IX CONGRESO

SEICAV 2020

EDICIÓN VIRTUAL
16/17 OCTUBRE
XIII REUNIÓN GAMES

Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

Programa Científico

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

¡Bienvenidos!

La Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares (SEICAV) os presenta su primera edición íntegramente virtual en su IX Congreso, y es para nosotros, como Comité Organizador, desde el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla un auténtico placer aceptar la invitación que nos hizo su Junta Directiva para acogerlo.

Tras las 8 ediciones de nuestro Congreso y las doce reuniones anuales de GAMES hemos creído que es el mejor momento para ampliar nuestros objetivos y abrirnos definitivamente a la colaboración multidisciplinar que ha capitalizado la razón de ser de SEICAV, abrazando la sugerente propuesta, bajo nuestro punto de vista, de Congreso que os traemos.

SEICAV nació y vive multidisciplinar y por ello hemos entendido como natural que este Congreso sea el primero multi-societario, y qué mejores compañeros que la SECCE para conformar un Programa integral del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las infecciones cardiovasculares y endovasculares.

El formato ha supuesto todo un reto para todos al tenerse que adaptar a la realidad sanitaria que estamos viviendo durante la práctica totalidad del año, pasando a tener que desarrollarse de manera telemática, con la importante coordinación que este hecho requiere. Una vez superada esta exigencia, en lo que compete a la parte capital de nuestra cita anual, hemos construido un Programa Científico, creemos, a la altura de las expectativas, volviendo a contar con extraordinarios ponentes, a los que no podemos más que estar inmensamente agradecidos por su encomiable implicación y disponibilidad para conseguir el éxito del Congreso.

Contaremos con ponencias en formato tradicional, presentación de casos clínicos, presentación de trabajos propios GAMES, de comunicaciones orales y de ponencias magistrales. Todo para ofrecer un par de días repletos de contenido que esperamos sean de vuestro máximo interés y atractivo, y que nos haga volver a disfrutar de la experiencia de compartir conocimiento sobre las Infecciones Cardiovasculares.

Comité Organizador IX Congreso SEICAV.

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

Índice

1. Comités 07

2. Programa científico 15

16 de octubre 17

17 de octubre 23

3. Abstracts 27

Comunicaciones Orales 29

Posters 47

4. Avales Ciéntificos y Colaboradores 75

5. Información General 79

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

1. Comités

Comité de Honor

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Cantabria,
Dr. Miguel Rodríguez Gómez

Directora Gerente del Servicio Cántabro de Salud,
Dña. Celia Gómez González

Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Dr. Rafael Tejido García

Junta Directiva y Comité Científico SEICAV

Presidente:

Mª Carmen Fariñas Álvarez

Vicepresidente:

Manuel Martínez Sellés

Secretario:

Miguel Ángel Goenaga

Tesorero:

Arístides de Alarcón

Vocales:

José Mª Miró
José Francisco Gutiérrez
Dolores Sousa
Martha Kestler
Eduard Quintana
Antonio Ramos
Emilio Bouza
Carlos A. Mestres
Patricia Muñoz
Juan Gálvez (in memoriam)

Comité Organizador

Directores:

Mª Carmen Fariñas Álvarez
José Francisco Gutiérrez Díez
Manuel Martínez Sellés
Miguel Ángel Goenaga
Arístides de Alarcón.

Comité Organizador

Vocales:

Iván Adán
Jesús Agüero Balbin
Carlos Armiñanzas Castillo
Francisco Arnaiz de las Revillas
Ana Maria Arnaíz García
Miguel Carrascosa Porras
Manuel Cobo Belaustegui
Marta Fernández Sampedro
J Aurelio Sarralde Aguayo
Claudia Gónzalez Rico
Manuel Gutiérrez Cuadra
Marcos Pajarón Guerrero
Ivana Pulitani
Valentín Tascón Quevedo
Carlos Juarez Crespo
Ramón Teira Cobo
Jesús Zarauza Navarro
Javier Zueco Gil

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

2. Programa Científico

16 VIERNES

08:30-10:00 Reunión de la Junta Directiva

10:00-10:15 Inauguración.
Miguel Javier Rodríguez Gómez. Consejero de Sanidad de Cantabria
María Carmen Fariñas Álvarez. Presidenta junta directiva SEICAV.

10:15-12:30 **MESA 1. ¿EN QUÉ HA CAMBIADO LA ENDOCARDITIS EN EL SIGLO XXI?**
Moderadores: **Emilio Bouza Santiago.** HGU Gregorio Marañón. Madrid
Antonio Ramos. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

10:15-10:35 **¿Existe alguna novedad en el diagnóstico microbiológico?**
Luis Martínez-Martínez. Hospital Reina Sofía. Córdoba

10:35-10:55 **Metagenómica en pacientes con Endocarditis.**
Mercedes Marín. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

10:55-11:15 **Ictus en pacientes con Endocarditis. ¿Cuándo y dónde intervenir? ¿Complicaciones neurológicas en EI? ¿Cuándo anticoagular? ¿Cuándo Intervenir?**
Arístides de Alarcón. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

11:15-11:35 **Impacto de la COVID-19 en el diagnóstico, manejo y pronóstico de la endocarditis infecciosa.**
Nuria Fernández Hidalgo. H. Vall de Hebrón. Barcelona

11:35-12:00. Discusión

12:00-12:30 Caso clínico a la Mesa 1.
Moderador: **Marta Rodríguez Créixems.** HGU Gregorio Marañón. Madrid
Manuel Gutiérrez Cuadra. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

12:30-12:45 Pausa

16 VIERNES

12:45-14:15 Trabajos GAMES

Moderadores: **Patricia Muñoz.** HGU Gregorio Marañón. Madrid.
Pedro LLinares. Complejo Hospitalario A Coruña.

