



Años Con todo el corazón



PROGRAMA

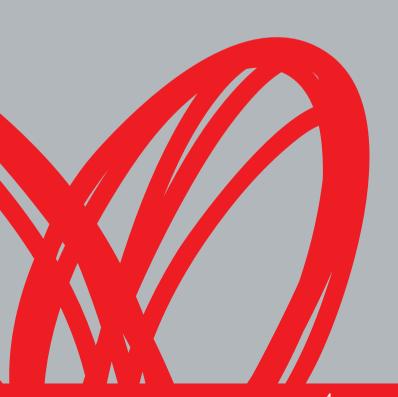




ÍNDICE

BIENVENIDA	04
COMITÉS	06
PROGRAMA CIENTÍFICO	08
ABSTRACTS	11
COMUNICACIONES ORALES	12
PÓSTERS	21
INFORMACIÓN	53
EMPRESAS PATROCINADORAS	55
AVALES CIENTÍFICOS	57

BIENVENIDA



Queridos amigos y compañeros:

La Junta Directiva de SEICAV nos confió la organización del próximo congreso, que tendrá lugar en Sevilla el 16 y 17 de noviembre, de manera que hemos emprendido esta tarea con la mayor ilusión. Su sede será el Real e llustre Colegio de Médicos de Sevilla.

Estamos convencidos de la importancia del abordaje multidisciplinar en el manejo de estas infecciones, por lo que hemos elaborado un programa que aborde diferentes aspectos, que serán tratados por grandes expertos de diferentes especialidades, en varias mesas, un simposio y casos clínicos interactivos entre otros.

En esta ocasión se cumplen 10 años desde que un grupo de especialistas de diferentes hospitales españoles, decidimos aunar nuestros esfuerzos, fundando el Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España (GAMES) y posteriormente la SEICAV, lo que sin duda ha contribuido a mejorar su conocimiento y la atención de nuestros pacientes.

Esperamos que sea un lugar de encuentro fructífero para todos los profesionales interesados en el manejo de las infecciones cardiovasculares, en la que sigamos compartiendo conocimientos y experiencias, en el ambiente cordial y acogedor que caracteriza a nuestra sociedad, disfrutando en esta ocasión, de la ciudad de Sevilla.

Un afectuoso saludo

Juan Gálvez Acebal

Presidente del Congreso y de la SEICAV, en nombre del Comité Organizador



COMITÉS



Comité Organizador

Presidente: Juan Gálvez Acebal

Secretario: Román Calvo Jambrina

Vocales:

Arístides de Alarcón González Manuel Almendro Delia Omar Araji Tiliani José M^a Barquero Luis Eduardo López Cortés Rafael Luque Marquez Irene Méndez Santos

Junta Directiva SEICAV:

Presidente: Juan Gálvez Acebal Vicepresidente: Mª Carmen Fariñas Tesorero: Arístides de Alarcón Secretario: Miguel Ángel Goenaga

Vocales:

Francisco Gutiérrez
Martha Kestler
Carlos A. Mestres
Eduard Quintana
Manuel Martínez-Sellés
José Mª Miró
Miguel Montejo
Dolores Sousa
Emilio Bouza
Patricia Muñoz

Comité Científico

Juan Gálvez Acebal
Patricia Muñoz García
Miguel Ángel Goenaga Sánchez
Martha Kestler Hernández
José Francisco Gutiérrez Díez
Mª Carmen Fariñas Álvarez
Manuel Martínez Sellés
José Miguel Montejo Baranda
Arístides de Alarcón González
José Mª Miró Meda
Emilio Bouza Santiago
Dolores Sousa Regueiro
Eduard Quintana Obrador
Carlos Mestres

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 16

8-9 h Reunión Junta Directiva SEICAV

9-9:30h Acto inaugural

9:30-11:30h Mesa 1: Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la endocarditis Moderadores: Tomasa Centella.Presidenta SECTCV/Juan Gálvez. H. Virgen Macarena, Sevilla.

9:30-9:50h Avances en el diagnóstico, nuevos criterios . Patricia Muñoz. HUGregorio Marañón, Madrid.

9:50-10:10h Novedades en el tratamiento antimicrobiano. Nùria Fernández-Hidalgo. H. Valld´Hebrón. Barcelona.

10:10-10:30h Nuevos abordajes quirúrgicos. Jacobo Silva. H. Central de Asturias. Oviedo.

10:30-10:50h Caso clínico 1. Éndocarditis por Enterococcuscon afectación de raíz aórtica tratada con técnica quirúrgica novedosa. Omar Araji. H. Virgen Macarena, Sevilla.

10:50-11:10h Caso Clínico 2. Endocarditis protésica por Staphylococcusaureus tratada con antibióticos novedosos. Carmen Hidalgo. H. Virgen de las Nieves. Granada.

11:10-11:30h Discusión MESA 1.

11:30-12:30h Pausa Café. Visita poster con moderadores Miguel Ángel Goenaga, H Donosti, San Sebastián/ Martha Kestler, HU Gregorio Marañón, Madrid.

Presentación Posters: P1-P15

12:30-14h Presentación trabajos GAMES

Moderadores: José Francisco Gutiérrez Díez. H. Marqués de Valdecilla. Santander / Asunción Moreno. H.Clinic. Barcelona.

12:30-12:50h Endocarditis por Stigurinus. Miguel Ángel Goenaga.H.Donosti. San Sebastián.

12:50-13:10h Endocarditis en pacientes VIH. Miguel Ángel Goenaga. H. Donosti. San Sebastián.

13:10-13:30h Endocarditis por Aspergillus. Maricela Valerio. H. Gregorio Marañón. Madrid.

13:30-13:50h Endocarditis en pacientes con indicación quirúrgica no operados. Antonio Ramos. H. Puerta de Hierro. Madrid.

14:15-15:30 Pausa Almuerzo

15:30-17:30h Mesa 2: Manejo de Infecciones cardiovasculares complejas

Moderadores: Mª Carmen Fariñas.H. Marqués de Valdecilla. Santander / Manuel Martínez-Sellés. H. Gregorio Marañón. Madrid.

15:30-15:50h Endocarditis con cultivos negativos. José Antonio Oteo. H. San Pedro. Logroño.

15:50-16:10h Endocarditis en pacientes ancianos con comorbilidades. Carlos Armiñanzas Castillo. H. Marqués de Valdecilla. Santander.

16:10-16:30h Técnicas de extracción de dispositivos de electroestimulación. Encarnación Gutiérrez Carretero, H. Virgen del Rocío. Sevilla.

16:30-16:50h Casos clínico 3.Endocarditis en gestante. Irene Méndez. H. Virgen Macarena. Sevilla

16:50-17:10h Caso clínico 4. Caso de infección en prótesis vascular. Dolores Sousa. Complejo Hospitalario A Coruña.

17:00-17:30h Discusión MESA 2.

17:30-18:00h Pausa Café: visita posters. Moderadores Miguel Ángel Goenaga, H.Donosti, San Sebastián / Martha Kestler, H. Gregorio Marañón. Madrid.

Presentación Posters: P16-P22

18:00-19:30h Comunicaciones orales

Moderadores: Pedro Llinares. Complejo Hospitalario A Coruña/ Miguel Montejo. H. de Cruces. Bilbao.

18:00-18:15h Riesgo de Infección de Dispositivos Intracardíacos en Pacientes con Bacteriemia. Beatriz Dietl Gómez. Enf .Infecciosas del Hospital Universitari Mútua Terrasa, Terrassa.

18:15-18:30h Resultados Contemporáneos en la Reconstrucción del esqueleto fibroso del corazón para Endocarditis Infecciosa con afectación multivalvular. Alejandro Fernández Cisneros. H. Clínic. Barcelona.

18:30-18:45h Resultados Contemporáneos en la Reconstrucción de la Unión Mitroaórtica en Endocarditis Infecciosa aguda con afectación multivalvular: Operación COMMANDO. Alejandro Fernández Cisneros. H. Clínic. Barcelona.

18:45-19:00h Resultado después del alta: seguimiento y pronóstico a largo plazo de la Endocarditis Infecciosa en España. Martha Kestler. H. Gregorio Marañón. Madrid.

19:00-19:15h Evaluación de la evolución en el manejo del tratamiento anticoagulante y su impacto en las complicaciones neurológicas. Emilio García Cabrera. Delos Clinical. Sevilla **19:15-19:30h** Cirugía de la Endocarditis Infecciosa valvular izquierda aguda. Resultados en el Hospital Clínic de Barcelona. Alejandro Fernández Cisneros. H. Clínic. Barcelona.



Sábado 17

9:00-10:00h Asamblea General de socios de SEICAV

10:00-12:00h Mesa 3: Prevención y profilaxis de infecciones cardiovasculares

Moderadores: José María Reguera. H. Regional de Málaga/Román Calvo. H. Virgen Macarena. Sevilla

10:00-10:20h Profilaxis de endocarditis infecciosa. Carlos Falces. H. Clínic. Barcelona.

10:20-10:40h Prevención y profilaxis de infecciones relacionadas con la cirugía cardiaca. Miguel Ángel Pereira. H. Álvaro Cunqueiro. Vigo

10:40-11:00h Profilaxis de infecciones en implante de TAVI y dispositivos de electroestimulación. Arístides de Alarcón. H. Virgen del Rocío. Sevilla.

11:00-11:20h Caso clínico 5. Fiebre en paciente portador de TAVI.Manuel Gutiérrez Cuadra. H. Marqués de Valdecilla. Santander.

11:20-11:40h Caso clínico 6. Endocarditis en cardiopatía congénita. Israel Valverde. H. Virgen del Rocío. Sevilla.

11:40-12:00h Discusión MESA 3.

12:00-12,30h Pausa café: Visita poster. Moderadores Miguel Ángel Goenaga, H.Donosti. San Sebastián / Martha Kestler, H. Gregorio Marañón, Madrid.

Presentación Posters: P23-P29

12:30-13:30h Symposium: El equipo de endocarditis

Moderador: José María Miró. H. Clínic. Barcelona.

12:30-12:50h Organización del equipo. Carlos Mestres. H. deZurich. Suiza. 12:50-13:30h Caso con discusión por expertos: Cardiólogo Carlos Falces. H. Clínic de Barcelona. Infectólogo Juan Ambrosioni. H. Clínic de Barcelona. Cirujano Eduard Quintana.

H. Clínic de Barcelona.

13:30-14:00h Lo mejor del año en infecciones cardiovasculares. Revisión de la literatura. Juan Gálvez. H. VirgenMacarena. Sevilla.

14:00-14:30h Conferencia. Historia del GAMES y retos futuros. Emilio Bouza H. Gregorio Marañón. Madrid.

14:30h Clausura.

ABSTRACTS



RIESGO DE INFECCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRACARDÍACOS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA.

Autores

Boix-Palop L. Medicina Interna, Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Universitat Internacional de Catalunya, UIC.

Dietl B. Medicina Interna, Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Calbo E. Medicina Interna, Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Universitat Internacional de Catalunya, UIC.

Xercavins M. Departamento de Microbioogía, CatLab.

Martínez Pérez-Crespo PM. Lanz García J. Cantón ML. Rodríguez Baño J. López Cortés LE Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen Macarena/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)/Universidad de Sevilla/Centro Superior de Investigaciones Científicas, Seville, Spain, en representación del grupo PROBAC REIPI/GEIH-SEIMC/SAEI*.

*Grupo PROBAC REIPI/GEIH-SEIMC/SAEI: Adrian Sousa (HU Vigo), Josune Goikoetxea (HU Cruces), José María Reguera Iglesias (Hospital Regional de Málaga), Eva León (HU Valme), Carlos Armiñanzas (HU Marqués de Valdecilla), Maria Angeles Mantecon (HU de Burgos), Marta Arias Temprano (HU de León), Jonathan Fernández Suárez (HU Central Asturias), Juan Manuel Sánchez Calvo (Hospital de Jerez de la Frontera), Jordi Cuquet Pedragosa (Hospital General Granollers), Fernando Barcenilla Gaite (HU Arnau Villanova), Clara Natera Kindelán (HU Reina Sofia), Fátima Galán (HU Puerta del Mar), Alfonso del Arco Jiménez (Hospital Costa del Sol), Alberto Bahamonde (Hospital el Bierzo), Alejandro Smithson Amat (Hospital L'esperit Sant), David Vinuesa (Hospital Clínico San Cecilio), Isabel Gea Lázaro (CH Ciudad de Jaén), Armando Reyes Bertos (HU Torrecárdenas), Inés Pérez Camacho (Hospital de Poniente), Antonio Sánchez Porto (Hospital de la Línea de la Concepción), Marcos Guzmán García (Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda), Berta Becerril Carral (Hospital Punta de Europa), Esperanza Merino de Lucas (Hospital General Alicante).

JUSTIFICACIÓN: El riesgo de infección de los dispositivos intracardíacos (iDIC) por siembra hematógena en el transcurso de un episodio de bacteriemia (EB) está poco definido cuando la bacteriemia es por organismos distintos de S. aureus.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de las iDIC y evaluar la incidencia y los factores de riesgo de presentar iDIC durante un EB.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico realizado en 26 hospitales españoles (cohorte PROBAC) incluyendo todos los EB con significación clínica diagnosticados entre octubre 2016-mayo 2017.

SUJETOS A ESTUDIO: Pacientes portadores de DIC (marcapasos, DAI y válvulas protésicas) con un EB. Se definió como iDIC si cumplía criterios clínicos y/o microbiológicos. Criterios clínicos: 1. Presencia de signos de infección en la bolsa del generador. 2. Criterios de Duke para endocarditis infecciosa. Criterios microbiológicos: cultivo positivo del DIC.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Univariable y multivariable mediante regresión logística

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 6520 bacteriemias, de las cuales 333 (5,11%) correspondían a pacientes portadores de DIC, 49 (14,7%) presentaron iDIC. La incidencia de iDIC en los EB producidos por cocos Gram positivos fue del 30,4% (45/148).

CONCLUSIÓN: Un tercio de los pacientes portadores de DIC presentan iDIC durante el curso de un EB por Gram positivos. Los factores de riesgo asociados a la iDIC son el origen extrahospitalario del EB y que la etiología sea S. aureus o Enterococcus spp. No hubo iDIC causadas por P. aeruginosa o S. marcescens.

Tabla 1. Comparación pacientes con y sin iDIC.

Variables	IDIC N=49 (14,7%)	No IDIC N=284 (85,3%)	p	OR	ρ	
Edad (años), mediana (RIC)	75 (68-82)	77 (69-83)	0,46			
Sexo masculino	33 (67,3)	185 (65,1)	0,63			
Índice de Charlson ajustado, mediana (RIC)	5 (4-6)	6 (4-7)	0,05	0,82 (0,69-0,95)	0,01	
Tipo DIC - Prótesis valvular - Marcapasos/DAI - Ambos	27 (55,1) 15 (30,6) 7 (14,2)	134 (47,2) 120 (42,3) 30 (10,6)	0,31 0,13 0,44			
Tiempo desde implantación (años) mediana (RIC) - Marcapasos/DAI - Prótesis valvular	1 (0-7,5) 1 (0-6,3)	3 (0-6) 0,5 (0,5-3)	0,88 0,4			
Adquisición - Extrahospitalaria - Hospitalaria	43 (87,8) 6 (12,2)	151 (53,2) 133 (46,8)	0,001 0,001	6,65 (2,65-16,7)	0,001	
Bacteriemia mes previo	2 (4,1)	11 (3,87)	- 1			
Etiología Gram positivos - S. aureus - Enterococcus spp S. epidermidis - Otros Gram negativos - A. baumanii - P. mirabilis - P. aeruginosa - S. marcescens	45 (91,8) 14 (28,6) 15 (30,6) 6 (12,2) 10 (24,4) 2 (4,1) 1 (2) 1 (2) 0 0	103 (36,3) 33 (11,6) 30 (10,6) 16 (5,63) 24 (23,3) 156 (54,9) 1 (0,4) 5 (1,8) 13 (4,6) 3 (1,1)	0,001 0,002 0,001 0,09 0,89 0,001	4,24 (1,81-9,92) 4,92 (2,14-11,3)	0,001 0,001	
Foco de origen - Urinario - Rospiratorio - Billar - Abdominal - Catéter - Desconocido - IDIC - Otros	0 0 0 0 1 (2) 1 (2) 47 (95,9) 0	87 (30,6) 24 (8,5) 21 (7,4) 11 (3,6) 45 (15,8) 65 (22,8) 0 26 (9,2)				
Bacteriemia persistente	6 (12,2)	18 (6,34)	0,14			
Ingreso UCI	11 (22,5)	51 (18)	0,46			
Días ingreso, mediana (RIC)	25 (15,3-43,3)	16 (7,3-34,8)	0,23			
Éxitus relacionado	11 (22,5)	35 (12,3)	0,06			



RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL ESQUELETO FIBROSO DEL CORAZÓN PARA ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON AFECTACIÓN MULTIVALVULAR.

Autores

Alejandro Fernández-Cisneros. Elena Sandoval. Daniel Pereda.Manel Castellà. Marta Hernández-Meneses. Juan Ambrosioni. Asunción Moreno. José Maria Miró. Eduard Quintana. Hospital Clínic de Barcelona.

JUSTIFICACIÓN: La afectación mitroaórtica y del esqueleto fibroso del corazón en casos de endocarditis infecciosa puede requerir la aplicación de la llamada técnica Comando. Algunos pacientes son catalogados como inoperables basándose en el daño estructural que presentan. Aún así, existe poca literatura al respecto con elevada mortalidad en casos de alta especialización (23-32%).

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de 16 pacientes desde enero de 2014 hasta agosto de 2018 en los que se realizó recambio valvular mitroaórtico con reconstrucción del esqueleto fibroso por endocarditis infecciosa aguda. Se procedió a realizar resección de la unión mitroaórtica con reconstrucción posterior con parche de pericardio. El abordaje quirúrgico se realizó a partir de una incisión que unía el anillo aórtico, esqueleto fibroso y techo de la aurícula izquierda (+/- septo interatrial y aspecto medial del atrio derecho).

