	221 (69,7%)
Protésica tardía	67 (21,1%)
Protésica temprana	29 (9,1%)
Localización	
Aórtica	170 (53,6%)
Mitral	82 (25,9%)
Mitro-aórtica	56 (17,1%)
Hallazgos	
Abscesos	106 (33,4%)
Vegetaciones > 10 mm	113 (35,6%)
Vegetaciones múltiples	36 (11,4%)

Tabla 4

	Correlación de Spearman: rho/p
EuroSCORE logístico-EuroSCORE II	0,821/< 0,0001
EuroSCORE logístico- APOREI	0,760/< 0,0001
EuroSCORE II-APOREI	0,769/< 0,0001



Conclusiones: En nuestros pacientes, el EuroSCORE logístico y el APOREI infraestiman la mortalidad de forma similar, aunque de manera menos acusada que el EuroSCORE II. Los tres presentan una buena capacidad de discriminación de manera global, pero con una mejor calibración en el caso del APOREI. Estos resultados son similares a los publicado por grupos españoles, destacándose una mejor capacidad de calibración de la puntuación APOREI. En las tablas se describen algunas de las características de los pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.005>

2-ID: 220003

ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA DE AMPICILINA Y CEFTRIAXONA COMBINADOS EN BOMBAS ELASTOMÉRICAS PARA SU USO EN PROGRAMAS TADE



B Fernández-Rubio ¹, L Herrera-Hidalgo ^{1,2},
A Gutiérrez-Valencia ², R Luque-Márquez ²,
A de Alarcón ², LE López-Cortés ^{3,4},
VM Gil-Navarro ^{1,2,4}

¹ Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío/Instituto de Biomedicina de Sevilla

² Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío/Instituto de Biomedicina de Sevilla

³ Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen de la Macarena/Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla/Instituto de Biomedicina de Sevilla

⁴ Centro de Investigación en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Justificación: La combinación de ampicilina y ceftriaxona es uno de los tratamientos de elección para el tratamiento de la endocarditis infecciosa por *Enterococcus faecalis*. Su uso en programas de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) que utilizan dispositivos elastoméricos como método de administración está condicionado por la falta de información respecto a la estabilidad fisicoquímica de la solución de ambos fármacos en ese tipo de bombas de infusión.

Objetivo: Determinar la estabilidad fisicoquímica de la combinación de ampicilina y ceftriaxona en elastómeros a la concentración utilizada en los programas TADE y a diferentes temperaturas.

Método: Ampicilina y ceftriaxona fueron reconstituidas con agua para inyectables y diluidas en cloruro sódico al 0,9% para obtener la concentración final de 24 g/L y 8 g/L, respectivamente. Las soluciones se almacenaron en elastómeros de poliisopreno a 4 temperaturas distintas ($8 \pm 2^\circ\text{C}$, $25 \pm 2^\circ\text{C}$, $30 \pm 2^\circ\text{C}$ y $37 \pm 2^\circ\text{C}$) durante 48 horas. Se extrajeron muestras por duplicado de cada elastómero a las 0, 12, 20, 24, 36 y 48 horas tras su preparación. La estabilidad física se evaluó mediante la inspección visual de cambios de color o aparición de turbidez. Para determinar la estabilidad química se calculó el porcentaje remanente de la concentración inicial de cada fármaco (límite de estabilidad establecido en 90-110%) en cada punto de tiempo de análisis utilizando cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas.

Resultados: No se apreciaron cambios de color ni aparición de turbidez en ninguna muestra a lo largo de las 48 horas de estudio. En condiciones de refrigeración ($8 \pm 2^\circ\text{C}$), la combinación de fármacos fue estable durante todo el experimento. A $25 \pm 2^\circ\text{C}$ y $30 \pm 2^\circ\text{C}$, ampicilina demostró ser estable 24 horas mientras que ceftriaxona fue estable durante las 48 horas de estudio. A $37 \pm 2^\circ\text{C}$, la concentración de ambos fármacos disminuyó por debajo del 90% en las primeras 12 horas tras su preparación.

Conclusiones: Se ha demostrado la estabilidad de la combinación de ampicilina 24 g/L y ceftriaxona 8 g/L durante 48 horas en nevera y 24 horas a 25°C y 30°C almacenados en elastómeros. Estos resultados sugieren que la dosis diaria de ambos fármacos recomendada para el tratamiento de la endocarditis por *E. faecalis*

podría ser administrada mediante dispositivos elastoméricos en programas TADE.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.006>

3-ID: 220005

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESIVO EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA



E. García Carús¹, L. Caminal Montero²,
J. Fernández Suárez^{1,3}, C. Salmerón Menéndez⁴,
M. Alaguero⁵, J. Fernández Domínguez^{1,3},
L. Villa Bajo^{1,3}, A. Rodríguez Esteban⁶, L. García⁷,
A. Rodríguez-Guardado^{2,3}

¹ Servicio de Microbiología

² Área de Gestión Clínica Medicina Interna

³ Grupo de Microbiología Traslacional; Instituto de Investigación del Principado de Asturias

⁴ Servicio de Cirugía cardíaca

⁵ Área de Gestión Clínica de Farmacia

⁶ Área de Gestión Clínica de Medicina Intensiva

⁷ Área de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, en representación del equipo PROA-HUCA

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) se asocia con importante morbimortalidad. Se ha postulado en algunos casos la necesidad de tratamiento antibiótico supresor en pacientes en los que no se ha realizado reemplazo quirúrgico o que presentan EI complicadas con abscesos o manifestaciones infecciosas osteoarticulares lo que puede llevar acarreada la aparición de efectos adversos.