12:45-13:00 **Análisis de las diferencias de sexo en la afectación, manejo y pronóstico de la endocarditis infecciosa en España.**
Laura Varela. H. Son Espases. Palma de Mallorca.

13:00-13:15 **Características e impacto en el pronóstico de la endocarditis infecciosa de la sepsis grave y el shock cardiogénico.**
Juan Manuel Pericás. Hospital Clinic. Barcelona.

13:15-13:30 **Endocarditis Infecciosas tras implante de prótesis percutánea.**
Gregorio Cuerpo. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

13:30-13:45 **Endocarditis infecciosa en pacientes trasplantados.**
Manuel Martínez Sellés. HGU Gregorio Marañón. Madrid

13:45-14:00 **Endocarditis infecciosa en Gram negativos no HACEK.**
Antonio Ramos. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

14:00-14:30 Discusión y preguntas

14:30-15:30 **SESION POSTERS**

P-01

EFECTO DE VANCOMICINA TOPICA SOBRE LA INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA CARDIACA

Arribas Leal, JM.; Domene Martinez, F.; Perez Andreu, J.; Morales, E.; Rivera-Caravaca, JM.; Hernandez, A.; Jimenez Aceituna, A.; Garcia, E.; Canovas, S.; Herrero, JA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

16
VIERNES

P-02

UTILIDAD DE LA SECUENCIACIÓN DEL ARNr 16S EN VÁLVULAS CARDÍACAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

[1]Ruiz de Gopegui Bordes, E.; [2]Ramírez Rosales, A.; [3]Vidal Lampurdanés, C.; [4]Artigues Serra, F.; [4]Ribas del Blanco, MA.; [5]Martín del Rincón, JP.; [6]Vidal Bonet, L.; [1]Oliver Palomo, A.

[1]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Microbiología. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears); [2]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Microbiología. Palma (Balears); [3]Hospital Universitari Son Espases. Unidad de Diagnóstico molecular - Unidad de Secuenciación. Palma (Balears); [4]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears) [5]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Medicina Intensiva. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears); [6]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Cirugía Cardíaca. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears)

P-03

ENDOCARDITIS ENTEROCÓCICA Y PATOLOGÍA COLORRECTAL

[1]Artigues Serra, F.; [1]Ribas, MA.; [2]Ruiz de Gopegui, E.; [3]Rubí, S.; [4]Pericàs, PA.; [1]Salvá, P.; [5]Vidal, L.

[1]Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [3]Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [4]Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [5]Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitari Son Espases, Palma.

P-04

EVOLUCIÓN EN 20 AÑOS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lozano González, M.; Molina San Quirico, M.; Garilleti Camara, C.; Santiago Setien, I.; Teira Calderon, A.; De La Torre Hernandez, JM.; Zarauza Navarro, MJ.; Gutierrez Diez, JF.; Armiñanzas Castillo, C.; Fariñas Alvarez, MC.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

16
VIERNES

P-05

CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA NATIVA Y SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Lozano Gonzalez, M.; Molina San Quirico, M.; Garilleti Camara, C.; Santiago Setien, I.; Teira Calderon, A.; De La Torre Hernandez, JM.; Zarauza Navarro, MJ.; Gutierrez Diez, JF.; Armiñanzas Castillo, C.; Fariñas Alvarez, MC.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

P-06

¿PODEMOS ADMINISTRAR CEFTRIAXONA UNA VEZ AL DÍA MÁS AMPICILINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN TADE?

[1]Herrera-Hidalgo L.; [2]de Alarcón A.; [3]López-Cortes LE.; [2]Luque-Márquez R.; [2]López-Cortes LF.; [2]Gutierrez-Valencia A.; [1]Gil-Navarro MV.

[1]Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain; [2]Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain ; [3]Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain

P-07

PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA TRAS LA CREACIÓN DE UN EQUIPO ENDOCARDITIS.

Santos Seoane, S.; León Duran, D.; Helguera Amezua, C.; Gonzalez Sanchez, MT.; Toranzo, J.; Santos Hernández, S.; Rodríguez Prida, J.; Linares Hernández, R.; Rodríguez Vega, S.; Rodriguez Guardado, A.

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

16
VIERNES

P-08

ENDOCARDITIS POR SALMONELLA SER CHOLERAESUIS: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rodriguez Guardado, A.; León Duran, D.; Fernandez Hernadez, N.; Gonzalez Sanchez, MT.; Helguera Amezua, C.; Alvarez Gonzalez, C.; Rodriguez Lucas, C.; Santos Hernandez, S.; Linares Hernandez, R.; Santos Seoane, S.

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

P-09

EFICACIA IN VITRO DE NUEVAS PAUTAS ANTIBIÓTICAS EN LA ENDOCARDITIS (EI) POR ENTEROCOCCUS FAECALIS CON ALTA RESISTENCIA A LOS AMINOGLICÓSIDOS.