RESULTADOS: Doce pacientes se encontraban en clase NYHA III/IV (75%). Cuatro pacientes (25%) se operaron en shock cardiogénico y 4 presentaron embolismo cerebral previo. El EuroScore II medio fue de 36,26 +/- 22,32. El tiempo medio de seguimiento fue de 22 meses.

La afectación de prótesis valvular se produjo en el 50% de los pacientes. Staphylococci sppcorrespondieron a los gérmenes causales más frecuentes (43,75%). En el 56,25% de los casos se observó la presencia de absceso mientras que en 18,75% se observó la presencia de fístula aortocavitaria. En la mayor parte de casos (87,5%) se empleó el uso de pericardio bovino para la reconstrucción de la fibrosa intervalvular. Ningún paciente requirió revisión quirúrgica por sangrado, sin embargo en dos casos (12,5%) se requirió

drenaje pericárdico por taponamiento cardíaco diferido. La aparición de infarto miocárdico perioperatorio, inctus incapacitante o la necesidad de diálisis permanente fue de 6,25%, 0% y de 6,25%, respectivamente. La estancia media en UCI fue de 10 días. Sólo un paciente fu exitus después del alta hospitalaria, al cabo de 9 meses. El 100% de los pacientes presentaron clase NYHA I-II en el último seguimiento. Ningún paciente requirió reoperación para reparación de defecto intracardiaco y el 100% de los pacientes se encuentran libres de enfermedad o de recaída en el último seguimiento. La mortalidad intrahospitalaria o a 30 días fue de 1/16 [6,25%].

CONCLUSIÓN: La resección y reconstrucción del esqueleto fibroso del corazón en casos de endocarditis infecciosa aguda puede ofrecer la posibilidad de supervivencia en un subgrupo de pacientes en los que se hubiera desestimado intervención quirúrgica. Dicha operación supone un abordaje quirúrgico técnico y delicado, con la posibilidad de ofrecer una buena calidad de vida a largo plazo y ausencia de recaídas durante el seguimiento.

Edad, media +/- DS (rango)	64 +/- 11 (44-75)
Sexo, número (%)	
Varón	11 (68,75)
Mujer	5 (31,25)
Evento embolico, número (%)	6 (37,5)
Fracción de eyección, media +/- DS (rango)	57 +/- 6 (45-65)
Reoperación, número (%)	10 (62,5)
Operación coronaria previa, número (%)	2 (12,5)
Tipo de cirugía, número (%)	
Root-Commando (Recambio mitral y de raíz	6 (37,5)
aórtica)	10 (62,5)
Commando sin recambio de raíz aórtica	
Otros procedimientos, número (%)	
Cirugía coronaria	2 (12,5)
Sustitución aorta ascendente o hemiarco	2 (12,5)
Cirugía tricuspídea	2 (12,5)
Otras	4 (25)
Tiempo de CEC, min +/- DS (rango)	247 +/- 103 (94-476)
Tiempo de isquemia, min +/- DS (rango)	173 +/- 55 (82-263)
Tipo de sustituto valvular, número (%)	
Prótesis mecánica	2 (12,5)
Prótesis biológica	8 (50)
Homoinjerto	6 (37,5)
BAV completo requiriendo marcapasos definitivo,	3 (18,75)
número (%) Traqueostomía, número (%)	1 (6 25)
rraqueostomia, numero (%)	1 (6,25)
Cierre esternal diferido, número (%)	2 (12,5)

RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN MITROAÓRTICA EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA AGUDA CON AFECTACIÓN MULTIVALVULAR: OPERACIÓN COMMANDO

Autores Fernández-Cisneros, A. Sandoval, E. Castellá, M. Pereda, D. Hernández-Meneses, M. Ambrosioni, J. Moreno, A. Fuster, D. Vidal, B. Falces, C. Miró, J.M. Quintana, E.

OBJETIVOS: La afectación mitroaórtica y de la fibrosa intervalvular mitroaórtica en casos de endocarditis infecciosa [EI] puede requerir la llamada operación Commando. Esta consiste en la intervención sobre las dos válvulas izquierdas, resección y reconstrucción de la unión mitroaórtica (en ocasiones se precisa la sustitución de la raíz aórtica y/o la reconstrucción parietal cardiaca). Es esperable que los pacientes que presentan tal daño estructural fallezcan durante el curso del ingreso si no se someten a dicho procedimiento. En algunos centros estos pacientes son catalogados como inoperables en base a una anatomía quirúrgica muy adversa. Existen pocas series, y de pequeño tamaño, en la literatura en el ámbito concreto de la El y el uso de esta operación. La mortalidad reportada por los grupos de referencia se sitúa entre el 23-32%.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de 16 pacientes desde Julio de 2014 hasta agosto de 2018 en los que se realizó recambio valvular mitroaórtico con reconstrucción de la unión mitroaórtica por El aguda. El abordaje quirúrgico se realizó a partir de una aortotomía que se extiende a través del anillo aórtico hacía la fibrosa intervalvular continuando con la apertura del techo auricular izquierdo (+/- septo interatrial y aspecto medial del atrio derecho).

RESULTADOS: Las principales características se describen en la Tabla. Doce pacientes se encontraban en clase NYHA III/IV (75%). Cuatro pacientes (25%) se operaron en shock cardiogénico y 4 presentaron embolismo cerebral previo. El EuroScore II medio fue de 36,26 +/- 22,32. La mortalidad intrahospitalaria o a 30 días fue de 1/16 (6,25%). Se trató de endocarditis protésica en el 50% de los pacientes. Los estafilococos fueron los microorganismos causales más frecuentes (43,75%). En el 56,25% de los casos se observó la presencia de absceso y en 18,75% se observó la presencia de fístula aortocavitaria. En la mayor parte de casos (87,5%) se empleó pericardio bovino para la reconstrucción de la fibrosa intervalvular. Ningún paciente requirió revisión quirúrgica por sangrado, sin embargo, en dos casos (12,5%) se requirió drenaje pericárdico por taponamiento cardíaco diferido. La aparición de infarto miocárdico, ictus invalidante o la necesidad de diálisis permanente fue de 6,25%, 0% y de 6,25%, respectivamente. La estancia media en UCI fue de 10 días. El tiempo medio de seguimiento fue de 22 meses. Un paciente con múltiples comorbilidades falleció a los 9 meses del alta (sin evidencia de complicaciones relacionadas con el procedimiento o recidiva). El 100% de los pacientes presentaron clase NYHA I-II en el último control clínico. Ningún paciente requirió reoperación para reparación de defecto intracardiaco y no han presentado recidivas ni reinfecciones en el último seguimiento.

CONCLUSIONES: La operación Commando, de alta complejidad, ofrece la posibilidad de supervivencia a pacientes con El muy compleja que sólo (alternativamente) con un trasplante cardiaco podrían hacerlo. La calidad de vida puede reestablecerse y es una opción duradera. No hemos observado recidivas con esta opción quirúrgica agresiva ni miss match protésico. La supervivencia observada ha sido excelente teniendo en cuenta la evolución esperable de estos pacientes sin cirugía y la mortalidad de otras series publicadas.

Edad, media +/- SD (rango)	64 +/- 11 (44-75)
Sexo [%] Varón 11 Mujer 5	11 (68,75) 5 (31,25)
Evento embólico, (%)	6 (37,5)
Fracción de eyección, media +/- SD (rango)	57 +/- 6 (45-65)
Reoperación (%):	10 (62,5)
Operación coronaria previa (%)	2 (12,5)
Tipo de cirugía, número (%) Root-Commando (Recambio mitral y de raíz aórtica) Commando sin recambio de raíz aórtica	6 (37,5) 10 (62,5)
Otros procedimientos (%) Cirugía coronaria Sustitución aorta ascendente o hemiarco Cirugía tricuspídea Otras	2 (12,5) 2 (12,5) 2 (12,5) 4 (25)
Tiempo de CEC, min +/- SD (rango)	247 +/- 103 (94-476)
Tiempo de isquiemia, min +/- SD (rango)	173 +/- 55 (82-263)
Tipo de sustituto valvular (%) Prótesis mecánica Prótesis biológica Homoinjerto	2 (12,5) 8 (50) 6 (37,5)
BAV completo requiriendo marcapasos definitive (%)	3 (18,75)
Traqueostomía (%)	1 (6,25)
Cierre esternal diferido (%)	2 (12,5)

Tabla: Principales características de los 16 pacientes intervenidos (operación Commando)

RESULTADO DESPUÉS DEL ALTA: SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ESPAÑA

Autores Martha Kestler, JM. Pericás-Pulido, MC. Fariñas, A. de Alarcón, MA. Goenaga, G. Ojeda, A. Plata, D. Vinuesa

JUSTIFICACIÓN: Un primer episodio de El no debe considerarse como finalizado una vez que el paciente ha sido dado de alta. De acuerdo a las recomendaciones actuales de las guías Europeas para el manejo de la Endocarditis Infecciosa, el seguimiento clínico debe ser realizado por el Equipo de Endocarditis o por un especialista de la Clínica de Válvulas Cardíacas. El seguimiento clínico y ecocardiográfico regular debe realizarse durante el primer año después de la finalización del tratamiento; en el que además se recomienda tomar cultivos de sangre sistemáticamente en la visita inicial, y en caso de sospecha clínica. Nuestro objetivo fue analizar cuantos de los pacientes registrados en nuestra base nacional de endocarditis cumplen con dichas recomendaciones.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, realizado en 35 hospitales españoles entre 2008 y 2017 (Cohorte GAMES-Grupo Español de Apoyo al Manejo de las Endocarditis). Los datos se recogieron prospectivamente en un protocolo pre-establecido.

RESULTADOS: En total se incluyeron 3830 episodios de Endocardiits. De acuerdo a los criterios de Duke 2815 [73.5%] se clasificaron como endocarditis probadas. Un 67% de los casos fueron en varones con una media de 65 años. La gran mayoría de los episodios fueron sobre válvula nativa [2334; 61%] y con afectación izquierda [3129; 81.7%]. Recibieron tratamiento quirúrgico el 45.4% [1737] de los pacientes y la media de tratamiento antibiótico fue de 40.7 días. La mortalidad durante el ingreso fue del 26.4% [1013 pacientes]. De los 2816 pacientes vivos al alta, 788 [20.6%] continuaron con tratamiento domiciliario y 252 [6.6%] en hospitalización a domicilio; requiriendo re-ingreso hospitalario el 11.9% [455 pacientes]. Un total de 238 pacientes fallecieron durante el primer año de seguimiento [77; 2.7% Exitus relacionado con la El y 161; 5.7% Exitus no relacionado con la El); y 1893 [67.2%] fueron clasificados como curados. Se realizaron hemocultivos y ecocardiografía de control a 1674 pacientes [59.4%] y 1647 pacientes [58.5%] respectivamente. La tasa de recidiva fue del 2.4%. Lamentablemente, se perdieron durante el seguimiento o no se cuenta con los datos de 623 pacientes [22.1%].

CONCLUSIÓN: A pesar de que en la mayoría de nuestros pacientes se realizan las pruebas recomendadas por las guías de manejo clínico durante el periodo de seguimiento; existe un alto porcentaje de pacientes que se pierden durante el seguimiento a largo plazo; por lo que existe un margen de mejora para el seguimiento por parte de los equipos de endocarditis.



Autores

Emilio García Cabrera - Delos Clinical. Rafael Luque - Hospital Virgen del Rocío. Antonio Plata - Hospital Regional de Málaga. Juan Gálvez - Hospital Virgen Macarena Guillermo Ojeda - Hospital Virgen de la Victoria. Carmen Hidalgo - Hospital Virgen de las Nieves Marian Noureddine - Hospital Costa del Sol. Francisco Martínez-Márcos - Hospital Juan Ramón Jiménez David Vinuesa - Hospital San Cecilio. Aristides de Alarcón - Hospital Virgen del Rocío

JUSTIFICACIÓN: El manejo del tratamiento anticoagulante y su efecto en las complicaciones neurológicas (CNL) en los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo uno de los grandes retos terapéuticos. En un estudio previo sobre complicaciones neurológicas y manejo de tratamiento anticoagulante (Circulation. 2013 Jun 11;127(23):2272-84), recomendamos la discontinuación transitoria del tratamiento anticoagulante. El objetivo de este trabajo ha sido comparar la actitud terapéutica en nuestra cohorte antes y después de la publicación, y su impacto en las complicaciones neurológicas

MATERIAL Y MÉTODO: Pacientes incluidos en la cohorte andaluza de El.(2076 casos consecutivos durante el periodo 1984-2016). Se analizaron los resultados en función de la actitud tomada con respecto al tratamiento anticoagulante y las CNL observadas en dos periodos: previos a la publicación del artículo y posterior a la publicación del artículo (1984-2012 frente a 2013-2016).

RESULTADOS: En el primer periodo se produjeron un total de 241 CNL (16,4%) frente a 125 (20,7%) del segundo (p=0,020). Este aumento se debe a un mayor aumento de complicaciones isquémicas 12,2% vs 16,7% (p=0,006) y complicaciones isquémicas que evolucionan a hemorrágicas 1,1% vs 3,7% (p<0,01). Por el contrario no hubo aumento de las complicaciones primitivamente hemorrágicas 3,9% vs 3,7% (p=0,758).

En el momento de diagnóstico de la endocarditis 522 pacientes (25,1%) tenían tratamiento anticoagulante prescrito, 1343 (64,7%) pacientes no tenían tratamiento anticoagulante y en 212 (10,2%) pacientes no se registró con exactitud. De los 522 pacientes con tratamiento anticoagulante, en 78 (14,9%), no se tenían datos exactos del manejo. De los 444 restantes lo dividimos en tres grupos en función del manejo de esta terapia; Grupo 1, se mantuvieron con dicumarinicos o con heparina en perfusión continua: 87 casos, (19,4%). Grupo 2, continuaron el tratamiento con heparina a dosis intermedias (1mg/kg/día): 242 casos (54,5%) y Grupo 3 se retiró transitoriamente la anticoagulación sin sospecha de embolismos en 76 (17,1%). En otros 39 pacientes (8,8%) se retiró la anticoagulación, pero por sospecha clínica/radiológica (se excluyen para el posterior análisis).

Comparando los dos periodos vemos que un 26,3% del primer periodo mantenían la anticoagulación (grupo 1), un 59,3% cambiaron a heparina a dosis intermedias (grupo 2) y un 14,4% discontinuaban transitoriamente (grupo 3) frente a un 14,8% del grupo 1, 60,4% del grupo 2 y un 24,9% del grupo 3 en el segundo periodo (p=0,003)

Si comparamos el número de complicaciones neurológicas entre ambos periodos en función de la actitud tomada, vemos como de forma global el grupo 1 va de 14,5% en el primer periodo a un 20,0% en el segundo (p=0,532), el grupo 2 pasa de un 17,9% a un 16,7% (p=0,865) y el grupo 3 va de un 2,9% a un 9,5% (p=0,373)

Evaluando la tasa de complicaciones por el tipo de complicación neurológica, las complicaciones isquémicas en el grupo 1 van de 9,7% a un 8% (p=0,999), en el grupo 2 de un 11,4% a un 11,8% (p=0,999) y en el grupo 3 van de 2,9% a un 9,5% (p=0,373), La complicaciones isquémicas que evolucionan a hemorrágicas en el grupo 1 van de 0% en el primer periodo a 8% en el segundo (p=0,080); En el grupo 2 va de 4,3% a un 2,9% (0,737) y no se produce ninguna en el grupo 3. Finalmente, las complicaciones hemorrágicas en el grupo 1 son de 4,8% en el primer periodo y 4% en el segundo (p=0,999), en el grupo 2 de 5,7% en el primer periodo a 2% (p=0,198) y en el grupo 3 no había ninguna en el primer periodo y una en el segundo, en un paciente en el que el tiempo de discontinuación fue inusualmente alto (4 semanas).

En un modelo multivariante de complicaciones neurológicas introdujimos 4 variables: Válvula mitral (si/no), S. aureus (si/no), Manejo de la anticoagulación (no anticoagulado, mantiene coagulación, reduce con heparina, suspende anticoagulación) y periodo (2013-2016, 1984-2012). La categoría de referencia es la primera. El resultado del modelo se describe en la tabla a continuación:

	OR	Lim inf	Lim sup	p
Etiología S.aureus	1,38	1,030	1,862	0,031
Válvula Mitral	1,66	1,277	2,160	0,000
Sin anticoagulación	1			0,123
Continua anticoagulación	0,89	0,49	1,66	0,735
Reduce anticoagulación	0,92	0,63	1,343	0,674
Suspende transitoriamente anticoagulación	0,32	0,13	0,82	0,017
Periodo 2013-2017	1,417	1,079	1,862	0,012

CONCLUSIÓN: Desde la publicación del artículo, se objetiva un cambio de actitud terapéutica, siendo mayor la discontinuación terapéutica del tratamiento anticoagulante, lo que contribuye a la disminución de las complicaciones neurológicas hemorrágicas, a pesar del aumento global de las complicaciones en el segundo periodo.



Autores

Fernández-Cisneros A, Sandoval E, Hernández-Meneses M, Pereda D, Ambrosioni J, Castellá M, Moreno A, Fuster D, Vidal B, Falces C, Miró JM, Quintana E -

JUSTIFICACIÓN: Más de la mitad de enfermos con endocarditis infecciosa (EI) valvular izquierda precisarán cirugía cardiovascular. La cirugía realizada en centros con "Equipo de Endocarditis" puede asociarse a mejores resultados. El objetivo de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia quirúrgica contemporánea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de la base de datos institucional de El definitiva por criterios de Duke, desde Julio 2014 hasta Septiembre de 2018. El Equipo de Endocarditis se reunió semanalmente y los casos fueron evaluados prospectivamente. De 171 El valvular izquierda con criterios establecidos de cirugía (ESC Guidelines 2015) se operaron 122 pacientes (71,3%) en la fase aguda. Análisis descriptivo de los pacientes operados, de supervivencia y complicaciones en el seguimiento. El seguimiento medio fue de 22 meses.