Objetivo: Dada la poca evidencia disponible sobre la evolución de estos pacientes nos propusimos revisar la experiencia de nuestro centro con especial hincapié en la aparición de efectos adversos.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EI que recibieron tratamiento antibiótico supresor desde 2019 en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se definió como tratamiento antibiótico supresor el que tenía una duración superior a 8 semanas tras el primer cultivo positivo.

Resultados: Se identificaron 17 pacientes (88,3% varones; edad media 71,6 años (límites 55–84 años). Ocho pacientes fueron diagnosticados de EI protésica (en 6 casos aortica, en una mitral y en otra mitroaórtica), 3 de EI sobre válvula nativa y 6 de infección sobre dispositivos intracardiacos. Dos pacientes con EI protésica complicada (1 con absceso, otro con fístula, ambos con pseudoaneurisma) y otro con absceso en EI nativa no tuvieron cirugía. Los microorganismos más frecuentes fueron: *S. epidermidis* (5 casos), *S. aureus* (2 casos), *E. faecalis* (2 casos), *Streptococcus* grupo *viridans* (2 casos), *Streptococcus* grupo *bovis*, *Corynebacterium* spp, *C. acnes* (1 caso cada uno). En 3 casos tanto el cultivo como la PCR del ribosoma 16S fueron negativos. En 4 casos se realizó recambio quirúrgico pero se mantuvo tratamiento prolongado por otros motivos (infección de prótesis articular crónica, necesidad de resección transuretrales crónicas). En el caso de los pacientes portadores de dispositivos intracardiacos no se pudo realizar la retirada completa del dispositivo en ninguno de ellos. El tiempo medio de tratamiento antibiótico fue de 20 ± 14 meses (límites 6–64 meses). Los tratamientos utilizados fueron: doxiciclina (8 casos), amoxicilina (6 casos), cotrimoxazol (2 casos) ciprofloxacino (1 caso). En dos pacientes se sustituyó el tratamiento antibiótico por intolerancia digestiva (uno con cotrimoxazol y otro con doxiciclina). No se recogieron episodios de infección por *Clostridioides difficile*. Ningún paciente falleció ni se produjeron recidivas.

Conclusiones: El tratamiento prolongado parece ser una alternativa segura y eficaz en aquellos pacientes con riesgo elevado de recidiva de endocarditis infecciosa en los que no es posible la realización de cirugía o extracción de dispositivos intracardiacos. La doxiciclina parece ser una alternativa especialmente segura por su baja relación con la aparición de infección por *Clostridioides difficile*.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.007>

4-ID: 220008

ANÁLISIS COSTE-EFICIENCIA EN LAS INFECCIONES LOCALES SOBRE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES DE ELECTROESTIMULACIÓN CARDIACA



A de Alarcón¹, E Gutiérrez-Carretero², A Ortiz³,
E Arana³, R Luque¹, M García de la Borbolla²

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas

² Servicio de Cirugía Cardíaca

³ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Justificación: El abordaje de las infecciones locales sobre dispositivos implantables de electroestimulación cardíaca (DIEC) es aún tema de debate. Aunque hay un consenso general de que la única manera de asegurar la curación es la extracción completa del sistema, en muchos pacientes ancianos o con comorbilidades, aun se siguen priorizando las técnicas de abordaje local. Analizar el coste eficiencia de los diversos abordajes (local/extracción completa) en las infecciones locales sobre DIEC.

Método: Estudio de 281 infecciones locales en un hospital de referencia. Se compararon los distintos tipos de abordaje: local vs. extracción total mediante tracción percutánea endovascular (TPE) y se realizó un análisis de costes. Todas las intervenciones sobre el paciente hasta la curación o el fallecimiento relacionado se computaron como un solo episodio para valorar la eficacia del tratamiento y los costes, con un periodo mínimo de seguimiento de dos años.

Resultados: 116 pacientes fueron sometidos a tratamiento local, de los que tan solo 12 (13%) curaron. De los 101 pacientes que fracasaron, en 4 se optó por tratamiento ATB supresivo crónico (solo uno sobrevivió tras TPE y cirugía cardíaca posterior) y los restantes 97 pacientes fueron finalmente sometidos a TPE (2 fallecimientos por la técnica y otro en el seguimiento), con un coste medio de 42.700 €. En cambio, en los 129 pacientes en los que se utilizó la TPE de entrada, hubo 4 fallecimientos, una tasa de curación del 97,5% (116 pacientes), y un coste medio asociado de 24.700 €. En 38 casos (17%) la TPE (inicial o secundaria) fue incompleta, registrándose 9 recaídas (23,5%) en forma de infección sistémica y que fueron sometidos a cirugía cardíaca abierta en 8, falleciendo 2.

Conclusiones: La retirada completa del sistema en las infecciones locales no solo es una técnica mucho más eficaz para la curación, sino que además supone un coste menor, con una mortalidad similar (2,5 vs. 3%).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.008>