García-González, J.; Roig, E.; García de la Mària, C.; Cañas, MA.; Dahl, A.; Almela, M.; Falces, C.; Hernández-Meneses, M.; Moreno, A.; Miró, JM.

Hospital Clínic-IDIBAPS. Barcelona

P-10

LA ECMO VA EN EL POSTOPERATORIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA

Luján Valencia, JE.; Ruiz Lera, M.; Burgos Palacios, V.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

P-11

ENDOCARDITIS POR ECN SOBRE VÁLVULA NATIVA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Dumitru Dumitru, T.; Guirao Balsalobre MC.;Garcia Perez, A.; Bruno Perez, T.; Campos Rodriguez, V.; Cobos Trigueros, N.; Sanchez Alacaraz B.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Cartagena. Murcia

15:30-17:30 **MESA 2. INFECCIONES EN DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR Y/O ELECTROESTIMULACIÓN.**

Moderadores: **Arístides de Alarcón.** Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
Asunción Moreno Camacho. Hospital Clinic. Barcelona

16 VIERNES

15:30-15:50 **¿Existen novedades en los dispositivos de electroestimulación?**
Manuel Frutos López. Hospital Virgen del Rocío Sevilla.

15:50-16:10 **Infecciones de las asistencias ventriculares como terapia de destino: tratamiento supresivo, ¿cuál y durante cuánto tiempo?**
Marta Hernández-Meneses. Hospital Clinic. Barcelona.

16:10-16:30 **¿Qué ha pasado con los dispositivos de asistencia ventricular durante la pandemia por SARS-CoV-2?**
Enrique Pérez de la Sota. Hospital 12 de Octubre. Madrid

16:30-16:50 **Infecciones precoces en dispositivos de asistencia ventricular ¿Está indicada la profilaxis antifúngica?**
Reyes Iranzo. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

16: 50-17:15 Discusión

17:15-17:30 Moderador: **Jesús Zarauza**. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.
Caso Clínico a la Mesa 2.
Dolores Sousa. Complejo Hospitalario A Coruña.

17:30-17:45 Pausa

17:45-18:45 **SIMPOSIUM INDUSTRIA:**

NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA INFECCIONES CARDIOVASCULARES

Moderación: **Martha Kestler.** Hospital Gregorio Marañón. Madrid
Eduard Quintana. Hospital Clinic. Barcelona.

17:45-18:15 **¿Disponemos de antibioterapia alternativa para el tratamiento de infecciones cardiovasculares por grampositivos?**
Papel de la Ceftarolina, Papel de la Dalbavacina y Papel de Ceftobiprole.
Benito Almirante. Hospital Vall d´Hebron. Barcelona.

16 VIERNES

18:15-18:45 **¿Hay "Futuro" en el tratamiento antibiótico de infecciones cardiovasculares? Revisión de Claprim, Lefamulina, Imipenem-Relabactam, Meropenem-Valobactam, Plazomicina.**

José Antonio Martínez-Martínez. Hospital Clinic. Barcelona.

19:15-20:00 **ASAMBLEA SOCIOS**

17 SÁBADO

8:30-10:30 **COMUNICACIONES ORALES (conjunta SECCE/SEICAV)**
12 comunicaciones 6 SEICAV; 6 SECCE.

COMUNICACIONES SEICAV

O-01

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA: COMPARACIÓN ENTRE EUROSCORE LOGÍSTICO, EUROSCORE II Y APORTEI SCORE.

[1]Urso S.; [1]Tena, M.A.; [1]Paredes, F.; [1]González-Barbeito, M.; [1]Horcajada, I.; [2]Nogales, E.; [1]Portela, F.

[1]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, [2] Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

O-02

VALOR DIAGNOSTICO AÑADIDO DE LA PCR VALVULAR AL HEMOCULTIVO (HC), EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI).

[1]Goenaga, MA.; [2]Reviejo, K.; [2]Zabalo, M.; [2]Díaz, E.; [1]Kortajarena, X.; [1]López, M.; [1]Álvarez, I.; [1]Vicente, D.; [3]Marín, M.; [2]Moreiras, I.

1Hospital Universitarío Donostia, 2 Policlinica GipuzKoa. Grupo Quironsalud, 3Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

17
SÁBADO

O-03

AMPICILINA-CEFTRIAXONA DOMICILIARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS ENTEROCÓCICA. UNA OPCIÓN POSIBLE, AUNQUE CON MATICES.

Lomas Cabezas, JM.; Herrera Hidalgo, L.; Lopez Cortes, LE.; Luque Marquez, R.; de Alarcón González, CA.
Hospital Universitario Virgen del Rocio. Sevilla

O-04

SEGUNDO EPISODIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ¿RECIDIVA O REINFECCIÓN?

[1]González-Rico, C.; [1]Gutiérrez Cuadra, M.; [1]Cobo Belaustegui, M.; [1]Gutiérrez Díez, JF.; [2]Amado, C.; [3]Carrascosa, M.; [1]Agüero, J.; [1]Pajarón, M.; [1]Zarauza, J.; [1]Fariñas*, MC.
[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, [2]Hospital Sierrallana. Torrelavega , [3]Hospital de Laredo.

O-05

INFECCIÓN EN ECMO VENO-ARTERIAL: IMPACTO DEL LUGAR DE IMPLANTACIÓN.