RESULTADOS: Las principales características se describen en la Tabla. El 75,4% fueron hombres y 52,4% llevaban = 7 días de tratamiento antibiótico en el momento de la cirugía. El 34,4% eran El protésicas. El 8,2% de los casos presentaban dos o más cirugías previas. Las indicaciones quirúrgicas fueron: disfunción valvular severa 88,5%, insuficiencia cardiaca congestiva 57%, riesgo embólico 43,4%, absceso perivalvular 26,3%, embolismo recurrente 13,1%, bacteriemia persistente 10,6%, bloqueo auriculoventricular 6,5% y El protésica precoz en 5%. En un 43,4% de los casos la válvula afectada fue la aórtica, en el 19,7% la mitral y en el 36,9% fue multivalvular. La cirugía fue emergente en el 23,8%. El 13,1% acudieron a quirófano bajo ventilación mecánica. Fue necesaria la reconstrucción de la fibrosa intervalvular en el 13,1%. En el 16,4% de los pacientes fue necesaria la sustitución de la raíz aórtica (80% con homoinjerto criopreservado). En el 3,3% se realizó cirugía de la aorta ascendente/arco, en el 10,6% cirugía sobre la válvula tricúspide, cirugía coronaria en el 11,5% y reparación mitral en el 9,8%. El tiempo medio de circulación extracorpórea y de isquemia miocárdica fue de 130 y 96 minutos, respectivamente. El postoperatorio inmediato fue en UCI específica de cirugía cardiovascular el 79% de los casos. Los cultivos valvulares fueron positivos en el 38,5%. En el 70% la anatomía patológica de la válvula fue congruente con endocarditis. En el 50,1% de los pacientes la PCR valvular fue positiva. En 4 pacientes no se llegó al diagnóstico etiológico (3 tuvieron anatomía patológica compatible con El). En un 8,1% de pacientes se reexploró el mediastino en la UCI. En el postoperatorio 1 paciente presentó un ictus isquémico (0,8%) que se recuperó y 7 pacientes (5,7%) presentaron un ictus hemorrágico. Un paciente con insuficiencia renal preoperatoria se mantuvo en diálisis al alta. La supervivencia al alta y a los 30 días fue del 93,5 %. No se observó ninguna recidiva de la infección inicial.

CONCLUSIONES: En nuestro centro la tasa de cirugía cardiovascular de la El valvular aguda complicada es alta y se ejecuta de forma precoz. La necesidad de cirugía emergente y de muy alta complejidad técnica es frecuente. El desbridamiento quirúrgico agresivo y un tratamiento antibiótico dirigido (diagnóstico etiológico en el 97%) pueden contribuir a la alta supervivencia y a la ausencia de recidivas.

Características	- 14
EuroScore II medio; mediana	23 ± 22 (1,3 – 85); 16,4
Aparición síntomas < 1mes	71 (58,2%)
NYHA III-IV	83 (68%)
Revascularización miocárdica quirúrgica previa	8 (6,6%)
Embolismo preoperatorio	39 (31,9%)
Absceso	32 (26,3%)
Fistula	6 (4,9%)
Shock cardiogénico preoperatorio	26 (21,3%)
Stafilococcus spp.	40 (32,8%)
Streptococcus spp.	44 (36,1%)
Enterococcus spp.	19 (15,6%)
Otros	15 (12,3%)
Cultivo Negativo	4 (3,2%)
Afectación multivalvular	45 (36,9%)
Cirugía emergente (<24h)	29 (23,8%)
Procedimientos concomitantes	38 (31,1%)
Postoperatorio	
Reexploración en quirófano (sangrado persistente o taponamiento)	7 (5,7%)
Infarto perioperatorio	3 (0,8%)
Accidente cerebrovascular	8 (6,5%)
Terapia sustitutiva renal transitoria	16 (13,1%)
Traqueostomía	5 (4%)
Sepsis	4 (3,2%)
Bloqueo AV <i>de novo</i> precisando marcapas	os 7 (5,7%)
Infección de herida quirúrgica	1 (0.8%)
Dehiscencia esternal o Mediastinitis	0
Estancia en UCI en días: media(rango) y mediana	10 (1-104) / 5
Mortalidad intrahospitalaria o a los 30 días	8 (6,5%)
Seguimiento post alta	I. Marria
Reoperación valvular	2 (1,6%)
Reinfección valvular (diferente agente)	2 (1,6%)
Recidivas	0 (0%)
Mortalidad en seguimiento	7 (5,7%)

Tabla: Principales características de los 122 pacientes operados.

ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA CON ECOCARDIOGRAMA NORMAL

Autores

Rojano Torres, R. Escribano Viñas, P. Alcaraz Vidal, B. Cobos Trigueros, N. Jimeno Almazan, A. Servicio Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Del Amor Espín, M.J. Viqueira González, M.

Servicio Microbiología. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia. Jiménez-Sánchez, R. Ortín Freire, A.

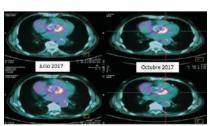
Servicio Medicina Intensiva. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia. Mármol Lozano, R. Servicio Cardiología. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

JUSTIFICACIÓN: La tomografía por emisión de positrones con 18Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG PET-TC) constituye una herramienta que ha revolucionado el diagnóstico de la endocarditis infecciosa (EI) permitiendo un diagnóstico más preciso en aquellos casos en los que el ecocardiograma transesofágico (ETE) plantea ciertas dudas o es negativo pese a una alta sospecha clínica. Además, aporta la ventaja de ampliar el estudio a toda la extensión anatómica del paciente favoreciendo el diagnóstico de posibles embolismos o incluso lesiones neoplásicas subyacentes. Sin embargo, dado su alto coste y escasa disponibilidad, su empleo aún es limitado.

OBJETIVOS: reportar el caso de un paciente con más de un episodio de El así como lesiones subyacentes diagnosticadas en nuestro centro gracias al uso del PET-TC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de caso clínico, incluyendo datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Presentamos el caso de un varón de 82 años con ant. de hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. Había presentado un episodio previo de El sobre válvula aórtica nativa en 2016 realizándose recambio valvular con prótesis biológica aórtica. Había sido ingresado en 2017 por fiebre tras manipulación dental con diagnóstico de El posible sobre válvula protésica aórtica por Streptococcus gallolyticus. Tras ecocardiograma transtorácico (ETT) y ETE negativos, se realiza PET-TC son observarse signos que sugieran un proceso inflamatorio vascular activo pero sí un incremento del índice glicídico a nivel de colon. Se realizó colonoscopia extirpándose dos adenomas túbulo-vellosos. A nivel infeccioso, ante el diagnóstico de El posible (1 criterio mayor y dos menores) se completó ciclo de 6 semanas con ceftriaxona. Acude a consulta de Medicina Interna 3 meses después refiriendo fiebre de una semana de evolución así como aparición de placa eritematosa de 3cm en antebrazo izquierdo. Se extraen hemocultivos sin fiebre en la consulta y 48h después se obtiene crecimiento de Enterococcus faecalis por lo que ante la alta sospecha de El, es ingresado. Se inicia tratamiento con ampicilina + ceftriaxona se realizan ETT y ETE que resultan negativos. Se solicita ecodoppler de miembro superior izquierdo ante la sospecha de embolismo séptico confirmándose aneurisma micótico en la arteria cubital. Pese a la negatividad del ETE, se realiza PET-TC que, en esta ocasión, sí objetiva un aumento del tamaño y metabolismo en la prótesis valvular aórtica, sugestivo de etiología infecciosa así como en la arteria cubital izquierda. El paciente fue valorado por Cardiología indicando



tratamiento conservador por elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE II 12.04%). Respecto al aneurisma micótico fue valorado por Cirugía Vascular recomendando tratamiento médico y cirugía sólo en caso de mala evolución. Finalmente, el paciente evolucionó de forma adecuada únicamente con antibioterapia. Fue dado de alta a Hospitalización Domiciliaria con Linezolid 600mg/12h hasta completar 6 semanas. Sigue revisión en consulta sin nuevas incidencias hasta la fecha actual.

Conclusiones: en pacientes con válvula protésica y alta sospecha de El pese a ETE negativo, el PET-TC resulta clave para el diagnóstico final y posterior actitud terapéutica. En nuestro caso además, se ejemplifica el beneficio adicional de su uso en cuanto a lesiones subyacentes o complicaciones posteriores como la detección de embolismos sépticos.

IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES TRAS INFECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRACAVITARIO PREVIO

Autores

Galván-Román F - Servicio de Cardiología. Domínguez-Pérez L - Servicio de Cardiología.
Sabín-Collado A - Servicio de Cardiología. Solera JT - Servicio de Medicina Interna.
De Cossío S - Servicio de Medicina Interna. Sánchez-Fernández M - Servicio de Medicina Interna.
López-Medrano F - Unidad de Enfermedades Infecciosas. Orellana MA - Servicio de Microbiología Clínica.
López-Gude MJ - Servicio de Cirugía Cardíaca. López-Gil M - Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias
y Electrofisiología Cardiaca. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

JUSTIFICACIÓN: el uso de los marcapasos sin cables (MPSC) está aumentando. Su ventaja fundamental respecto a los marcapasos convencionales con electrodos intracavitarios reside en la eliminación de complicaciones graves asociadas al bolsillo del generador y a los propios electrodos, fundamentalmente la infección. Sin embargo, el implante de un MPSC tras la extracción de marcapasos convencional por infección grave no está bien estudiado

OBJETIVOS: realizar una búsqueda exhaustiva de los casos de implante de MPSC cuya indicación haya sido infección grave de dispositivo electrónico implantable cardiaco (DEIC), a raíz de un caso de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: búsqueda bibliográfica en PubMed y Embase sobre el uso de MPSC tras infección grave de DEIC (bolsillo del generador, electrodo intracavitario o de ambos). Se incluyeron los casos de infección de marcapasos monocamerales, bicamerales, desfibriladores automáticos implantables (DAI) y marcapasos resincronizadores, con o sin función DAI. Se incluyeron también los casos hallados en las referencias de los artículos resultado de la búsqueda principal y el caso de nuestro hospital.

RESULTADOS: hasta el 15/09/18 se encontraron un total de 122 casos. El 38 % de los pacientes era dependiente de estimulación y en todos estos casos, excepto uno, se implantó marcapasos transitorio como puente al implante de MPSC. En los pocos casos en los que se hizo referencia a la localización de la infección, esta fue en el 45 % del bolsillo del DEIC, 16 % de los electrocatéteres y 39 % de ambos. No se demostró ningún caso de infección sistémica relacionada con MPSC en el seguimiento, si bien este fue muy heterogéneo y pobremente descrito, al igual que el manejo antibiótico empleado.

CONCLUSIONES: la experiencia en implante de MPSC es limitada. El implante de MPSC tras infección grave de un DEIC que requiere extracción parece seguro, sin haberse descrito casos de infección sistémica asociados al MPSC en el seguimiento. Es necesario que se demuestre de manera específica esta indicación a través de estudios experimentales.



Figura: radiografía de tórax PA y lateral donde se aprecia marcapasos sin cables anclado en septo interventricular y presencia de grapas en posición deltopectoral izquierda, resultado de la extracción de marcapasos convencional previo infectado (caso de nuestro centro)

CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA

Autores

Montserrat Viqueira González - Servicio de Microbiología. Begoña Alcaraz Vidal - Servicio de Medicina Interna. Nazaret Cobos Trigueros - Servicio de Medicina Interna. Amaya Jimeno Almazan - Servicio de Medicina Interna. Roberto Jiménez Sánchez - Servicio de Medicina Intensiva. Alejandro Ortín Freire - Servicio de Medicina Intensiva. Del Amor Espín, Mª Jesús - Servicio de Microbiología. José Antonio Giner Caro - Servicio de Cardiología. Paloma Escribano Viñas - Servicio de Medicina Interna. Rocío Rojano Torres - Servicio de Medicina Interna.

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

JUSTIFICACIÓN: Describir las características del diagnóstico microbiológico de las endocarditis infecciosas (EI) recogidas desde que en el año 2016 se instauró un Equipo Multidisciplinar de Endocarditis (EME) en el Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena.

OBJETIVOS: Describir los microorganismos aislados así como el rendimiento de los hemocultivos (HC) realizados para su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron los datos resultantes del diagnóstico microbiológico realizado en los 44 pacientes con El confirmada en nuestro hospital en el período entre el 1 de Agosto de 2016 a 31 de Mayo de 2018. En todos los casos se habían enviado series de extracciones de HC, cada una de ellas con inoculación de frasco aerobio (AE) y anaerobio (ANA). De los HC positivos de cada serie se anotó el tiempo de positividad (TP) en horas (h) del frasco -AE y/o ANA- en el que se aisló en menor tiempo el microorganismo causante.

RESULTADOS: El microorganismo aislado con mayor frecuencia en nuestra serie de El es el género Staphylococcus spp (n=15, 34%), de los cuales 9 (20.4%) se identificaron como S. aureus y 6 (13.6%) como Staphylococcus coagulasa negativa (SCN). En todos los casos fue el frasco aerobio el primero en detectar crecimiento. El TP medio de los S. aureus fue de 13 horas (rango 7-18h), siendo de 19.8h (rango 15-26h) en el caso de los SCN. El segundo lugar en frecuencia lo ocupan microorganismos del grupo de los Streptococcus spp (n=13, 29.5%), con las siguientes especies identificadas: 8 Str. grupo viridans (18.2%), 2 Str. pneumoniae (4,5%), 2 Str. bovis, (4,5%), 1 Aerococcus urinae (2,3%). Los TP oscilaron entre las 7 y las 46 h, con una media de detección de 16 h. Se registraron 5 casos (11.4%) de Enterococcus spp (4 E. faecalis y 1 E. casseliflavus), con TP entre las 13 y las 29 h (TP medio 17.5 h); En este grupo los frascos de HC AE y ANA tuvieron un rendimiento prácticamente igual.

11 casos de El (25%) presentaban hemocultivo negativo, en los que 2 se demostró serológicamente etiología por Coxiella burnetti.

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie, los microorganismos aislados con más frecuencia son los Staphylococcus spp. seguidos de Streptococcus spp y Enterococcus spp., siendo por especies S. aureus, Streptococcus viridans y los SCN. 2. El TP de los HC es una herramienta útil que ayuda al manejo clínico, correspondiendo los TP más precoces a S. aureus seguido de los Streptococcus spp, y Enterococcus spp. Los que tardaron más en detectarse fueron los SCN.

3. La solicitud de HC de larga incubación ante sospecha de El no parece justificado en la práctica clínica diaria ya que en todos los casos el TP fue inferior a 48 h. 4. La prevalencia El con HC negativo de nuestra serie está en la parte superior de lo descrito en la literatura (2.5%-31%).

ENTEROCOCCUS CASSELIFLAVUS: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Escribano Viñas P. - Servicio Medicina Interna-Infecciosas.
Viqueira González M. - Servicio de Microbiología.
Alcaraz Vidal B. - Servicio Medicina Interna-Infecciosas.
Rojano Torres R. - Servicio Medicina Interna-Infecciosas.
Mármol Lozano R. - Servicio de Cardiología.
Ortin Freire A. - Servicio de Medicina Intensiva.
Cobos Trigueros N. - Servicio Medicina Interna-Infecciosas.
Del Amor Espín MJ. - Servicio de Microbiología.
Jiménez Sánchez R - Servicio de Medicina Intensiva.
Jimeno Almazán A - Servicio Medicina Interna-Infecciosas.
Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVO: Los enterococos son una de las principales causas de infecciones asociadas a cuidados sanitarios. El enterococcus casseliflavus es una bacteria de reciente tipaje responable del 1% de las infecciones por enterococos. Su resistencia intrínseca a vancomicina hace que dichas infecciones supongan un gran reto terapeútico. Nuestro objetivo es notificar un caso de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa por Enterococcus casseliflavus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico que incluye datos clínicos, forma de presentación, patología predisponente, tratamiento y evolución/complicaciones.

RESULTADOS: Presentamos el caso de un varón de 83 años con antecedente personal de adenocarcinoma de sigma de bajo grado en 2014 intervenido con sigmoidectomia y anastomosis colo-cólica con última revisión por Oncología dos meses previos al ingreso encontrándose libre de enfermedad y colecistectomía 3 meses antes por colecistitis aguda litiásica. No cardiopatía previa conocida con realización de ecocardiograma un año antes normal. Presenta fiebre de una semana de evolución y clínica neurológica aguda consistente en disartria, por lo que se realiza TAC craneal que informa de hemorragia intraparenquimatosa con componente subdural y subaracnoideo y en hemocultivo tanto del día del ingreso como 24 horas después crece Enterococcus casseliflavus sensible a ampicilina y a vancomicina. Tras el resultado de hemocultivo se realiza ecografía y TAC abdominal y ecocardiograma transtorácico y transesofágico que informa de vegetación a nivel de válvula mitral con rotura de cuerdas, prolapso valvular e insuficiencia mitral secundaria moderada con hipertensión pulmonar moderada-severa. Ante el diagnóstico de El definitiva con dos criterios mayores y uno menor se inicia tratamiento antibiótico con amipicilina y gentamicina siendo la evolución tórpida en situación de insuficiencia cardiaca refractaria y sin posibilidad de cirugía cardiaca por la lesión hemorrágica extensa cerebral falleciendo el paciente durante ese mismo ingreso.

CONCLUSIÓN: El entecococco casseliflavus es un patógeno infrecuente aislado en muestras clínicas pudiendo ocasionar infecciones graves posiblemente por su resistencia intrínseca a vancomicina. Sólo hemos encontrado un caso reportado por endocarditis por Enterococco casseliflavus siendo en este caso sobre válvula protésica. El uso de ampicilina en combinación con un aminoglucósido se considera la piedra angular del tratamiento de las infecciones por enterococo por su sinergismo. Una correcta identificación desde el inicio se considera fundamental en el pronóstico de estos pacientes.

ENDOCARDITIS POR MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS NO STAPHYLOCOCCUS

Autores

Alcaraz-Vidal B. - Servicio M. Interna-Infecciosas. Jiménez-Sánchez, R. - Servicio M. Intensiva. Viqueira-González M. - Servicio de Microbiología. Ortín-Freire A. - Servicio M. Intensiva. Cobos-Trigueros N. - Servicio M. Interna-Infecciosas. Giner-Caro JA. - Servicio de Cardiología. del Amor-Espín MJ - Servicio de Microbiología. Mármol R. - Servicio de Cardiología. Jimeno-Almazán A. - Servicio M. Interna-Infecciosas. Gutierrez-Civicos R. - Servicio M. Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena.

JUSTIFICACIÓN: Las especies de Streptococcus constituyen según algunas series la primera causa de endocarditis sobre válvula nativa y de endocarditis subaguda. De forma global, constituyen la segunda causa de endocarditis tras el Staphylococcus aureus. Aunque menos agresivas que las producidas por este último, el curso más larvado de las infecciones por especies de Streptococcus pueden conllevar retraso en el diagnóstico que asocie complicaciones y empeore el pronóstico.

OBJETIVOS: Describir los aspectos más relevantes de las endocarditis producidas por gram postitivos no Staphylococcus en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos de forma retrospectiva los episodios de endocarditis por bacterias gram positivas no estafilocócicas en nuestro centro durante los dos años previos. Se engloban tanto las endocarditis producidas por Streptococcus como por Enterococcus.

Se estudian variables clínicas relacionadas con el tipo y válvula afectada, factores de riesgo, complicaciones y datos evolutivos. Por otro lado se estudian aspectos microbiológicos relacionados con el diagnóstico y la sensibilidad antibiótica.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio hubo 16 casos de endocarditis por género Streptococcus. La etiología específica por especies fue la siguiente: 4 por Enterococcus faecalis, 3 por S. gallolyticus, 2 por S. viridans, 2 por S. milleri, 1 por S. pneumoniae, 1 por S. mitis, 1 por S. mutans, 1 por Aerococcus urinae y 1 por Enterococcus casseliflavus.

La edad media de los pacientes fue de 73,2 años (IC 95 % 64,7-81,6) Un 56,3 % de los pacientes tenían una valvulopatía de base y el 50 % tenían un antecedente de neoplasia.

La endocarditis se produjo sobre válvula nativa en el 75 % de los casos. Por localización, en un 43,8 % de los casos fue sobre válvula aórtica, 35,5 % mitral, 12,5 % tricúspide y 6,3 % sobre cable de marcapasos. El origen de la endocarditis fue comunitario en un 93 % de los pacientes.

Desde el punto de vista microbiológico la mediana de número de hemocultivos positivos fue de 4 (IQR 4-4), con una mediana de tiempo de positividad de 14 horas (IQR 9,5-19,5) En 15 de los 16 pacientes (93,8%) el germen causante era sensible a penicilina.

La ecocardiografía transtorácica fue diagnóstica en un 62,5 % de los casos. Como complicaciones, el 62,5 % de los casos presentaron embolismos y también un 62,5 % complicaciones perivalvulares. Un 25 % de pacientes desarrollaron insuficiencia renal y un 6,3 % shock séptico en el contexto del cuadro de endocarditis.

Se optó por tratamiento quirúrgico en un 43,8 % de los pacientes. La mortalidad hospitalaria fue del 18,8 %.

CONCLUSIONES: En nuestro medio, las endocarditis por gérmenes gram positivos no Staphylococcus se produjeron mayoritariamente sobre válvula nativa izquierda, en la mitad de los casos con una valvulopatía de base conocida, y presentaron elevada incidencia de complicaciones asociadas. No objetivamos problemas de resistencia a penicilina.

INFECCIONES VASCULARES POR COXIELLA BURNETII (INFECCIÓN PERSISTENTE VS FIEBRE Q CRÓNICA)

Autores

Javier Tomás Solera - Servicio de Medicina Interna. Santiago de Cossio - Servicio de Medicina Interna. Marcos Sánchez Fernández - Servicio de Medicina Interna. Laura Domínguez - Servicio de Cardiología. Francisco Galván - Servicio de Cardiología. Alhena Reyes - Servicio de Microbiología Clínica. Maria Ángeles Orellana - Servicio de Microbiología Clínica.

Maria Jesús López-Gude - Servicio de Cirugía Cardíaca. Patrick Pilkington - Servicio de Medicina Nuclear.
Francisco López-Medrano - Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

JUSTIFICACIÓN: La Fiebre Q es una zoonosis causada por Coxiella burnetii, que puede presentar manifestaciones clínicas tanto agudas como crónicas. Las infecciones vasculares son la segunda causa más común de infección persistente (9%), muy por detrás de la endocarditis (78% de los casos). El conocimiento extraído de los brotes ocurridos en los últimos años y la aparición de nuevas pruebas diagnósticas han puesto en duda estas cifras, así como el abordaje diagnóstico y terapéutico, y el seguimiento clásico de esta enfermedad, proponiendo nuevos esquemas.

OBJETIVOS: Hacer una revisión de las últimas actualizaciones del manejo de las infecciones endovasculares por Coxiella burnetii, aprovechando como ejemplificación tres casos recientes de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica utilizando como fuente Pubmed, con los siguientes términos de búsqueda: "chronic Q fever" AND "diagnosis", "coxiella burnetii" AND "vascular infection" AND "diagnosis",

seleccionando lo artículos más recientes y de mayor interés práctico, así como las guías de la CDC al respecto. Información clínica y pruebas diagnósticas obtenidas de base de datos propia del Hospital Universitario 12 de Octubre. La información de los casos se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de los datos de dos casos clínicos de infección endovascular por Coxiella burnetii. Abreviaturas: TAC tomografía axial computerizada, ETT ecocardiografía transtorácica, IFI inmunofluorescencia indirecta, PCR proteína C reactiva, PCR* reacción en cadena de polimerasa, 18F-FDG PET/TC flúor18-fluordeoxiglucosa tomografía de emisión de positrones/tomografía computerizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los factores predisponentes destacan en el caso 3 y, especialmente, en el 2, al presentar tanto prótesis vascular como inmunosupresión, factores que se han demostrado como predictores de evolución a formas persistentes.

Es esencial determinar qué pacientes se benefician de una prueba diagnóstica dirigida, ya que la clínica y las alteraciones analíticas son totalmente inespecíficas. Destaca en el caso 1 la presencia de anticuerpos anti-cardiolipina, que ha demostrado ser factor de riesgo de evolución de fiebre Q aguda a endocarditis.

1	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Ѕеко у	Varón, 72 años.	Varón, 64 años.	Varón, 8 años.
Factor de riesgo	Ateromatosis extensa de aorta.	Inmunosupresión con tacrolimus y micofenolato por trasplante renal. Aneurisma de aorta abdominal con endoprótesis aortolliaca.	Cardiopatí a congénita con CIV y estenosis pulmonar con corrección completa con técnica de Rastelli (2012). Estenosis grave en tracto de salida de VI, intervenida con resección de rodete y recolocación de parche de CIV (2017).
Exposición	Medio rural. Cazador. Vive cerca de fábrica de quesos.	Medio rural. Contacto con gallinas de corral.	Medio rural. Convive con animales de granja.
Clínica Analítica	Síndrome constitucional de 2 meses de evolución. No presencia de fiebre. Colestasis. Leucocitosis. Elevación de PCR.	Síndrome constitucional de 10 meses de evolución. No presencia de fiebre. Alteración mixta del perfil hepático. Trombocitopenia. Elevación de PCR.	Fiebre en picos de 6 semanas de evolución sin focalidad infecciosa. Leucocitosis. Anemia. Elevación de LDH, VSG, PCR v PCT.
Autoinmuni dad	Anticuerpos anti- cardiolipina positivos.	Negativa.	No practicada.
lmagen (TAC y ETT)	Probable aneurisma micótico aértico en la zona de transición tóraco/abdominal. ETT sin visualizar vegetaciones.	Crecimiento de saco aneurismático periprotésico de contenido heterogéneo y estriación de la grasa periaórtica. ETT sin visualizar vegetaciones.	ETT: imagen en velo anterior derecho de valva pulmonar compatible con verruga, bordes engrosados, anfractuoso y heterogéneo y en el que se identifica parte móvil.
Serología (IFI)	Positiva. IgG Fase I 1/1024 y Fase II 1/8192.	Positiva. IgG Fase I y Fase II ≥1/2048.	Positiva. IgG Fase I y Fase II ≥1/8192.
PCR en	Negativa (realizada tras	Positiva (realizada antes del	Positiva (realizada antes del
sangre	inicio de tratamiento).	inicio del tratamiento).	inicio del tratamiento).
PET/TC	Positivo. Incrementos focales de la actividad metabólica en cayado y aorta descendente (imagen 1).	Positivo. Proceso inflamatorio/infeccioso periprotésico (imagen 2).	Positivo. Aumento de captación en anillo valvular en margen derecho, captación menos intensa en el margen contralateral (imagen 3).
Tratamient o recibido	Doxiciolina 100 mg/12 h + Hidroxicloroquina 200 mg/8 h + colocación de endoprótesis.	Doxiciclina 100 mg/12 h + Hidroxicloroquina 200 mg/8 h.	Doxiciclina 50 mg/12 hiv + Hidroxicloroquina 200 mg/24 hiv (peso: 18.8 kg).
Evolución	Persistencia de serología positiva a títulos altos 18 meses tras inicio de tratamiento (figura 1). Prótesis a ártica no retirable. Mantiene tratamiento con doxiciolina 100 mg/12 h.	Buen estado 3 meses después de inicio tratamiento. Pendiente de repetir serología.	Paciente en fase aguda, estable y afebril. Programada cirugía de recambio protésico tras completar 3-4 semanas de tratamiento antibiótico.

Los resultados serológicos, aunque positivos, dan pie a considerar que el dogma clásico de la relación entre el título de anticuerpos de fase I y fase II a la hora de marcar si una infección es aguda o crónica debe tomarse con cuidado. En el caso 1, la serología es de infección aguda y, sin embargo, presentaba una fase evolucionada.

La PCR se mostró, como indica la bibliografía actual, una prueba muy útil en la confirmación diagnóstica del caso 2 y 3. No fue así en el caso 1, ya que se realizó tras inicio del tratamiento.

En las pruebas de imagen se encontraron afectaciones vasculares típicas, destacando la utilidad del PET/TC, que se está postulando como una herramienta imprescindible tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de esta enfermedad.

Respecto al tratamiento, los tres casos se han tratado con pautas antibióticas adecuadas, quedando el caso 3 pendiente de cirugía, siendo los otros dos casos considerados como inoperables. Sin embargo, debido a la intolerancia del paciente, el caso 1 ha tenido que abandonar precozmente la hidroxicloroquina, algo que, unido a la persistencia de la endoprótesis, disminuye sus posibilidades de curación. Esto queda bien reflejado en la persistencia de niveles elevados de anticuerpos, a pesar de haber superado 18 meses de tratamiento.

INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL COMPORTAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Antonia Calvo-Cano - Facultativa Especialista de Área, Profesora Colaboradora.
Francisco Félix Rodríguez Vidigal - Facultativo Especialista de Área, Profesor Titular.
Araceli Vera Tomé - Facultativa Especialista de Área, Profesora Asociada.
Nieves Nogales Muñoz - Facultativa Especialista de Área, Profesora Colaboradora.
Agustín Muñoz Sanz - Jefe de Servicio de Patología Infecciosa, Profesor Titular.
Servicio de Patología Infecciosa Hospital Universitario de Badajoz.
Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura.

JUSTIFICACIÓN: Según demuestran algunos estudios, las mujeres con endocarditis infecciosa (EI) presentan un mayor riesgo de mortalidad y una menor tasa de cirugía valvular. Aún no está claro si las diferencias se deben a un sesgo de género o a factores biológicos.

OBJETIVO: Determinar las características clínicas y el pronóstico de la El en mujeres diagnosticadas en un hospital terciario, durante un periodo de 25 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis comparativo de 302 pacientes con criterios diagnósticos de El, desde enero 1990 hasta diciembre 2015 en un hospital terciario, de los cuales 85 (28%) fueron mujeres. Se analizó la influencia del género en la mortalidad intrahospitalaria usando una regresión logística multivariante.

RESULTADOS: Comparando con los varones, las mujeres con El eran mayores (63 + ... 14 años vs 58 + ... 17; p = 0,007) y con más valvulopatías previas (59% vs 42%, p = 0,01). En el grupo de toxicómanos predominaron los varones (9% vs 1%, p = 0,001). La afectación mitral fue significativamente más frecuente en las mujeres (58% vs 32%, p = 0,002), así como la afectación protésica precoz (14% vs 6%, p = 0,02). En los varones predominó la afectación aórtica (35% vs 19%, p = 0,002). No hubo diferencias significativas en el número de complicaciones o en la tasa de cirugía. La mortalidad al año fue mayor en varones (11% vs 2%, p = 0,02) y la intrahospitalaria mayor en mujeres (33% vs 14%, p < 0,0001). En el modelo de regresión logística multivariante para la mortalidad intrahospitalaria se calculó para el sexo femenino una 0% de 3,06 (CI 1,69-5,54), p < 0,0001.

CONCLUSIÓN: En la serie estudiada, comparadas con los varones, las mujeres con El suelen ser mayores, con más afectación mitral y protésica precoz y con mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Se identifica el sexo femenino como un factor de riesgo independiente asociado con la mortalidad intrahospitalaria, teniendo tres veces más probabilidades de morir que el sexo masculino.

AORTITIS POR Mycobacterium bovis SOBRE ANEURISMA AORTICO SECUNDARIO AL TRATAMIENTO INTRAVESICAL CON BCG

Autores

Nieves Nogales Muñoz - Hospital Universitario de Badajoz F Felix Rodriguez Vidigal - Hospital Universitario de Badajoz Antonia Calvo Cano - Hospital Universitario de Badajoz Juan camilo Restrepo Correa - Hospital Universitario de Badajoz Aracelia Vera Tome - Hospital Universitario de Badajoz

Aqustin Muñoz Sanz - Departamento de Ciencias Biomedicas de la Universidad de Extremadura

JUSTIFICACION: El tratamiento intravesical con Bacillus Calmete-Guerin(BCG), se utiliza en el tratamiento del Carcinoma vesical superficial. La infeccion de un aneurisma intraabdoiminal por Mycobacterium bovis despues de instilaciones intravesicales de BCG es una complicacion poco frecuente.

OBJETIVOS: Se presenta un paciente que desarrollo progresion de un aneurisma aórtico con periaortitis por Mycobacterium bovis, tras un tratamiento con BCG intravesical.

MATERIAL Y METODOS: Analisis de los datos doisponibles en la historia clínica informatizada, pruebas de imagen yestudios microbiologicos.

RESULTADOS: Varón de 70 años de edad, que consulto por dolor abdominal en la fosa iliaca derecha e hipogastrio de varias hors de evolución. Referia fiebre intermitente desde 9 mese antes, asi como dolor lumbar en los últimos meses. Entre los antecedentes del paciente figuran: 1) Reseccion trasuretral por carcinoma urotelial de alto grado 2 años antes y tratamiento periodico con instilaciones de BCG intravesical, la última 2 meses antes de consultar; 2) Aneurisma de aorta abdominalinfra-renal asintomático en seguimiento por Cirugía Vascular.

En urgencias se realizó AbgioTAC, que demostro una aneurisma de la aorta abdominal aumentado de tamaño respecto a dos años antes; las paredes eran irregulares, mal definidas y con saculaciones, de aproximadamente 64x56mm. Loshallazgos eran compatibles con un proceso inflamatorio sobre aneurisma. A las 72 horas de ingreso, ante la peristencia del dolor, se decidió intervención quirurgica con exclusión endovascular del aneurisma aórtico e implantación de una endoprótesis aorto-iliaca. Fue tratado empíricamente con vancomicina y meropenen. Los hemocultivos previos a antibioterapia y repetidos fueron negativos. Quantiferon-TB:negativo. Ecocardiograma transesofágico: sin datos de endocarditis. PET-TAC: imagenes compatibles con infección activa en la pared aórtica del aneurisma abdominal intervenido mediante prótesis. PAFF guiada por TAC de la coleccion periaórtica: cultivos bacterianos negativosy PCR Mycobacterium complex fueron negativos. Punción Trans-lumbar con agija gruesa: PCR Mycobacterium tuberculosis complex positiva (Xper MTB/Rif) y aislamiento de Mycobacterium bovis en el cultivo (Nedio de Lowestein). Se inicio tratamiento con rifampicina, etambutol e isoniszida. En revisiones sucesivas se suspende isoniazida se demuestra dress en por isoniazida por alergologia), actualmente en tratamiento con Rifampicina, etambutol y claritromicina. A los 12 meses de evolución, el paciente se encuentra asintomatico con notable descenso de la captación en el PET-TAC.

CONCLUSIONES: Se debe considerar la posibilidad de infeccion MICOBACTERIANA de los aneurismas aórticos en pacientes tratados con instilaciones intravesicales de BCG y procurar la confirmación del diagnóstico microbiologico.

¿QUÉ APORTA LA SECUENCIACIÓN MASIVA DEL GEN ARN1 16S AL ESTUDIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSAS EN TEJIDO VALVULAR?

Autores

Santibáñez, P. Portillo, A. Santibáñez, S. García-Álvarez, L. Oteo. J.A.
Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario San Pedro-Centro de Investigación
Biomédica de La Rioja (CIBIR), C/Piqueras, 98-3ª planta; 26006 Logroño, La Rioja.
de Toro. M.

Plataforma de Genómica y Bioinformática, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), C/ Piqueras, 98-3ª planta; 26006 Logroño, La Rioja.