Hernandez-Meneses, M.; Fernandez-Cisneros, A.; Muro, A.; Ascaso, M.; Pereda, D.; Quintana, E.; Castella, M.; Miro, Jm.; Sandoval, E.
Hospital Clinic Barcelona

O-06

SENSIBILIDAD INTERMEDIA A PENICILINA EN ENDOCARDITIS PRODUCIDAS POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS Y BOVIS: ASPECTOS TERAPÉUTICOS Y PRONÓSTICOS

Escrihuela Vidal, F.; Berbel, D.; Cuervo, G.; Grillo, S.; Blanco-Arévalo, A.; Grau, I.; Sánchez-Salado, JC.; Sbraga, F.; Ardanuy, C.; Carratalà, J.
Hospital Universitari De Bellvitge. Barcelona

COMUNICACIONES SECCE

20191209-058

USO DE CYTOSORB EN CIRUGÍA CARDIACA DE ENDOCARDITIS: ¿ES REALMENTE EFICAZ?. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Monzón Díaz, D.; García Meré C.; Alonso Perarnau S.; Murgoitio Esandi, U.; Villa Gallardo, Y.; Pedraz Prieto, A.: Cuerpo Caballero, G.; Rodriguez

17
SÁBADO

Abella, H.; Ángel Tomás Gonzalez Pinto, AT.
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

20191209-121

EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA MORTALIDAD DE ENDOCARDITIS EN ESPAÑA: UN ESTUDIO A NIVEL NACIONAL

Ortega-Loubon, C.; López-Rodríguez, FJ.; Arnaiz-García, M.E.; Arévalo Abascal, A.; Amorós-Rivera, C.; López-Tatis, M.M.; Muñoz-Moreno, M.F.; Gómez-Sánchez, E.; López-Herrero, R.; Sánchez-Quirós, B.; Lorenzo-López, M.; Gómez-Pesquera, E.; Jorge-Monjas, P.; Bustamante Munguira, J.; Álvarez, F.J.; Resino, S.; Tamayo, E.; Heredia-Rodríguez, M.; González-Santos J.M.
Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

20191209-139

ENDOCARDITIS NOSOCOMIAL VS COMUNITARIA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XXI: PRESENTACIÓN CLÍNICA, ETIOLOGÍA Y SUPERVIVENCIA

Sánchez Torralvo, C.; Ortega-Loubon, C.; Pañeda-Delgado, L.; Segura-Méndez, B.; Velasco García, E.; Fernández-Gutiérrez, M.; Echevarría Uribarri, J.R.; Di Stefano, S.; Arce Ramos, N.; Fe Muñoz Moreno, M.F.; Álvarez, F.J.; Bustamante Munguira, J.; Lorenzo López, M.; Tamayo, E.; Jorge Monjas, P.; Resino, S.; Heredia-Rodríguez, M.; Tamayo E.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

20191209-178

ESTIMACIÓN DEL RIESGO EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA DEL NUEVO SCORE ESPECÍFICO APORTEI FRENTE AL EUROSCORE II

Varela Barca L.; Cuerpo Caballero, G.P.; Pedraz, A., Vida, L.; Ventosa, G.; Fernández-Félix, B.M.; Hidalgo, I.; Pinto, A.; Rodríguez Roda, J.; Sáez De Ibarra, J.L.; López-Menéndez, J.
Hospital Universitario Son Espases. Palma ; Hospital Universitario Gregorio Marañón. Hospital universitario Ramón y Cajal. Madrid.

20191209-296

¿ES ÚTIL LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET/TC) PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TUBULARES EN AORTA ASCENDENTE?

17
SÁBADO

Martínez López, D.; Rodríguez-Alfonso, B.; Esteban Martín López, C.; Ramos Martínez, A.; Rios Rosado, E.C.; Esteban De Villarreal Soto, J.; Ospina Mosquera, V.M.; Villar García, S.; Burgos Lázaro, R.; Serrano-Fiz, S.; Forteza Gil, A.P.
Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid.

20191209-299
RESULTADOS DE LA SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA Y MITRAL CON RECONSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN MITRO-AÓRTICA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Martínez López, D.; Esteban Martín López, C.; De Villarreal Soto, J.E.; Rios Rosado, E.C.; Ramos Martínez, A.; Gonzalez Roman, A.I.; Ospina Mosquera, V.M.; Villar García, S.; Burgos Lazaro, R; Serrano-Fiz, S.; Forteza Gil, A.P.
Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda Madrid.

10:30-11:00 Pausa

11:00-12:30 **MESA 3 (CONJUNTA SEICAV/SECCE) ACTUALIZACIÓN EN MÉTODOS DE CONTROL DE INFECCIONES CARDIOVASCULARES**

Moderador SEICAV:
M. Carmen Fariñas.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
Moderador SECCE:
Francisco Gutiérrez.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

11:00-11:15 **Mallas multifilamento reabsorbible, liberadora de los antibióticos.**
Encarnación Gutiérrez. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

11:15-11:30 **Utilidad en endocarditis de los filtros de adsorción de citoquinas.**
Carlos A. Mestres. Hospital de Zürich. Suiza.

11:30-11:45 **Soporte circulatorio en COVID-19.**
J.E. Rame. Jefferson Health. Philadelphia

17 SÁBADO

11:45-12:00 **Nuevos Catéteres como método de control de infecciones.**
Miguel Ángel Goenaga. Hospital Donosti. San Sebastián.

12:00-12:30 Discusión

12:30-13:30 **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

COVID-19 y su Influencia en el Corazón.
Emilio Bouza. Hospital Gregorio Marañón. Madrid

13:30-14:30 **CONFERENCIA MAGISTRAL JUAN GÁLVEZ**

Historia de la imagen cardiaca.
Mar Moreno. Hospital La Paz. Madrid

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

3. Abstracts

Comunicaciones Orales

O-01

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA: COMPARACIÓN ENTRE EUROSCORE LOGÍSTICO, EUROSCORE II Y APORTEI SCORE.

[1]Urso S.; [1]Tena, M.A.; [1]Paredes, F.; [1]González-Barbeito, M.; [1]Horcajada, I.; [2]Nogales, E.; [1]Portela, F.

[1]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, [2]Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Justificación:

El APORTEI score es un nuevo sistema de predicción de riesgo para pacientes con endocarditis infecciosa (EI) que ha sido recientemente validado en una cohorte de pacientes de un estudio nacional multicéntrico español.

Objetivos:

El objetivo de este estudio es comparar la capacidad para discriminar el riesgo de mortalidad del APORTEI score, euroSCORE logístico y euroSCORE II, analizando una población sometida a cirugía cardíaca por endocarditis infecciosa aguda.

Métodos:

Analizamos las características de tres sistemas de predicción de riesgo sobre una población de 111 pacientes con diagnóstico de EI aguda sometidos a cirugía cardíaca desde 2014 hasta 2020 en nuestro centro. El área bajo las curvas y la prueba de Hosmer-Lemeshow se usaron para analizar la discriminación y la calibración respectivamente del euroSCORE logístico, del euroSCORE II y del APORTEI score.

Resultados:

La edad media de los 111 pacientes que constituían la muestra fue de 58,9 años. Los microorganismos causales más frecuentes fueron Staphylococcus aureus (25.2%, n = 28), Staphylococcus epidermidis (14.4%, n = 16) y Streptococcus del grupo viridans (11.7%, n = 13). La válvula aórtica fue la localización más frecuente (43.2%, n = 48). La mortalidad a los 30 días fue del 21,6% (n = 24). La mortalidad quirúrgica prevista por el euroSCORE II, el euroSCORE logístico y el APORTEI fueron 6.6%, 17.1%, y 23.0%, respectivamente. Por lo tanto, la relación mortalidad observada/esperada fue 3,27 para el euroSCORE II, 1,27 para el euroSCORE logístico y 0,94 para el APORTEI score.

Según el análisis de correlación de Spearman, el coeficiente de correlación más alto se observó en el análisis entre euroSCORE logístico y euroSCORE II (rho 0,88, p

<0,0001). Sin embargo, se documentó también una correlación significativa entre el euroSCORE logístico y el APORTEI (rho 0,58, p <0,0001) y entre el euroSCORE II y el APORTEI (rho 0,63, p <0,0001). El área bajo la curva del APORTEI score (0,88 ± 0,05) fue significativamente mayor que el del euroSCORE logístico (p 0,0001) y del euroSCORE II (p 0,0005). La prueba de Hosmer-Lemeshow mostró un mejor rendimiento en cuanto a calibración del APORTEI score (euroSCORE II: p 0,11; euroSCORE logístico: p 0,19; APORTEI score: p 0,56).

Conclusión:

El sistema de predicción de riesgo APORTEI muestra un rendimiento significativamente mejor en cuanto a discriminación y calibración en comparación con el euroSCORE logístico y con el euroSCORE II.
A pesar de que el presente estudio se realizó en una muestra pequeña, sus resultados sugieren que el APORTEI score debería ser usado de forma sistemática y podría reemplazar a los dos modelos euroSCOREs como herramienta para la estratificación de mortalidad quirúrgica para pacientes sometidos a cirugía por endocarditis infecciosa.

O-02

VALOR DIAGNOSTICO AÑADIDO DE LA PCR VALVULAR AL HEMOCULTIVO (HC), EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI).

[1]Goenaga, MA.; [2]Reviejo, K.; [2]Zabalo, M.; [2]Díaz, E.; [1]Kortajarena, X.; [1]López, M.; [1]Álvarez, I.; [1]Vicente, D.; [3]Marín, M.; [2]Moreiras, I.

[1]Hospital Universitarío Donostia, [2]Policlinica GipuzKoa. Grupo Quironsalud, [3]Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción:

Es reconocido que la utilización de técnicas moleculares de diagnóstico sobre válvula explantada mejora el diagnóstico etiológico de las EI, aunque el impacto clínico de dicha mejora no está tan estudiado.

Objetivos:

Estudiar el impacto, sobre el manejo clínico del paciente, de los resultados de las técnicas de PCR en pacientes operados en los que se dispone de material valvular para estudio.

Métodos:

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes intervenidos en Policlínica Quirón-Gipuzkoa (centro de referencia de Cirugía Cardíaca de Guipúzcoa) en el período comprendido entre 2010 y 2019.
El material valvular se envía al Laboratorio de referencia del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid donde se realizan las técnicas moleculares. Los HC se procesaron en el Laboratorio del Hospital Donostia

Resultados:

En los 10 años estudiados (2010-2019) se han estudiado 160 cirugías como parte del tratamiento de la EI. Se dispone de resultados de la PCR valvular en 140 de ellas (87,5%). En 112 casos dichos resultados fueron positivos (80%). Del total de los resultados de las PCR, positivos o negativos, se consideraron concordantes con los obtenidos de los HC 112 casos (80%), mientras que en los restantes 28 casos (20%) los resultados son diferentes a los informados de los HC (en un caso PCR “inhibida”).
En 21 casos (15%), de los 140 casos con resultado de PCR conocida, los HC habían sido negativos o de resultado desconocido.