JUSTIFICACIÓN: Las técnicas metagenómicas, basadas fundamentalmente en la secuenciación masiva del gen ARNr 16S en combinación con herramientas bioinformáticas, están revolucionando la investigación en enfermedades infecciosas. Hasta la fecha, las publicaciones sobre su aplicación al diagnóstico de endocarditis infecciosas [EI] son escasas.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la secuenciación masiva en tejido valvular para el estudio de El y comparar los resultados con los obtenidos en hemocultivo (HC), y por PCR y secuenciación del ARNr 16S en tejido valvular-vegetaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 27 muestras de tejido valvular-vegetaciones (4 válvulas protésicas, 18 nativas y 5 dispositivos intravasculares) de 27 pacientes con diagnóstico de El. En todos se realizaron HC. Se extrajo ADN de los tejidos y se realizaron PCRs del gen ARNr 16S y secuenciación, así como técnicas metagenómicas dirigidas a las regiones V3-V4 del ARNr 16S. El agente causal se identificó en 26 casos, mediante HC (n=22), mediante PCR (n=24) o por ambas técnicas (n=20). Cinco pacientes presentaron endocarditis con HC negativo y en 3 de ellos se realizaron determinaciones serológicas: 1 paciente con IgG frente a C. burnetii, fase II=4.096 y fase I=4.096 y en el que se amplificó C. burnetii; 1 paciente con IgG=64 frente a Bartonella spp. y frente a C. burnetii, fase II (fase I, IgG no detectados) y con resultados de PCR negativos, y 1 paciente con IgG frente a C. burnetii, fase II=800 y fase I=1600, con IgG no detectados frente a Bartonella spp. y con PCR de Tropheryma whipplei positiva en tejido valvular.

RESULTADOS: Se observó correlación entre los resultados de HC, PCR y metagenómica en el 62,9% de pacientes (17/27 muestras). En 22/27 muestras se observó correlación entre el resultado de PCR y metagenómica. En 18/27 pacientes se observó correlación entre el resultado de HC y metagenómica. La metagenómica permitió reclasificar 2 casos como infecciones mixtas, al detectarse secuencias genéticas de microorganismos no cultivados que fue necesario evaluar en el contexto clínico-epidemiológico: 1 paciente con infección mixta con C. burnetii, previamente sospechada por criterios serológicos y con diagnóstico definitivo de El por T. whipplei y 1 paciente diagnosticado de El por Streptococcus agalactiae mediante HC y PCR, con IgG frente a C. burnetii, fase II=400 y fase I, IgG no detectados, con PCR negativa para C. burnetii y positiva para bacterias de la familia Coxiellaceae, cuyo poder patógeno es controvertido.

CONCLUSIÓN: La metagenómica del ARNr 16S puede ser útil para identificar El cuando se sospeche que pueda haber más de un microorganismo implicado.

Sería interesante investigar si la combinación de estos resultados con los de metagenómica dirigidos a otras regiones del ARNr 16S puede aportar luz al diagnóstico de El.

AGRADECIMIENTOS: Al Fondo de Investigaciones Sanitarias (Acción Estratégica en Salud 2015), ISCIII, M. Economía y Competitividad, España (PI15/02269).

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ENDOCARDITIS POR ESTAFILOCOCO COAGULASA NEGATIVO EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA

Autores

Escribano Viñas P. - Servicio Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Viqueira González M - Servicio de Microbiología Hospital General Universitario Santa Lucía Alcaraz Vidal B - Servicio Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Rojano Torres R - Servicio Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Jiménez Sánchez R - Servicio de Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Jimeno Almazán A - Servicio Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Mármol Lozano R - Servicio de Cardiología Hospital General Universitario Santa Lucía Cobos Trigueros N - Servicio Medicina Interna-Infecciosas Hospital General Universitario Santa Lucía Del Amor Espín MJ - Servicio de Microbiología Hospital General Universitario Santa Lucía Ortin Freire A - Servicio de Medicina Intensiva Hospital General Universitario Santa Lucía

OBJETIVO: Describir y analizar las características clínicas y epidemiológicas, así como tratamiento y evolución de los casos de endocarditis infecciosa (EI) por Staphylococcus coagulasa negativo (SCN) en el área sanitaria de Cartagena.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos con diagnóstico de El por SCN ingresados en el Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena (Murcia), durante el periodo comprendido entre Agosto 2016 y Mayo 2018. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas, factor de riesgo para adquisición de El, etiología, tratamiento y evolución/complicaciones.

RESULTADOS: En el periodo analizado se han detectado 6 pacientes con El por SCN en el HGUSL, correspondiendo al 13,6% del total de casos de El. El 66,7% de los pacientes son mujeres y la edad media es 78 años (68-85) Se trata de pacientes con elevada comorbilidad, con un índice de Charlson ajustado a edad medio de 6 puntos, destacando entre la patología predisponente hipertensión arterial (100%), diabetes mellitus (66.7%), cardiopatía previa (50%) siendo en dos casos secundaria a valvulopatía degenerativa y en uno de los casos secundario a cardiopatía isquémica, anemia crónica (50%), enfermedad renal crónica [33%]. La mayoría de casos (n=5) son portadores de material protésico: válvula protésica [n=3: sobre válvula aórtica n=2 y sobre válvula mitral n=1) y marcapasos <math>[n=2]. Solo uno de los casos se encontraba sobre válvula nativa siendo su localización mitral. Destacan 2 casos en los se evidenciaba vegetación tanto en válvula aórtica como en mitral. En la mitad de casos existió estudio endoscópico previo y un caso con antecedente cirugía digestiva como probables factores desencadenantes. Destaca un paciente con prácticas de acupuntura en las semanas previas. En 5 casos se identifica en hemocultivos S epidermidis, siendo el caso restante S hominis-hominis. El rango de tiempo de positividad en SCN fue desde 15-46 horas, siendo la media de 19,8 horas. En todos los casos la CMI a la vancomicina =2, considerándose sensibilidad disminuida. La clínica de debut más frecuente es la fiebre e insuficiencia cardiaca, siendo el tiempo medio de presentación de los síntomas hasta el diagnóstico de 21 días [2-90), presentando el 83,3% clínica aguda de menos de 15 días de duración. Presentan una incidencia de complicaciones de hasta en el 83% de los paciente siendo la mas frecuente la insuficiencia cardiaca aguda. La mitad de los pacientes requirieron cirugía, uno de forma urgente por embolismo y vegetación grande, y 2 para retirada de cable de marcapasos. Respecto a los antibióticos el más frecuentemente usado fue la daptomicina (n=4) seguido de la cloxacilina (33,3% n=2) y de la rifampicina (n=2). En las endocarditis asociadas a marcapasos el 100% se trataron con daptomicina y en los casos en los que se asociaba material protésico un caso se trató con la cloxacilina, gentamicina y ampicilina, un segundo caso con daptomicina y fosfomicina y el tercer caso con linezolid y rifampicina. La media de duración del tratamiento antibiótico fue de 40 días (28-49). Fallecieron dos pacientes durante el ingreso (uno en tratamiento médico y otro en el postoperatorio de cirugía cardiaca). De los 4 pacientes restantes el 100% completaron el tratamiento antibiótico en domicilio mediante la vía oral.

CONCLUSIÓN: La El por SCN en nuestro centro asienta sobre pacientes añosos con elevada comorbilidad y portadores de material protésico. En casi todos los casos existe factor desencadenante atribuible, destacando un caso tras realización de acupuntura. La especie predominante es S epidermidis. La gran mayoría eran resistentes a cloxacilina y con CMI elevadas para vancomicina aunque dentro de la sensibilidad. La elevada tasa de complicaciones y la necesidad de cirugía implica que se trate de una entidad de mal pronóstico.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLINICAS Y EVOLUTIVAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EUROPA EN EL SIGLO XXI

Autores

Juan Ambrosioni - Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Marta Hernández-Meneses - Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Emanuele Durante-Mangoni - Department of Cardio-thoracic sciences and Respiratory Medicine, Second University of Naples, Naples Italy.

Pierre Tattevin - Infectious Diseases and IĆU, Pontchaillou Univ. Hosp., Rennes, France. Lars Olaison - Department of Infectious diseases, Institute of Biomedicine, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden.

Vivian Chu - Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, U.S.A.

Bruno Hoen - Department of Infectious Diseases and Tropical Medicine, University Hospital and Université des Antilles, Pointe-à-Pitre, Guadalupe.

Asunción Moreno - Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Jaume Llopis - Departamento de Bioestadística, Facultat de Biología, Universidad de Barcelona, España. José M. Miró - Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

OBJETIVOS: La endocarditis infecciosa (EI) ha experimentado cambios importantes en su epidemiología en todo el mundo: la proporción de El previamente relacionada con la enfermedad reumática ha disminuido significativamente y está siendo reemplazada por casos relacionados con valvulopatías degenerativas, válvulas protésicas, dispositivos implantables de electroestimulación cardiaca (DEC), infecciones nosocomiales o relacionadas con los cuidados sanitarios. En este trabajo, nuestro objetivo es analizar las características epidemiológicas y evolutivas de la El en distintas regiones Europeas y entre dos períodos de tiempo diferentes del siglo XXI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron casos de El definitiva de 13 países europeos de los veintiocho incluidos en la base de datos de la cohorte Europea ICE. Se analizaron dos periodos de tiempo: 2000-2006 y 2008-2012, y las diferencias entre dos regiones europeas: Sur de Europa (SE) y Norte y Centro de Europa (NCE).

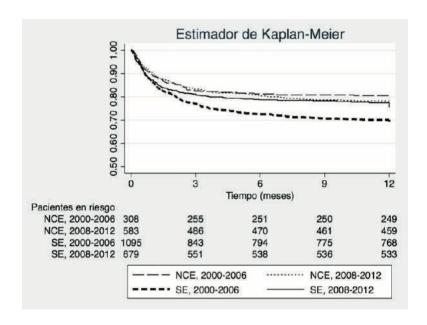
RESULTADOS: Se incluyeron 4.238 episodios consecutivos de EI, 2.111 de SE y 2.127 de NCE y se incluyeron 2.832 casos entre 2000-06 y 1.406 entre 2008-12. La edad media fue de 63.7 (48.6-73.9) años y el 69.4% fueron hombres. La prevalencia de EI sobre válvula nativa (VN), sobre válvula protésica (VP) y la EI sobre DEC fue del 68.5%, 23.7% y 7.8%, respectivamente.

Al comparar las regiones europeas, la El sobre VN fue más prevalente en NCE, mientras que la El sobre DEC fue más frecuente en SE. Los CoNS y Estreptococos del grupo viridans (VGS) también fueron más frecuentes en SE, así como la presencia de comorbilidades como la diabetes o la infección crónica por VIH. Los abscesos intracardiacos fueron más prevalentes en la NCE, mientras que la insuficiencia cardíaca congestiva se observó con mayor frecuencia en SE. Las tasas globales de cirugía y mortalidad fueron del 51.9% y del 19.33%, respectivamente, sin diferencias significativas en la mortalidad entre las dos regiones: 18.8% en NCE y 19.9% en SE (p = 0.34).

Al comparar los dos periodos del estudio, en el segundo periodo se observó un aumento en la edad de los pacientes, de la insuficiencia cardíaca congestiva, la hemodiálisis, la diabetes mellitus y el cáncer, así como una disminución en el uso de drogas por vía parenteral. La El sobre VN también disminuyó en el periodo tardío y la El sobre VP y El sobre DEC aumentaron junto con el tratamiento quirúrgico; con una tasa de cirugías del 48.7% en el primer periodo y del 58.8% en el segundo (p <0.001). En el análisis multivariado, la región europea no se asoció con la mortalidad, aunque los pacientes diagnosticados en

el segundo periodo tuvieron un mejor pronóstico. La figura muestra la mortalidad al año combinando región europea y periodo del estudio.

CONCLUSIÓN: Con el paso de los años los casos de El en Europa son más complejos y la opción de tratamiento quirúrgico más frecuente. No existen diferencias en las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas según la región europea (SE vs. NCE), aunque la supervivencia mejoró en los últimos años.



ENDOCARDITIS POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO ANGINOSUS/MILLERI

Autores

Antonio Sánchez-Porto. Arístides de Alarcón. Rafael Luque. Patricia Muñoz. Maricela Valerio. Miguel Ángel Goenaga. Miguel Montejo. José Mª Miró. LEduardo López-Cortés. Dolores Sousa. Mª Carmen Fariñas. Elisa Cordero. Juan Galvez-Acebal. Grupo de Estudio para el Manejo de la Endocarditis en España.

JUSTIFICACIÓN: Las infecciones por Streptococcus del grupo anginosus/milleri (SGAM) suelen cursar con la formación de abscesos lo que puede conferirle mayor virulencia y gravedad. La mayoría de las publicaciones de endocarditis causadas por estos microorgnismos se basan en casos aislados y series pequeñas de casos.

OBJETIVO: Analizar si las características clínico-epidemiologicas de las endocarditis causadas por SGAM son diferentes a las causadas or Streptococcus del grupo viridans (SGV) y su pronóstico más grave.

MÉTODO: Estudio observacional de casos y controles de los pacientes con endocarditis por SGAM definida o probable según los criterios de Duke, incluidos en la cohorte multicéntrica GAMES, desde los años 2008 a 2016. Se compararon diferentes variables clínicas, microbiológicas y pronosticas de todos los casos causados por SGAM en relacion con los causados por SGV, de acuerdo con la identificación llevada a cabo por el laboratorio de microbiología de cada centro participante. Por cada caso de endocarditis por SGAM se seleccionaron dos controles de casos consecutivos de endocarditis por SGV.

RESULTADOS: Se incluyeron 47 casos de endocarditis por SGAM (S anginosus 24, S milleri 11, S constellatus 6 y S intermedius 6). y 94 controles de endocarditis por SGV (S viridans 34, S milis 18, S oralis 19, S alivarius 6, S sanguis 6). No se observaron diferencias en la mayoria de las variables estudiadas, en relación con la edad, género, enfermedades concomitantes, cardiopatia predisponente, adquisición, y en las complicaciones a excepción de la mayor frecuencia de pseudoaneurismas (19,1% vs 4,4%, p=0,011), abscesos valvulares (29,1% vs 13,8%, p=0,05) y abscesos viscerales (hepáticos, esplénicos, renales y cerebrales) (16,3% vs 6,3%, p=0,07). El shock séptico fue más frecuente en los SGAM (10,6% vs 4,2%; p=0,149). La antibioterapia fue similar en ambos grupos, siendo la pauta más utilizada las cefalosporinas de tercera generación (68% vs 69%) en monoterapia o asociadas a aminoglucósidos (53,6% vs 58,1%) La cirugía cardiaca se llevó a cabo en una proporción similar en ambos grupos (53,2% vs 48,9%, p=0,765) y no hubo diferencias en el pronóstico, tanto en mortalidad intrahospitalaria (14,9% vs 17%, p=0,747) como durante el seguimiento al año (14,9% vs 26,6%, p=0,262) si bien esta fue mayor en el grupo SGV,

CONCLUSIÓN: En nuestra cohorte no hemos observado diferencias significativas en las endocarditis causadas por S grupo anginosus/milleri, respecto de las causadas por Streptoccus del grupo viridans salvo una mayor tendencia a ocasionar abscesos valvulares y viscerales, siendo el pronóstico similar en ambos grupos.

INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.

Autores

C. González de la Portilla-Concha. A. Peña Rodríguez. K. Rezaei. F. Rodriguez-Mora. E. Gutiérrez-Carretero. A. Adsuar. A. de Alarcón. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

JUSTIFICACIÓN: La infección de la herida quirúrgica en cirugía cardiaca (IHQ) es un problema grave y de consecuencias devastadoras. En la literatura se refiere una incidencia entre el 1-6% y una etiología variable según los centros. Existen además diversos factores asociados a un mayor riesgo de infección.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia y etiología de la IHQ en nuestro centro, el perfil de los pacientes que la desarrollan, y su modo de presentación, manejo y pronóstico de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca con esternotomía en el periodo Enero 2014 - Agosto 2018 que desarrollaron IHQ con los criterios de los CDC. Los datos se recogieron prospectivamente y el manejo se hizo de forma conjunta por un equipo multidisciplinar.

RESULTADOS: Se registraron 59 casos (incidencia total del 3.37%): 56% cirugías valvulares, 18% revascularización coronaria, 9% combinada, y 16.8% otro tipo de cirugía, con un porcentaje de infección del 3,2%, 5%, 5% y 1.4% respectivamente. La mediana de edad fue de 69 años (RIQ: 60-74), 61% varones. El 45.8% eran diabéticos, 43% obesos [IMC 30-34.9kg/cm2], un 37% padecían EPOC [25% fumadores activos) y 13.6% tenían enfermedad renal crónica. El riesgo prequirúrgico medio de mortalidad (STS score) fue $2.34 \pm 2.2\%$. En el 25.4% de los casos no hubo aislamiento microbiológico, mientras que los estafilococos coagulasa negativos (SCN) fueron la etiología predominante (23.7%), seguido de S. aureus y enterobacterias (11.9% ambos). La presentación clínica más frecuente fue supuración de la herida con estabilidad esternal [23,7%] o sin ella [40.7%]. Un 22% tenían osteomielitis con escasa supuración y estabilidad esternal y el 8.5% no presentaban supuración ni tableteo esternal. Un 39,7% se manifestó tardíamente (más de 6 semanas tras la cirugía), el 31% de forma diferida (2-6 semanas) y el 29.3% de forma precoz (menos de dos semanas). En el 42.4% se optó por tratamiento antibiótico exclusivamente, y el resto fueron reintervenidos con cierre inmediato [62%] o diferido [38%]. La mortalidad total fue del 20.3% [58% a consecuencia de complicación infecciosa], sin diferencias estadísticamente significativas entre las opciones de manejo (conservador/cirugía) (p=0.062), con mayor mortalidad en el grupo de infecciones diferidas (50% del total). La etiología más agresiva fue Candida spp (100% de mortalidad), teniendo S aureus y SCN un 25.8% de muerte ambos. Se observó una tendencia a mayor mortalidad en diabéticos (29.6%) sin alcanzar la significación estadística (p=0.061), y en fumadores activos (41%, p=0.27).

CONCLUSIONES: Los datos de nuestra serie son similares a la literatura, con un predominio de microorganismos de crecimiento lento como SCN. Cabe destacar la especial incidencia en la cirugía de revascularización coronaria y la frecuente presencia de factores de riesgo para la IHQ. La evolución favorable de los pacientes tratados de forma conservadora, sin diferencias significativas en cuanto a mortalidad frente a un abordaje más invasivo, refleja la importancia de un abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Javier Miguel Martín Guerra - Servicio de Medicina Interna.
Miguel Martín Asenjo - Servicio de Medicina Interna.
Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez - Unidad de Enfermedades Infecciosas-Servicio de Medicina Interna.
Laura Rodríguez Fernandez - Servicio de Medicina Interna.
Elena Tapia Moral - Servicio de Medicina Interna.
Sara Gutíerrez González - Servicio de Medicina Interna.
Pablo Telleria Gómez - Servicio de Medicina Interna.
Cristina Novoa Fernández - Servicio de Medicina Interna.

JUSTIFICACIÓN: La endocarditis infecciosa del lado izquierdo (EI) es una enfermedad muy grave con una mortalidad hospitalaria que oscila entre el 15% y el 30% y una tasa de cirugía cardíaca durante el período activo entre 30% y 60%. Entre las indicaciones quirúrgicas, se sabe que la infección persistente tiene peor pronóstico y su reconocimiento temprano es de gran interés para un enfoque terapéutico oportuno.

OBJETIVOS: Analizar la forma de válvula afectada, cultivo valvular, hemocultivo, mortalidad en los primeros 3 y 6 meses, recurrencia y grado de comorbilidad de los pacientes diagnosticados de El en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de los pacientes diagnosticados de El en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde enero de 2016 hasta enero de 2018. Se estudian variables demográficas, válvula afectada, cultivo valvular, hemocultivo, motivo de consulta, tipo, factores de riesgos, estadio, supervivencia e indice de Charlson (ICM)El cultivo de válvula positivo concordante y discordante se definió de acuerdo con la válvula y el resultado de hemocultivos; por lo tanto, el cultivo de válvula positivo concordante (CVC) significa que el mismo microorganismo crece en ambos cultivos.

RESULTADOS: Se incluyeron 22 pacientes, de los cuales el 81,2 % eran varones, con una edad media de 64,5 años (DE 13,9). La principal válvula afectada fue la aortica nativa (36,4%), seguido de la mitral nativa y aortica protésica con un 27,2% en ambos casos. La válvula mitral proteica triucuspide se vieron afectada en un 4,5%. El cultivo valvular fue positivo en el 36,2% de los pacientes y el hemocultivo fue positivo en el 100%. La recurrencia de la El apareció en el 13,6% (3) de los pacientes, de los cuales 2 había presentado un cultivo valvular positivo.

La mortalidad a los 3 meses fue del 18,1% y a los 6 meses fue del 31,8%. El ICM medio fue de 4,1. En el 36,6 de los pacientes el CVC, de los cuales 66% falleció en los primero 6 meses. El ICM medio en los pacientes que fallecieron en los 6 primeros meses fue de 5,8, en contraposición de aquellas con una supervivencia más allá de los primero 6 meses que fue de 3,3.

DISCUSIÓN: La El fueron más frecuentes en hombres, al igual que lo publicado en otras series. La edad media de presentación fue a los 64 años, con un claro predominio de la válvulas izquierdas y de las válvulas nativas. El cultivo valvular solo fue positivo en el 26,3% de los pacientes. En nuestro estudio la presencia presencia de positiva de posibilidad del cultivo valvular se asocio con mayor mortalidad en los 6 primeros meses, así mismo estos pacientes presentarón mayor recurrencia tras la cirugía que los pacientes con cultivo valvular negativo. Los pacientes con ICM más alto presentaron una mortalidad más alta en los primeros 6 meses.

CONCLUSIÓN: Este estudio pone de manifiesto que los pacientes con cultivo valvular positivo e ICM más alto presentan más recurrencia de la enfermedad y tienen mayor mortalidad en los primeros 6 meses

REINFECCIÓN TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Laura Varela Barca. Jose López-Menéndez. Enrique Navas Elorza. Jose Luis Moya Mur. Tomasa Centella Hernández. Edmundo Ricardo Fajardo Rodríguez. Javier Miguelena Hycka. Jorge Rodríguez-Roda Stuart. Hospital Ramón y Cajal

JUSTIFICACIÓN: La reinfección tras un primer episodio de endocarditis infecciosa (EI) se considera una de las formas más graves de la enfermedad e implica una alta mortalidad.

OBJETIVOS: Analizar los factores relacionados con la reinfección y recurrencia de la El tras cirugía cardiaca y su relación con la mortalidad a corto y largo plazo.

Material y Método: Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por El activa entre 2002 y 2016 en nuestro centro. Se clasificó en: a) reinfección: episodio ocasionado por diferente agente causal (género/especie y/o antibiograma); b) recurrencia: si idéntico género, especie y antibiograma; c) indeterminados: casos con dudas respecto al agente causal. A su vez se diferenciaron dos tipos de El: precoz (en el primer año desde el alta hospitalaria) o tardía (después del primer año de la intervención). Se analizó la supervivencia mediante riesgos competitivos, para valorar los factores relacionados con un nuevo episodio de El, tomando como evento competitivo la mortalidad por otra causa, y se expresó como shared hazard ratio (SHR), con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS: Se registraron un total de 161 primeros episodios de El. Entre los pacientes operados ocurrieron 19 nuevos episodios en 16 pacientes (11,80%); 13 tardías (68,42%) y 6 precoces (31,52%). Observamos 7 reinfecciones (1 precoz), 6 probables recurrencias (4 precoces) y 6 indeterminados (1 precoz). El origen del nuevo episodio de El fue atribuible a procedimientos invasivos diagnósticos en el 10,52%, al proceso infeccioso intercurrente en el 42,11%, a otra cirugía en el 26,3% y de causa desconocida en el 21,05%. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos.

En el total de las 180 intervenciones realizadas, 47 pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (26,11%). Por lo tanto, el seguimiento a largo plazo incluyó los 133 pacientes supervivientes al periodo perioperatorio. El porcentaje de pacientes libres de reinfección al año y 5 años de la cirugía fue 95,2% y 87,4%, respectivamente.

Resultaron factores asociados con la reinfección en el análisis de riesgos competitivos: la edad (SHR 0,97 IC 95% 0.93-0,98), la trombopenia preoperatoria (SHR 3,61 IC 95% 1,10-11,78), la presencia de vegetaciones (SHR 0,51 IC 95% 0,28-0,95) y el tiempo de ingreso postoperatorio (SHR 1,00 IC 95% 1,00-1,01). En cambio, no hubo relación con el agente causal, puerta de entrada, duración del tratamiento antibiótico ni el estado preoperatorio.

La mortalidad global en los pacientes que fueron sometidos a una segunda intervención por un nuevo episodio de El fue del 63,16%: 33,33% en reinfección precoz y 73,92% en tardía.

CONCLUSIÓN: La reinfección tras cirugía de la El es una forma grave de la enfermedad, con una alta mortalidad. La presencia de vegetaciones, la estancia postoperatoria prolongada, la edad y la trombopenia preoperatoria resultaron relacionadas con la ocurrencia de reinfección de la prótesis implantada.

DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN Y EN EL PRONÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Autores

Laura Varela Barca. Jose López-Menéndez. Edmundo Fajardo Rodríguez.
Javier Miguelena Hycka. Jorge Rodríguez-Roda Stuart
Servicio Cirugía Cardiaca Adultos.
Enrique Navas Elorza. Servicio Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
José Luis Moya Mur. Servicio Cardiología.
Tomasa Centella Hernández. Servicio Cirugía Cardiaca Infantil.
Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

JUSTIFICACIÓN: Los factores asociados a mal pronóstico tras la cirugía de la endocarditis infecciosa (EI) continúan sin estar claramente establecidos. A pesar de que el sexo femenino es un factor de riesgo incluido en la mayor parte de las escalas de cirugía cardiaca, solamente está presente en la mitad las escalas específicas de EI.

OBJETIVOS: Determinar la influencia del sexo en las características de presentación clínica y en el pronóstico de la endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente.

Material y Método: Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por El activa entre 2002 y 2016. Se realizó un análisis de supervivencia a corto y a largo plazo estratificado en función del sexo, y se calculó el riego quirúrgico en función de las diferentes escalas.

RESULTADOS: Se realizaron 180 intervenciones, 59 en mujeres (32,78%). Las características basales fueron similares en ambos grupos, salvo la edad media que fue mayor en mujeres (66,19 frente a 61,96 años; p=0,05) y la arteriopatía periférica que fue superior en hombres (1,82% vs 11,61%, p=0,03). El riesgo preoperatorio calculado mediante diferentes escalas (tanto específicas como generales) no reflejó diferencias en el riesgo estimado en función del sexo, salvo en el caso de PALSUSE Y STS-EI, en las que el riesgo estimado fue significativamente superior en mujeres (Tabla 1).

En cuanto a la presentación, hubo marcadas diferencias en función del sexo: más de la mitad de las mujeres presentaron El mitral (52,63% frente al 28,95%, p=0,001), en cambio, la El aórtica fue la más frecuente en varones (45,61% frente a 19,30%) y la El multivalvular fue similar (28,07% mujeres vs 25,44% varones). No hubo diferencias en cuanto al germen causal entre sexos, pero si un aumento próximo a la significación de la infección por S.aureus en hombres (11,86% frente 23,14%, p=0,07).

El análisis de supervivencia reflejó un incremento de la mortalidad en el postoperatorio inmediato próximo a la significación en mujeres (OR 1,9; IC 95% 0,96-3,77, p=0,07). Estratificando en función de la válvula afecta, encontramos una mortalidad incrementada en las mujeres en El aórtica (OR 6,71; IC 95% 1,36-33,17), pero sin alcanzar significación estadística en la El mitral (OR 1,59; IC 95% 0,51-4,99). No se incrementó la mortalidad en El mitro-aórtica (OR 0,73: IC 95% 0,21-2,48).

En cuanto a la supervivencia a largo plazo, tras un seguimiento medio de 53,2 meses tras el alta, no hubo diferencias entre sexos (HR 0,69; IC 95% 0,26-1,86).

CONCLUSIÓN: Se encontraron diferencias en la presentación clínica de la endocarditis en función del sexo. Las mujeres presentan mayor afectación mitral y una edad media mayor. A pesar de un riesgo preoperatorio estimado similar, la mortalidad postoperatoria fue mayor en mujeres, tanto en afectación aórtica como mitral. El sexo femenino en un factor de riesgo para un peor pronóstico para la cirugía de El activa.

¿CUÁNTOS AÑOS DE VIDA APORTA LA CIRUGÍA EN PACIENTES ANCIANOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA?

Autores

Eliú David Pérez Nogales. Michele Hernández Cabrera. Héctor Marrero Santiago. Helena Pisos Álamo. Isabel de Miguel Martínez. Laura Suárez Hormiga. Nelva Sosa González. Ksenia Zhvakina. Susana Cabrera Huerta. Francisco Jiménez Cabrera. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil

JUSTIFICACIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad rara con altísima mortalidad. Los antibióticos y la cirugía son los pilares de su tratamiento, demostrando ésta reducir la mortalidad. Sin embargo, no es fácil tomar la decisión de operar, especialmente con edades avanzadas, comorbilidades y alto riesgo quirúrgico.

OBJETIVO: Este estudio pretende aportar algo de evidencia a la hora de decidir si operar o no a pacientes con este perfil

MÉTODO: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo analizando dos cohortes (según fueran tratados con cirugía o no) tomadas de los datos recogidos en nuestro centro (2012-2016). Se incluyó a todos los pacientes mayores de 70 años con diagnóstico seguro de El según los criterios de DUKE e indicación quirúrgica. Se recogieron todos los datos demográficos y del episodio de El (microorganismo responsable, tratamiento antibiótico y el tipo de El entre otras). Se compararon ambos grupos con los test correspondientes. La supervivencia se analizó con las curvas de Kaplan Meier. Además, se compararon los días de vida desde el momento diagnóstico de ambos grupos empleando el Test de MannWhitney a dos colas, considerando una p<0,05 como significativa.

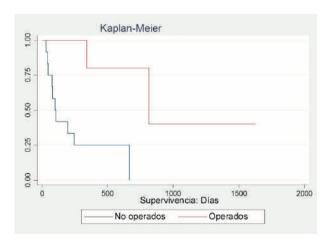
RESULTADOS: Se diagnosticaron 59 casos, 20 con > 70 años; 17 con indicación quirúrgica. Sólo 5 operados. En cuanto a edad y resto de comorbilidades no hubo diferencias significativas en los dos grupos, a excepción de la diabetes mellitus (p 0,029). Tampoco hubo diferencias del tipo de El, predominando en ambos grupos sobre válvula nativa izquierda seguida de la protésica precoz.

El análisis de las curvas de Kaplan Meier, mostró mayor supervivencia en los pacientes sometidos a cirugía: al comparar los eventos de muerte observados respecto a los esperados se vio que había diferencias significativas a favor de operar (p 0,0106). Por último, comparamos los días de vida que había sobrevivido cada paciente según su grupo (hasta defunción o día del análisis). Hubo una diferencia significativa en días de vida a favor de los pacientes operados (238,67 vs 836,4 p 0,0044).

La limitación principal es el pequeño tamaño muestral; por otro lado, destacar que no se recogieron test

de calidad de vida, que aportaría información sobre la calidad de vida en esos años ganados.

CONCLUSIONES: Decidir si operar a los pacientes ancianos con El con indicación quirúrgica es un reto por el alto riesgo quirúrgico. El análisis realizado muestra una diferencia significativa a favor de la cirugía, ganando más de un año y medio de vida sobre la supervivencia de los pacientes no operados.



PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LAS ENDOCARDITIS CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Autores

Antonia Calvo-Cano - Facultativa Especialista de Área, Servicio de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz. Profesora Colaboradora, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura. Francisco Félix Rodríguez Vidigal - Facultativo Especialista de Área, Servicio de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz. Profesor Titular, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura.

Araceli Vera Tomé - Facultativa Especialista de Área, Servicio de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz. Profesora Asociada, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura.

Nieves Nogales Muñoz - Facultativa Especialista de Área, Servicio de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz. Profesora Colaboradora, Departamento de Ciencias Biomédicas,

Universidad de Extremadura.

Agustín Muñoz Sanz - Jefe de Servicio de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz. Profesor Titular, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura.

JUSTIFICACIÓN: Hay discordancia respecto a si las endocarditis infecciosas con hemocultivos negativos (BCNE) se asocian o no a un peor pronóstico. La falta de diagnóstico microbiológico sí se ha identificado como factor independiente de mortalidad intrahospitalaria.

OBJETIVO: Analizar, en un hospital de referencia, las características clínicas de las BCNE y sus diferencias con las de hemocultivos positivos (BCPE), así como la influencia sobre el pronóstico del uso diagnóstico etiológico con otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Cohorte retrospectiva de 302 casos con criterios diagnósticos de endocarditis infecciosa. Los datos se recogieron en un hospital terciario entre enero de 1990 y diciembre de 2015. Se hicieron 2 análisis estadísticos comparativos: el grupo de BCNE o grupo I (n = 69) frente al grupo de BCPE o grupo 2 (n = 233); y el grupo sin diagnóstico etiológico o grupo A (n = 30) frente al grupo con diagnóstico etiológico o grupo B (n = 272). Se definió como peor pronóstico mayor mortalidad intrahospitalaria y mayor frecuencia de complicaciones clínicas.

RESULTADOS: El 23% de los 302 casos incluidos en el estudio fueron BCNE. La edad media fue 56 $\,^{\circ}$ 14 años, siendo varones el 79%. Más del 60% fueron pacientes derivados de otros hospitales. La mayoría de los casos asentaron sobre una válvula nativa (79%) y del lado izquierdo (84,5%). El diagnóstico etiológico se alcanzó en el 45% de los casos, mediante serología o técnicas de análisis de tejido valvular (cultivo o PCR). El 30% de las BCNE fueron causadas por zoonosis. La mortalidad intrahospitalaria fue del 12,7% y el 39,4% necesitó tratamiento quirúrgico. El sexo, la presencia de comorbilidades, la procedencia de otros centros, el tipo y el lado de la válvula afectada, así como la necesidad de cirugía fueron similares en ambos grupos. Hubo diferencias significativas en la frecuencia de las complicaciones embólicas (24% frente a 39%, p = 0,02, 0R = -0,6, Cl 0,2-0,9) y la edad mayor de 65 años (28% frente a 50%, p = 0,002), más frecuentes en los casos con BCPE. No hubo diferencias en el Ipronóstico entre los grupos 1 y 2 ni entre los grupos A y B.

CONCLUSIÓN: En la serie estudiada, apenas hay diferencias entre los grupos comparados.

La BCNE se asocia con menos complicaciones embólicas y con una edad menor de 65 años. La negatividad de los hemocultivos o la falta de diagnóstico etiológico no fueron factores de mal pronóstico.

PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA E INDICACIÓN QUIRÚRGICA NO OPERADOS.

Autores

Francisco Javier Cortés Cortés - Cardiología. Irene Méndez Santos - Cardióloga. Manuel Almendro Delia - Cardiólogo. Román Calvo Jambrina - Cardiólogo. Jose Miguel Barquero Aroca - Cirujano. Omar Araji Tiliani - Cirujano. Luis Eduardo López Cortés - Infectólogo. Juan Gálvez Acebal - Infectólogo Hospital Universitario Virgen Macarena.

Justificación: La mortalidad de la endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo elevada pese a las mejoras en el tratamiento. La cirugía consigue mejores resultados que el tratamiento exclusivamente médico en aquellos pacientes con El complicadas y, pese a ello, un porcentaje importante de pacientes con indicación quirúrgica no se intervienen.