De los 28 casos discordantes:

- 10 el resultado del HC fue negativo/no conocido y la PCR positiva (3 casos S. viridans; 2 casos T. wipplei; y 1 caso S. aureus MS, E. fecalis, C. acnes, S. epidermidis, L. monocytogenes).
- 17 casos (52,4%) el HC fue positivo y la PCR negativa (4 casos E. fecalis y S epidermidis; 2 casos S. aureus MS, HACEK, 1 caso S. capitis, S. pneumoniae, S. mutans, S. salivarius, S. vestibularis, E. cloacae y P.aeruginosa).
- 1 caso HC positivo a S. aureus MS y PCR positiva a E. fecalis

Conclusiones:

En nuestra serie:

- Se dispone de resultado de PCR en un alto % de pacientes operados (87,5%).
- Un porcentaje elevado de las PCR presentan resultados positivos (80%).
- En un 20% de los casos los resultados entre HC y PCR son discordantes y podrían tener impacto clínico.
- A destacar que en casi la mitad de los casos (47,6%) con HC negativos/desconocidos los resultados de la PCR fueron positivos, destacando los diagnósticos de EI por T. wipplei y L. monocytogenes por sus implicaciones terapéuticas.

O-03

AMPICILINA-CEFTRIAXONA DOMICILIARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS ENTEROCÓCICA. UNA OPCIÓN POSIBLE, AUNQUE CON MATICES.

Lomas Cabezas, JM.; Herrera Hidalgo, L.; Lopez Cortes, LE.; Luque Marquez, R.; de Alarcón González, CA.
Hospital Universitario Virgen del Rocio. Sevilla

Introducción:

El desarrollo de unidades de antibioterapia intravenosa domiciliaria ha supuesto una mejora considerable en la calidad de vida de aquellos pacientes que precisan continuar con tratamiento antibiótico, una vez superada la fase aguda de la infección. Entre las limitaciones de esta modalidad de tratamiento se incluyen, en aquellos casos donde sea necesaria la infusión continua de fármacos, la estabilidad de la solución, tanto en monoterapia como en potenciales combinaciones y el contacto con el equipo sanitario, que idealmente debe minimizarse a una vez al día. En este sentido, la necesidad de emplear tratamientos antimicrobianos prolongados, basados en la combinación de aminopenicilinas y cefalosporinas, convierte al manejo ambulatorio de la endocarditis infecciosa (EI) de etiología enterocócica en un verdadero reto terapéutico. Enmarcado dentro del Grupo de Estudio de Infecciones Cardiovasculares de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, hemos querido comunicar nuestra experiencia en el manejo de aquellos pacientes con EI enterocócica que completaron el tratamiento de forma ambulatoria con ampicilina en perfusión continua (12 g/día) y ceftriaxona 4 gramos en dosis única (infusión rápida).

Material y métodos:

Análisis comparativo de los pacientes pertenecientes a los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena, en Sevilla que, diagnosticados de EI enterocócica durante el periodo 2005-2019, fueron tratados con el régimen estándar de ampicilina (2g/4h iv) junto a ceftriaxona (2g/12h iv) durante 6 semanas (AC12) frente a aquellos que, tras un periodo de hospitalización con AC12, completan las 6 semanas de tratamiento en un programa de antibioterapia domiciliaria con ampicilina, 12g/d en infusión continua, junto a ceftriaxona 4g en dosis única diaria (AC24). Este análisis se centró en la presencia de recidivas y en los factores potencialmente asociados a ellas.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se incluyeron 49 pacientes. Treinta y dos fueron tratados durante 6 semanas con AC12 mientras que 17 completan tratamiento con AC24. Ambos grupos no presentaron diferencias significativas en cuanto a edad, comorbilidad

asociada ni afectación valvular protésica. El grupo AC12 no presentó recidivas mientras que la tasa de recidivas en el grupo AC24 fue del 29.4% (n=5), el 80% de ellas de forma precoz. El análisis de las recidivas en el subgrupo AC24 no permite encontrar diferencias significativas en cuanto a edad, comorbilidad, afectación protésica o manejo quirúrgico inadecuado. Sin embargo aquellos pacientes que recidivaron tenían una mayor presencia de dispositivos protésicos endovasculares (80 vs 25%, p=0.06), que no se retiraron por decisión médica o por no considerarse involucrados en la infección. Asimismo, dentro del grupo que completó el tratamiento de forma ambulatoria con AC24, la duración del tratamiento estándar en los pacientes con recidiva de la infección es significativamente inferior (16.8 vs 30.6 días, p=0.002).

Conclusiones:

El tratamiento ambulatorio con ampicilina en perfusión continua y ceftriaxona 4g en dosis única es inferior al tratamiento estándar, al menos en aquellos pacientes portadores de material protésico no retirado que completan menos de tres semanas de la pauta estándar. Esta inferioridad puede deberse a las dificultades de ceftriaxona en dosis única de alcanzar concentraciones suficientes para alcanzar sinergia, lo cual hemos analizado de forma paralela.

O-04

SEGUNDO EPISODIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ¿RECIDIVA O REINFECCIÓN?

[1]González-Rico, C.; [1]Gutiérrez Cuadra, M.; [1]Cobo Belaustegui, M.; [1]Gutiérrez Díez, JF.; [2]Amado, C.; [3]Carrascosa, M.; [1]Agüero, J.; [1]Pajarón, M.; [1]Zarauza, J.; [1]Fariñas*, MC.

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, [2]Hospital Sierrallana. Torrelavega , [3]Hospital de Laredo.

Justificación:

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología con alta morbi-mortalidad. El curso clínico de un segundo episodio de EI podría variar en función de si se trata de una reinfección o una recidiva.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias a nivel clínico y microbiológico, y la evolución de los pacientes con un primer episodio de EI que presentaron una recidiva o una reinfección.

Material y Métodos:

Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes con EI, que presentaron una recidiva o reinfección, en la Comunidad de Cantabria (H.U. Marqués de Valdecilla, H. Sierrallana, H. Tres Mares, H. de Laredo) entre 2008 y 2018. Se incluyeron los pacientes ≥ 18 años. Se recogieron las características clínicas, microbiológicas y la evolución de los pacientes del primer episodio de recidiva o reinfección.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 413 pacientes con EI, de los cuales 20 (4,84%) presentaron un segundo episodio de EI, 55% (11/20) de los casos una reinfección y el 45% (9/20) de los casos una recidiva.

La edad media de los pacientes con reinfección fue de 60,27 años (± 16,770), el 72,7% (8/11) eran varones, con un índice de Charlson medio de 2,36 (DE=2,157). Los pacientes con un episodio de recidiva tenían una edad media de 71 años (± 10,368), el 66,7% (6/9) eran varones, con un índice de Charlson medio de 2,67 (DE= 2,179).

Tanto en las reinfecciones como en las recidivas se observó una mayor afectación de las válvula protésica (63,6% (7/11); 88,9% (8/9)), respectivamente y sobre válvula aórtica. Ocho casos (1 de ellos aórtica-mitral) y 3 sobre válvula mitral en el

caso de las reinfecciones; y 6 casos sobre válvula aórtica (1 de ellos aórtica-cable de marcapasos) y 3 sobre válvula mitral en el caso de las recidivas.

En ambos grupos el lugar de adquisición de la EI predominante fue el origen comunitario: 9/11 en las reinfecciones frente a un 6/9 en las recidivas.

Los microorganismos aislados en los hemocultivos en las reinfecciones fueron: Streptoccocus mitis y Enterococcus faecalis en 2 casos cada uno y Staphylococcus aureus meticilin sensible, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus anginosus, Streptococcus sanguis, Candida albicans en 1 caso cada uno. En el grupo de recidivas Enterococcus faecalis en 6 casos y Staphylococcus aureus meticilin sensible en 2 fueron los microrganismos aislados. En 3 casos (2 reinfecciones y 1 recidiva) no se identificó la etiología.

El 36,4% (4/11) de los casos de reinfección requirieron cirugía frente a un 55,6% (5/9) en el caso de las recidivas. El 27,3% (3/11) de los casos con reinfección presentaron sepsis grave, frente a un 22,2% (2/9) en el caso de las recidivas (P=1,00). La mortalidad intrahospitalaria relacionada fue de 2/11 (18,2%) casos en las reinfecciones y 1/9 (1,1%) casos en de los pacientes con recidiva (P=1,00).

Conclusión:

No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo y evolución entre los pacientes con EI que presentaron episodios de reinfección o recidiva. Se observó una mayor proporción de EI debida a Enterococcus faecalis en el caso de los pacientes con recidiva.

O-05

INFECCIÓN EN ECMO VENO-ARTERIAL: IMPACTO DEL LUGAR DE IMPLANTACIÓN.

Hernandez-Meneses, M.; Fernandez-Cisneros, A.; Muro, A.; Ascaso, M.; Pereda, D.; Quintana, E.; Castella, M.; Miro, Jm.; Sandoval, E.

Hospital Clinic Barcelona

Justificación:

La infección sigue siendo una causa importante de muerte en pacientes con ECMO. Existe controversia sobre la mejor estrategia de canulación, la indicación y duración de la profilaxis antimicrobiana.

Objetivos:

Revisar la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos cinco años en el implante de ECMO veno-arterial (ECMO va). Concretamente, el impacto de la ubicación del procedimiento en la tasa de infección (quirófano versus fuera del quirófano).

Material y Métodos:

Se realizó una revisión retrospectiva de todas las ECMO va consecutivas implantadas dentro de un hospital universitario terciario desde 2014 a 2019 (n = 75). Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el lugar donde se implantó el ECMO: "Quirófano" (Q; n = 34) y "Fuera del quirófano" (Fd-Q; n = 41) Se preestablecieron los criterios de infección para cada caso, la incidencia de bacterias multirresistentes (MDR) tanto en infección como en colonización y la profilaxis antimicrobiana. Se analizó la mortalidad durante la hospitalización y hasta 30 días después del alta. Las variables continuas se presentan como media, desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico, según corresponda, y los grupos se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se informaron como frecuencia y porcentaje y los grupos se compararon mediante la prueba exacta de Fisher.