Objetivo: Analizar las características y resultados del subgrupo de pacientes con indicación quirúrgica no operados durante el seguimiento a un año.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohortes entre 1996 y 2017 recogiendo datos de pacientes consecutivos con El e indicación de tratamiento quirúrgico. Se compararon diferentes variables clínicas y epidemiológicas entre el grupo de pacientes intervenidos y no intervenidos, así como las características relacionadas con la mortalidad durante el primer año.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes con indicación quirúrgica, 50 de los cuales (27,2%) no recibió tratamiento quirúrgico siendo la complejidad técnica y el mal pronóstico quirúrgico los motivos más frecuentes de rechazo. Encontramos diferencias significativas entre ambos subgrupos en cuanto a la

media de edad $(69,08\pm12,26 \text{ vs} 57,75\pm14,32; p<0,01)$, índice de comorbilidad de Charlson $(2,72\pm2,13 \text{ vs} 1,23\pm1,56; p<0,01)$ y riesgo quirúrgico por EuroScore $(14,91\pm13,75 \text{ vs}.9,09\pm3,82; p<0,01)$, con diferencias notables en la mortalidad (74% vs 31,3%, p<0,01).

No se encontraron diferencias entre los pacientes no operados con superviencia a un año en cuanto al motivo de la indicación quirúrgica o a las complicaciones de la El. La única diferencia significativa de este grupo fue que la etiología estafilocócica fue menos frecuente (30,8% vs 64,9%, p=0,03).

	Género	Edad	Tipo de El	Charlson	Etiología	Complicaciones	
1	Varón	73	Aórtica nativa	5	E faecalis	FVI. IAo mod/severa.	
2	Mujer	80	Aórtica nativa	4	S viridans	Extensión perivalvular	
3	Varón	79	Aórtica protésica tardía	5	E faecalis	FVI. Embolias	
4	Varón	63	Mitral nativa	4	S aureus	Extensión perivalvular. IM mod/severa	
5	Varón	86	Aórtica protésica precoz	9	E faecalis	Extensión perivalvular. IM mod/severa	
6	Mujer	74	Aórtica protésica tardía	4	S pneumoniae	Extensión perivalvular. SNC. IAo mod/severa.	
7	Mujer	86	Mitral nativa	6	S gallolyticus	SNC	
8	Varón	82	Mitroaórtica nativa	8	E faecalis	IAo mod/severa. IM mod/severa	
9	Varón	69	Mitroaórtica nativa	7	E faecalis	Extensión perivalvular. FVI. IAo e IM mod/severa.	
10	Mujer	78	Aórtica protésica precoz	7	S epidermidis	Extensión perivalvular. Pseudoaneurisma	
11	Mujer	77	Mitral nativa	5	S aureus	FVI. IM mod/severa	
12	Varón	59	Mitral nativa	1	S aureus	Extensión perivalvular. Sepsis grave. SNC. IM mod/severa	
13	Mujer	79	Aórtica protésica tardía	7	S viridans		

Conclusiones: Más de una cuarta parte de nuestros pacientes con indicación quirúrgica, no se intervienen, motivado por su edad, comorbilidades y riesgo quirúrgico. A pesar de ello, el 26% de estos pacientes sobreviven, siendo la etiología no estafilocócica, la única variable que se asoció significativamente con el mejor pronóstico. Por ello sería conveniente definir mejor los criterios de morbilidad y riesgo quirúrgico en este subgrupo de pacientes.

ANÁLISIS DE LOS PERFILES DE VIRULENCIA DE LOS AISLAMIENTOS DE ENTEROCOCCUS FAECALIS CAUSANTES DE ENDOCARDITIS

Autores

Manuel Jesús Iglesias - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. Daniel Rodríguez - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. Imma Grau - Servicio de Enfermedades Infecciosas-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERes)

Dàmaris Berbel - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERes).

Guillermo Cuervo - Servicio de Enfermedades Infecciosas-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona. Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Cristina Ramón - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. Jordi Càmara - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERes).

Roman Pallarés - Servicio de Enfermedades Infecciosas-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERes).

MªÁngeles Domínguez - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona. Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Carmen Ardanuy - Servicio de Microbiología-Hospital Universitario de Bellvitge-Universitat de Barcelona-IDIBELL. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERes).

JUSTIFICACIÓN: Enterococcus faecalis es una causa frecuente de bacteriemia y endocarditis. Los diferentes factores de virulencia contribuyen a la patogenia de este microorganismo y se asocian con la adhesión [efaA (endocarditis specific antigen A), asa1 (aggregation substance) y esp (enterococcal surface protein)], la citotoxicidad (cylA, cytolysin) y la invasividad [hyl (hyaluronidase) y gelE (gelatinase)].

Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar el perfil de virulencia de cepas de E. faecalis aislados de hemocultivos de pacientes adultos con y sin endocarditis.

Material y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva los aislamientos de E. faecalis causantes de bacteriemias monomicrobianas en pacientes adultos atendidos en un hospital de tercer nivel en el periodo 2011-2017. La identificación se realizó mediante espectrometría de masas Maldi-TOF (MaldiBiotyper, Bruker®). La detección de los factores de virulencia (asa1, esp, cylA, hyl, gelE, efaA) se realizó por PCR utilizando primers y condiciones descritos previamente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se detectaron un total de 241 episodios de bacteriemia monomicrobiana causada por E. faecalis. De ellas, 175 estuvieron disponibles para el estudio (n=22 endocarditis, n=153 otros focos).

La distribución de los factores de virulencia asociados con adhesión estuvieron presentes en un porcentaje alto de las cepas endocarditis (n=22) y en las de bacteriemia enterocócica (n=153): asa1 81.8% vs 73.9%; esp 40.9% vs 40.5%; efaA 95.5% vs 98.0%. El único gen asociado a citotoxicidad estudiado (cylA) se detectó en el 31.8% de endocarditis y en el 27.5% de aislados de bacteriemia. Finalmente, entre los genes asociados a invasividad, el gen de la hialuronidasa (hyl) no se detectó en ningún aislamiento, mientras que el gen de la gelatinasa E (gelE) se encontró en el 86.4% de los aislamientos de endocarditis y un 73.9% entre los de bacteriemia. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los genes.

CONCLUSIÓN: Las cepas de E. faecalis que causan bacteriemia presentan con frecuencia factores de virulencia asociados a la adhesión y a la invasión. Aunque no se encontraron diferencias significativas, los genes asa1 (aggregation substance) y gelE (gelatinase) fueron más frecuentes entre los aislados de endocarditis.

PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS NATIVA POR ENTEROCOCO TRATADOS AMPICILINA Y CEFTRIAXONA EN PAUTA CORTA

Autores

Antonio Ramos - E. Infeccionsas.
Marta Cobo - S. de Cardiología.
Isabel Zegri - S. de Cardiología.
Jorge Calderón - S. de Medicina Interna.
Alejandra Restrepo - S. de Cardiología.
Alejandro Muñoz - S. de Medicina Interna.
Ana Fernández-Cruz - U de infecciosas.
HU Puerta de Hierro.

JUSTIFICACIÓN: La endocarditis enterocócica sobre válvula nativa (EEVN) es una infección grave y de incidencia creciente. Los esquemas terapéuticos más frecuentemente empleados son ampicilina más ceftriaxona (AC) y ampicilina más gentamicina. Las guías europeas más recientes recomiendan tratar durante 6 semanas los episodios de EEF sobre válvula nativa cuando se emplea AC

OBJETIVO: Analizar el pronóstico de los casos de ENEF tratados con AC durante menos de 6 semanas

MÉTODO: Revisión de una cohorte de pacientes con ENEF recogida entre los años 2013 y 2018 en un único centro. El tratamiento realizado por cada paciente fue consensuado por un equipo multidisciplinar. En algunos casos se decidió aplicar una pauta corta de tratamiento, a pesar de las recomendaciones de las guías europeas vigentes, por las características clínicas del paciente. Se realizó una descripción de las características de estos pacientes y de su supervivencia al año.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se detectaron 11 casos de endocarditis infecciosa [EI] no protésica por especies de enterococo. Cuatro pacientes infectados por cepas sensibles a penicilina (3 casos por E. faecalis y uno por E. avium) fueron tratados con AC durante menos de 6 semanas: tres pacientes fueron tratados durante 4 semanas y un paciente fue tratado durante 5 semanas. Todos los pacientes eran varones y su edad media era de 75,5 años. Respecto a la comorbilidad un paciente presentaban diabetes mellitus, otro paciente EPOC, y dos pacientes neoplasia activa. Dos casos (50%) eran de adquisición nosocomial. La localización de la infección era válvula aórtica (2 casos), válvula mitral (un caso) y tricuspídea (un caso). Ningún paciente presentó complicaciones locales como absceso, fístula o pseudoaneurisma. Un paciente presentó embolias sistémicas múltiples al inicio de la infección. Dos casos (50%) requirieron cirugía. No hubo recidivas de la infección ni ningún fallecimiento durante el año de seguimiento

CONCLUSIONES: La administración AC para tratar la EEVN sensible a betalactámicos podría administrarse por un período menor de 6 semanas. Se necesitan más estudios antes de considerar, de manera definitiva, que los tratamientos cortos presentan igual eficacia que el tratamiento convencional.

MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS COMO DEBUT DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

Autores

Begoña Alcaraz Vidal - Medicina Interna-Infecciosas.

Montserrat Viqueira González - Microbiología.

Rocío Rojano Torres - Medicina Interna-Infecciosas.

Roberto Jiménez Sánchez - Medicina Intensiva.

Rosario Mármol Lozano - Cardiología.

Amaya Jimeno Almazán - Medicina Interna-Infecciosas.

Paloma Escribano Viñas - Medicina Interna-Infecciosas.

Maria Jesús del Amor Espín - Microbiología.

Nazaret Cobos Trigueros - Medicina Interna-Infecciosas.

Alejandro Ortín Freire - Medicina Intensiva.

Hospital General Universitario Santa Lucía.

JUSTIFICACIÓN: Las manifestaciones reumatológicas están presentes hasta en el 30% de las endocarditis infecciosas (EI). Como embolismos sépticos o fenómenos inmunológicos, pueden constituir la forma de debut, por lo que su sospecha puede conducir al diagnóstico precoz de EI.

OBJETIVO: Describir y analizar una serie de casos de El que debutaron con manifestaciones reumatológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de El diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía durante el periodo 1 Julio 2017-1 Julio 2018, con manifestaciones reumatológicas como presentación clínica inicial. Se han analizado las variables: edad, género, factor predisponente, manifestación reumatológica, germen, válvula afecta, complicaciones locales, evolución, cirugía y exitus.

RESULTADOS: Durante el periodo analizado se diagnosticaron en nuestro hospital 20 casos de El, de los que 8 (40%) presentaban alguna manifestación reumatológica al diagnóstico. Existe un predominio de varones (7:1) con edad media de 70.5 años. Destacan por frecuencia la monoartritis y la etiología estreptocócica, en la mayoría de ocasiones sobre válvula nativa con vegetaciones grandes y complicaciones locales. La evolución es desfavorable en la mitad de casos, precisando cuidados intensivos 2 pacientes por insuficiencia cardiaca (IC) y shock séptico con fallecimiento. Se practicó cirugía en el 37% de casos. Son descritos en la tabla adjunta.

CASO	Edad/ género	Factor predisponente	Manifestación reumatológica	Germen	Válvula	Complicación local	Evolución	Cirugía	Exitus
1	55/H	No	Artritis rodilla	S aureus MS	Mi-Ao nativas	Masa Absceso	Shock séptico (UCI)	No	Si
2	67/H	RTU	Artritis MTF Espóndilodiscitis	E faecalis	Mi-Ao nativas	Masa Absceso	Bacteriemia persistente	Si	No
3	36/M	Enolismo	Sacroileitis, Absceso psoas	St pneumoniae	Mi-Tri nativas	Masa Aneurisma	ic (uci)	Si	Si
4	88/H	DM	Espóndilodiscitis	No germen	Mi nativa	IM masiva	ic	No	No
5	87/H	DM	Espóndilodiscitis Absceso epidural Absceso psoas	No germen	Mi nativa	IM severa	Favorable	No	No
6	71/H	No	Vasculitis Artritis rodilla	St milleri	Mi nativa	IM severa	Favorable	Si	No
7	80/H	Manipulación dental, DM	Sacroileitis	St galiolyticus	No	No	Favorable	No	No
8	80/H	Colonoscopia, DM	Artritis tobillo	E faecalis	Ao protésica	Absceso	Favorable	No	No

CONCLUSIONES: 1. La manifestación reumatológica como forma de debut de El es frecuente en nuestra serie. 2. No es excepcional en pacientes jóvenes sin patología predisponente y con un curso clínico agresivo. 3. Se asocia a severa afectación valvular con complicaciones locales y necesidad de tratamiento quirúrgico. 4. Es fundamental una elevada sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento precoces.

CUANDO NO ES POSIBLE SEGUIR LAS GUÍAS

Autores

Javier Tomás Solera - Servicio de Medicina Interna.
Ana Sabin - Servicio de Cardiología.
Laura Domínguez - Servicio de Cardiología.
Santiago de Cossio - Servicio de Medicina Interna.
Marcos Sánchez Fernández - Servicio de Medicina Interna.
Francisco Galván - Servicio de Cardiología.
Maria Jesús López-Gude - Servicio de Cirugía Cardíaca.
Maria Ángeles Orellana - Servicio de Microbiología Clínica.
Patrick Pilkington - Servicio de Medicina Nuclear.
Francisco López-Medrano - Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

JUSTIFICACIÓN: De entre todas las indicaciones de cirugía en la endocarditis infecciosa, la invasión paravalvular es una de las más aceptadas, ya que estos pacientes presentan gran mortalidad y en escasas ocasiones se logra la curación con tratamiento antibiótico aislado, mientras que los procesos reconstructivos complejos han demostrado una supervivencia del 80%.

Sin embargo, hasta un 15-20% de pacientes con endocarditis sobre válvula protésica, pese a tener indicación de tratamiento quirúrgico, no se operan por rechazo o por inoperabilidad de este.

OBJETIVOS: Reportar un caso interesante de curación con tratamiento antibiótico con dalbavancina en un paciente con endocarditis sobre válvula protésica por Enterococcus faecalis con absceso paravalvular de gran tamaño.

MATERIAL Y MÉTODOS: Información clínica y pruebas diagnósticas obtenidas de base de datos propia del Hospital Universitario 12 de Octubre.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Varón de 70 años con antecedentes de prótesis mecánica aórtica por doble lesión desde 1993 con necesidad de cierre de fístula aorto-cutánea, así como de recambio por dehiscencia de la prótesis en 1995.

Ingresa por traumatismo craneoencefálico tras episodio sincopal, objetivándose bloqueo AV completo en ECG. Durante su ingreso presenta fiebre, creciendo en los hemocultivos (HC) Enterococcus faecalis, por lo que se inicia tratamiento con ampicilina y ceftriaxona. Se realiza ecocardiograma que muestra engrosamiento a nivel posterior de anillo aórtico, fibrosa mitroaórtica y de la base del velo anterior mitral sugerente de flemón, visualizando verruga en la prótesis aórtica.

Ante la presencia afectación local avanzada se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica, desestimándose la cirugía dado el historial quirúrgico previo y la alta complejidad técnica.

Se realiza un control ecográfico tras 2 semanas de antibioterapia que objetiva progresión con aparición de leak perivalvular aórtico, condicionando insuficiencia aórtica ligera, desaparición de la verruga aórtica y aparición de una verruga mitral. En este contexto se decide añadir tigeciclina (por mejor penetración en tejidos blandos).

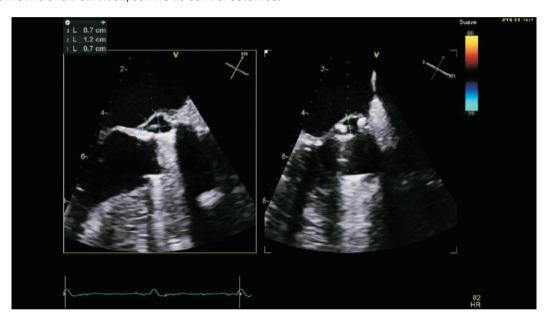
Durante la sexta semana de antibioterapia, se realiza nuevo eco transesofágico (ETE), que observa abscesificación a nivel de anillo aórtico/fibrosa mitroaórtica, que previamente se encontraba flemonosa, con desaparición de la verruga mitral y aumento del leak.

No obstante, el paciente se encontraba estable, afebril, sin datos de insuficiencia cardiaca, síncope ni nuevas alteraciones en la telemetría, con 3 sets de HC de control estériles (tras 1, 2 y 6 semanas de

tratamiento antibiótico), completando ciclo antibiótico intravenoso durante 6 semanas de ampicilina y ceftriaxona, y 4 semanas de tigeciclina.

Ante la buena evolución clínica pese al empeoramiento ecocardiográfico, se decide antibioterapia ambulatoria con dalbavancina 1500mg iv cada 15 días. Tras la quinta dosis, se repite ETE que muestra cavidad fistulizada perianular sin imágenes de vegetación ni datos de progresión respecto previo (imagen 1). Por ello, tras 12 semanas de tratamiento con este antibiótico (6 dosis), habiendo cumplido 18 semanas en total, se decide retirar.

Cinco meses después de esto, el paciente permanece asintomático, con buen estado general, sin datos de insuficiencia cardíaca, con HC de control estériles.



lmagen 1. ETE. Absceso perianular en anillo posteriormedial (continuidad con septo interauricular), fistulizado a raíz aórtica y a VI.

EFICACIA DE DAPTOMICINA Y CLOXACILINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS EXPERIMENTAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE A METICILINA

Autores

Cristina Garcia-de-la-Maria. Javier García-González. Maria Villamonte. Manel Almela. Juan Ambrosioni. Eduard Quintana. Marta Hernández-Meneses. Carlos Falces. Adrián Téllez. Juan M. Pericás. Barbara Vidal. Asunción Moreno. José M. Miró Hospital Clínic - IDIBAPS. Universidad de Barcelona. Jaume Llopis - Departmento de Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona.

JUSTIFICACIÓN: S. aureus es el agente etiológico más frecuente de la endocarditis infecciosa (EI). Existe una considerable evidencia de que la sinergia producida por la combinación de daptomicina (DAP) con un antibiótico ß-lactámico es más eficaz que DAP en monoterapia y previene la aparición de resistencias en el tratamiento.

OBJETIVO: Comparar la eficacia de la combinación de DAP y cloxacilina (CLO) con CLO, DAP o ceftarolina (CFT) en monoterapia frente a una cepa SASM en el modelo animal de endocarditis experimental (EE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Las CMI/CMB de CLO, CFT y DAP se determinaron por microdilución en caldo. A las 24h de la inducción de una EE aórtica trombótica no bacteriana, se inoculó por vía intravenosa, 8 x 105 ufc/mL de la cepa SASM-673. A las 24h de la infección, los animales se trataron durante 48h simulando las siguientes pautas de antibióticos: DAP (6 mg/kg/d); CLO (2 g/4h); CFT (600 mg/12h) y CLO + DAP. Los antibióticos se administraron con bombas de infusión controladas por ordenador para simular los niveles séricos de los antibióticos en el ser humano. Finalizado el tratamiento, los animales se sacrificaron después de transcurrir seis semi-vidas del antibiótico. Se obtuvieron las vegetaciones así como muestras de bazo y riñón que se cultivaron cuantitativa y cualitativamente.

RESULTADOS: Las CMI/CMBs para CLO, CFT y DAP fueron de 0.5/1; 0.25/0.25 y 0.25/0.25 mg/L respectivamente. Las concentraciones máxima/mínima fueron de 150/1 mg/L para CLO, 28/1 mg/L para CFT y 86/12 mg/L para DAP. CFT presentó una actividad similar a CLO. En dos casos del grupo de DAP se recuperaron aislados no sensibles a la daptomicina (cepas DNS) con una CMI = 2 mg/L. La adición de CLO a DAP fue sinérgica y tuvo una mayor actividad que CLO en monoterapia en la tasa de vegetaciones estériles (P=0.02) y en la densidad de ufc/gr.veg (P=0.015). La combinación de DAP+CLO presentó una mejor actividad en el porcentaje de esterilidad en bazo y riñón respecto a DAP en monoterapia (P=0.033 en ambos casos).

Grupos de tratamiento		Mediana (RIQ) (log10 UFC/g veg)	Bazo estéril/	Mediana (RIQ) (log10 UFC/g bz)	Riñón estériles/ total (%)	Mediana (RIQ) (log10 UFC/g rñ)
Control (no tratado)	0/10 (0)	9.8 (9.5 -10.5)	IU/1U (U)	5.6 (5.2 - 5.9)	0/10 (0)	4.7 (4 -5.3)
CLO (2g/4h)	3/10 (30)a	4.7 (0.5 - 6)d	9/10 (90)g	0 (0 - 0)i	2/10 (80)	0 (0 - 0)
CFT (600 mg/12h)	3/10 (30)Ь	3.4 (0 -5.3)e	9/10 (90)	0 (0 - 0)	9/10 (90)	0 (0 - 0)
DAP (6mg/kg/24h)	4/10 (40)c	2.6 (0 - 5.5)f	5/10 (50)g,h	1 (0 - 2.7)i,j	5/10 (50)k	1 (0 – 3.8)1
DAP+CLO	9/10 (90)a,b,c	0 (0 - 0)d,e,f	10/10 (100)h	O (O - O)j	10/10 (100)k	0 (0 - 0)1

CONCLUSIONES: En el modelo de EE por SASM, CFT y CLO presentaron la misma actividad. La combinación de DAP + CLO fue sinérgica y bactericida y presentó una mejor actividad que CLO en la tasa de esterilización de las vegetaciones y mejor actividad en bazo y riñón que DAP en monoterapia previniendo la aparición de aislados DNS.

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Emilio García Cabrera - Delos Clinical. Rafael Luque - Hospital Virgen del Rocío. Antonio Plata - Hospital Regional de Málaga. Juan Gálvez - Hospital Virgen Macarena. Guillermo Ojeda - Hospital Virgen de la Victoria. Carmen Hidalgo - Hospital Virgen de las Nieves. Marian Noureddine - Hospital Costa del Sol. Francisco Martínez-Márcos - Hospital Juan Ramón Jiménez. David Vinuesa - Hospital San Cecilio. Aristides de Alarcón - Hospital Virgen del Rocío.

INTRODUCCIÓN. El manejo del tratamiento anticoagulante y su efecto en las complicaciones neurológicas (CNL) en los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo uno de los grandes retos terapéuticos en especial en pacientes portadores de válvula metálica. El objetivo de este trabajo, es evaluar la incidencia de complicaciones neurológicas hemorrágicas en pacientes con El en función del manejo de la terapia anticoagulante.

POBLACIÓN Y MÉTODOS. Pacientes incluidos en la cohorte prospectiva andaluza de El: 2076 casos consecutivos durante el periodo 1984 – 2016. Se analizaron los resultados en función de la actitud tomada con el tratamiento anticoagulante y las CNL observadas.

RESULTADOS. En el momento de diagnóstico de la endocarditis 522 pacientes (25,1%) tenían tratamiento anticoagulante prescrito, 1343 (64,7%) pacientes no tenían tratamiento anticoagulante y en 212 (10,2%) pacientes no se registró con exactitud. Los pacientes con tratamiento anticoagulante desarrollaron mayor número de CNL de forma global 20,5% vs 16,8% (p=0,059); siendo mayores las complicaciones embólicas que evolucionaron a hemorragia 3,3% vs 1,4% (p=0,010) y sobre todo las complicaciones hemorrágicas no embolígenas: 6,7% vs 2,9% (p<0,001) y no se encontraron diferencias en las complicaciones isquémicas 13,5% vs 13,8% (p=0,863). Introducido en un modelo multivariante para complicaciones hemorrágicas, junto con la etiología por S.aureus y la afectación de la válvula mitral, el tratamiento anticoagulante aumentó la aparición de complicaciones neurológicas hemorrágicas con una 0% de 2,64 (1,6-4,2) (p<0,001)

De los 522 pacientes con tratamiento anticoagulante, en 78 (14,9%), no se registraron datos exactos del manejo. De los 444 restantes, se dividieron en tres grupos, en función del manejo de esta terapia; Grupo 1, se mantuvieron con dicumarinicos o con heparina en perfusión contínua: 87 casos (19,4%). Grupo 2, continuaron el tratamiento con heparina a dosis intermedias (1mg/kg/dia) 242 casos (54,5%) y Grupo 3, se retiró transitoriamente la anticoagulación sin sospecha de embolismos: 76 (17,1%). En otros 39 pacientes (8,8%) se retiró la anticoagulación, pero por sospecha clínica/radiológica (se excluyen para el posterior análisis).

La tasa de complicaciones neurológicas globales de los pacientes del grupo 3 fue de 5 (6,6%), inferior a las de los grupo 1 (14; 16,1%) y grupo 2 (42, 17,4%); p=0,069. De los 76 pacientes del grupo 3, solo uno hizo una complicación hemorrágica (1,3%) frente a los 4 (4,6%) del grupo 1 y los 10 (4,1%) del grupo 2 (p=0,464).

El porcentaje de pacientes operados fue de (40,7%,40,7% y 44,7%) y la mortalidad hospitalaria fue de 25,3%, 30,3% y 30,3% para los grupos 1,2 y 3 sin apreciarse diferencias significativas

CONCLUSIÓN: Los pacientes a los que se les retira transitoriamente la anticoagulación en la fase activa de la El, tienen un menor número de complicaciones neurológicas hemorrágicas, sin incremento de las complicaciones embólicas

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores

Silvia Polo Martínez - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Faisa Osseyran - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Azucena Pajares Moncho - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Miguel Ángel Arnau Vives - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Rosario Vicente Guillen - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Pilar Argente Navarro - Hospital Universitario y politécnico la Fé. Guillermo Garcia Herraíz - Consorcio hospitalario provincial de Castellón.

JUSTIFICACIÓN: A pesar de los importantes avances en su diagnóstico y tratamiento, la endocarditis infecciosa (EI) sigue considerándose una entidad con una alta tasa de morbimortalidad, siendo necesarios nuevos y mejores estudios que nos ayuden a implementar el manejo de éstos pacientes. Es por ello que desde el Hospital Universitario y Politécnico la Fe se han puesto en marcha investigaciones que permitan determinar la casuística y evolución de aquellos pacientes intervenidos de endocarditis infecciosa.

OBJETIVOS: El objetivo principal de nuestro estudio es definir el perfil de aquellos pacientes que precisan de intervención quirúrgica, así como determinar las principales comorbilidades detectadas y microorganismos implicados.

Como objetivos secundarios nos centramos en la posible relación entre la comorbilidad establecida y los antecedentes de transfusiones o fallo renal agudo postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional retrospectivo unicéntrico llevado a cabo en el Hospital Universitario y Politécnico la Fe entre los años 2016 y 2018.

En este estudio fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa mediante los criterios de Duke, y que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por la Unidad de Cirugía cardiovascular de nuestro hospital.

Los datos fueron extraídos a partir de la historia clínica digitalizada de los pacientes en los soportes Orion Clinic® e ICIP® (Intellivue Care Information Portfolio, Philips).

Los criterios quirúrgicos fueron establecidos según las últimas guías de la AHA (American Heart Association) y de la ACC (American College of Cardiology) del 2017. Entre los criterios seguidos destacamos la presencia en nuestro centro de un comité de valoración multidisciplinar de los pacientes con inclusión de especialistas en el campo de infecciosas, cardiología y cirugía cardiovascular.

RESULTADOS: La Fe es un hospital de tercer nivel centro de referencia de endocarditis en la Comunidad Valenciana. Se realizan un total de 842 cirugías cardíacas al año, de las cuales un 37% son de carácter urgente, y un 63% programadas, representando las endocarditis un 8,6 % de las cirugías urgentes y un 10,8% de las cirugías programadas. En el último año fueron intervenidos 84 pacientes de endocarditis, siendo la principal válvula afecta la Aórtica, seguida de la Mitral. La edad media de los pacientes fue de 65 años, con una edad máxima de 83 años y mínima de 17 años. La estancia media en la unidad de reanimación fue de 6 días, con una tasa de supervivencia del 79%.

CONCLUSIÓN: La El se trata por tanto de una enfermedad infrecuente con importante morbimortalidad, que puede cursar con complicaciones tanto a nivel local como en el resto del organismo a través de embolizaciones sépticas. Es por tanto fundamental un buen análisis de los factores de riesgo implicados en la supervivencia y complicaciones postoperatorias de estos pacientes.

PREVALENCIA DE LA SINERGIA DE LA PAUTA DE AMPICILINA Y CEFTRIAXONA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCO FAECALIS

Autores

Guillermo Ojeda Burgos - Enfermedades infecciosas.
María Victoria García - Microbiología clínica.
Gemma Sánchez Espín - Cirugía Cardiaca.
Cristina Salazar - Medicina Intensiva.
Juan Robledo - Cardiología.
Radka Ivanova - Medicina Interna.
Isabel Rodriguez Bailón - Cardiología.
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La pauta de ampicilina y ceftriaxona (AMP-CFT) para el tratamiento de la endocarditis por Enterococo faecalis (E. faecalis) es una pauta que ofrece ventajas respecto a al tradicional basada en gentamicina, por su mayor seguridad en población anciana comórbida y enfermos renales. En el siguiente trabajo, nuestro objetivo es conocer la prevalencia de este sinergismo in vitro entre los pacientes con endocarditis por E. faecalis atendidos en nuestro centro.

Material y método: Hemos estudiado diez casos de endocarditis por E. faecalis atendidos en nuestro hospital entre enero de 2017 y agosto de 2018. La determinación de la CMI a AMP y CFT, se realizó con un inoculo del 0.5 McFarland en MHII y con tiras de E-test. Para estudiar la sinergia de AMP -CFT se realizó un 0.5 de McFarland de la cepa problema, se inoculó MHII y colocando una tira de E-test de CFT, se dejó una hora a temperatura ambiente. Posteriormente se retiró la CFT y haciendo coincidir la CMI de AMP y CFT, se incubó la placa durante 18-24h a 37°C. Si la CMI de AMP se reducía dos o más diluciones la prueba se consideraba positiva.

Resultados: Ocho de los pacientes incluidos eran varones, con una edad media de 71 años (DE 9). La infección era protésica en el 60% de los casos. Había afectación de la válvula aórtica en en el 60%. En dos pacientes la infección fue polimicrobiana. En todos los casos la CMI 90 de AMP aislada para E. faecalis fue de 1 (0.5-2) y la de CFT >256. Excepto en un caso, la sinergia de AMP-CFT fue = 2 diluciones (90%). La CMI 90 de AMP-CFT fue de 0.38 (0.032-0.38). Por otro lado, en un sólo caso no se detectó sinergia con la gentamicina. Se utilizó la combinación AMP-CFT en siete casos. Tres de estos pacientes, fueron sometidos a cirugía, falleciendo uno de ellos que además presentaba infección polimicrobiana y sinergia de dos diluciones a AMP-CFT. En el resto de los casos tratados con AMP-CFT el número de diluciones fue =4 y la evolución clínica favorable.

Conclusión: La mayoría de los E. faecalis aislados en los pacientes con endocarditis atendidos en nuestro centro presentarón sinergismo con la pauta AMP-CFT. El resultado clínico fue bueno en la mayoría de los casos.

INCIDENCIA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores

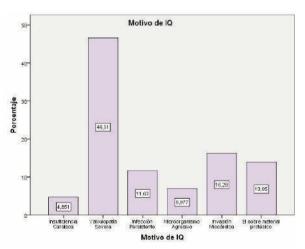
Paola Zárate Chug. María Fuster Cabré. Pilar García Mangas. Isabel Sancho Val. Hospital Universitario Miguel Servet.

JUSTIFICACIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad potencialmente mortal, que actualmente alcanza una mortalidad hospitalaria del 15-30%. El 40-50% de pacientes con El son sometidos a intervención quirúrgica, siendo la mortalidad de los mismos dependiente de la indicación, presencia de comorbilidades y complicaciones asociadas.

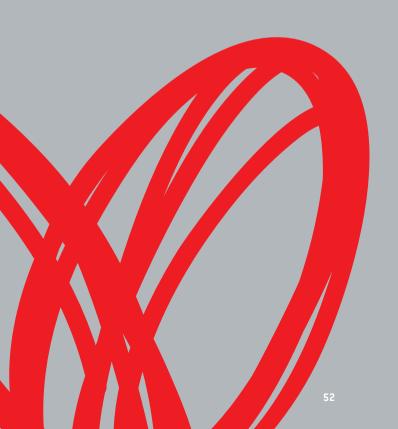
OBJETIVOS: Determinar la incidencia de endocarditis subsidiarias a tratamiento quirúrgico. Determinar los factores de riesgo y complicaciones tras el tratamiento quirúrgico. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los casos quirúrgicos de pacientes diagnosticados de endocarditis entre los años 2016 y 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se recogieron un total de 43 casos con una media de edad de 62 años, de los cuales el 76% fueron hombres. El motivo de interevención quirúrgica fue de valvulopatía severa en el 46%, seguido de invasión miocárdica en el 16% y infección sobre material protésico en el 11%. El 65% de paciente llevaban el tratamiento antibiótico dirigido al momento del ingreso en UCI. El gérmen más frecuente fue el estreptococo (48%). Un 76% de paciente presentaron infección sobre válvula nativa. La Válvula Aórtica fue la más afectada con un 37%, seguida de la Válvula Mitral en un 34%, la afectación del ambas fue de 20% y la afectación sobre electrodos de un 4%. Dentro de los factores de riesgo el 69% presentó hipertensión arterial, el 36% ACV previo, el 33% diabetes mellitus y el 18% enfermedad renal previa. En el 18% de casos se observó la presencia de absceso como complicación grave en el ecocardiograma previo a la cirugía. La mediana de EUROSCORE Il fue de 6. El ingreso en UCI fue de una mediana de 7 días. Se realizó sustitución valvular en el total de endocarditis sobre válvula (41 casos) y extracción de cables en 2 casos. Dentro de las complicaciones postoperatorias, el 69% presentó insuficiencia renal, el 54% Fibrilación Auricular y el 42% Sd. respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). La mortalidad total en UCI fue del 11%. Se encontró relación entre la presencia SIRS y el uso de terapia de remplazo renal continuo (TRRC) en el postoperatorio respecto a mortalidad en UCI (p<0.05).

CONCLUSIONES: En nuestro hospital la mortalidad de los pacientes con El sometidos a tratamiento quirúrgico es baja en comparación a las estadísticas generales, probablemente porque registramos sólo los que se sometieron a tratamiento quirúrgico. En nuestros pacientes la válvula nativa fue la más frecuentemente afectada, siendo la válvula aórtica la de mayor indicación quirúrgica. Sobre los factores de mal pronóstico se encontró sólo relación con SIRS y TRRC, probablemente en relación al número de casos.



INFORMACIÓN









SEDE

REAL E ILUSTRE COLEGIO DE MEDICOS DE SEVILLA Av. de la Borbolla, 47, 41013 Sevilla

Con más de cien años de historia, el Colegio Oficial de Médicos está ubicado en el centro de la ciudad, junto al Parque de María Luisa y una de sus construcciones más famosas, la Plaza de España.

Su perfecta ubicación dentro de la ciudad y su utilización para la celebración de numerosos congresos de carácter científico, hace de él una sede perfecta para el VII Congresos SEICAV.

SECRETARÍA TÉCNICA

Between Congresos y Eventos Paseo de las Delicias 1 41001 Sevilla congresos@betweencongresos.com



EMPRESAS PATROCINADORAS













AVALES CIENTÍFICOS