Resultados:

Se analizaron un total de 75 pacientes, 34 de ellos con soporte en ECMO va implantado dentro del quirófano y 41 pacientes fuera del mismo. Predominio de varones más jóvenes en los pacientes que reciben soporte fuera del quirófano (55.09 años vs. 64.35 años, p 0.004); (82.93% vs. 58.82%, p <0.21). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos atendiendo a las comorbilidades, situación hemodinámica o uso de drogas vasoactivas. La indicación más frecuente en pacientes que reciben ECMO va dentro del quirófano fue post-cardiotomía (55.88% vs. 7.32%, p < 0.001) y fuera del quirófano en contexto de infarto de miocardio (53.66% vs.5.88%, p

<0.001). La estrategia de canulación preferente de la ECMO va dentro del quirófano fue central (64.71% vs 24.39%, p< 0.001) mientras que fuera del quirófano fue periférica (75.61% vs. 35.29%, p < 0.001). La duración media de la profilaxis antibiótica fue significativamente inferior en los pacientes que reciben soporte fuera del quirófano (5 días vs. 8 días, p 0.01). No existieron diferencias entre las pautas de profilaxis prescritas. Las tasas de infecciones de herida quirúrgica (esternotomía media y acceso inguinal), bacteriemia, neumonía e infección de orina fueron similares en ambos grupos. No existieron casos de mediastinitis. La tasa de colonización o infección por bacterias multirresistentes fue baja en ambos grupos de pacientes (14.71% vs 21.95% p 0.42).

Conclusiones:

No hubo diferencias entre la tasa y el tipo de infecciones y profilaxis antibiótica según el lugar donde se implantó el soporte con ECMO. El 40% de las infecciones se produjeron una vez retirado el soporte. La mediastinitis fue una complicación inusual y las infecciones respiratorias fueron las más prevalentes en ambos grupos. A pesar de la duración prolongada de los antibióticos de amplio espectro, la prevalencia de colonización o infección por bacterias MDR fue menor de lo esperado. Se necesitan más estudios clínicos para reducir el riesgo de infección en pacientes con ECMO veno-arterial.

Tabla 1.

Comparación de las características basales entre el lugar de implantación de ECMO.

Datos presentados como número (%) o media (desviación estándar -DE -) -

Abreviaturas: Q = quirófano; FdQ = fuera de quirófano; IMC = índice de masa corporal; PGF = fallo primario del injerto; BTD = puente a la decisión; BTT = puente al trasplante; HCA = asociado a la asistencia sanitaria, nosohusial; MDR = resistente a múltiples fármacos.

	Q ECMO (N =34)	FdQ ECMO (N =41)	P
Edad, años	64.35 (2.21)	55.09 (2.17)	**0.004**
Sexo (hombre)	20 (58,82)	34 (82.93)	**0.021**
IMC, kg/m^2	28.59 (2.05)	26.35 (0.62)	0.27
Hipertensión	22 (64.52)	21 (51.28)	0.27
Dislipemia	14 (41.38)	16 (39.02)	0.08
Diabetes mellitus	13 (39.29)	12 (29.73)	0.42
INTERMACS	1.29 (0.30)	1.11 (0.08)	0.53
Drogas vasoactivas	32 (94.12)	40 (97.44)	0.48
IABP	17 (50)	21 (51.35)	0.98

Indicación			
Postcardiotomy	19 (55.88)	3 (7.32)	**0.000**
Post MI	2 (5.88)	22 (53.66)	**0.000**
PGF	4 (11.76)	2 (4.88)	0.27
Flu	1 (2.94)	0 (0)	0.27
Pulm Fail	1 (2.94)	0 (0)	0.27
Others *	7 (20.59)	14 (34.15)	0.19
Estrategia de canulación			
Central	22 (64.71)	10 (24.39)	**0.000**
Periférica	12 (35.29)	31 (75.61)	**0.000**
Objetivo			
Recuperación	26 (76.47)	17 (41.46)	**0.002**
BTD	3 (8.82)	20 (48.78)	**0.000**
BTT	5 (14.71)	4 (9.76)	0.51
Soporte operatorio	0 (0)	0 (0)	-
Origen			
Comunidad	21 (61.76)	19 (46.34)	0.18
Nosocomial y nosohusial	13 (38.24)	22 (53.66)	0.18
Profilaxis antibiótica			
Duración (días)	7.97 (0.88)	5.19 (0.67)	**0.01**
Antibióticos			
No	5 (14.71)	10 (24.39)	0.30
Meropenem-Daptomicina	18 (52.94)	19 (46.34)	0.57
Mero-Dapto-Antifúngicos	2 (5.88)	4 (9.76)	0.54
Cefalosporinas	3 (8.82)	3 (7.32)	0.81
Tazo-Teico/Dapto	2 (5.88)	0	0.12
Tazo-Teico/Dapto -Antifug.	2 (5.88)	2 (4.88)	0.85
Otros	2 (5.88)	3 (7.32)	0.80
Complicación infecciosa			
Pre-ECMO	5 (14.71)	7 (17.07)	0.78
Peri-ECMO	3 (8.82)	9 (21.95)	0.12
Post-ECMO	16 (47.07)	18 (43.90)	0.79
Infección			
Herida (esternotomía/inguinal)	5 (14.71)	4 (9.76)	0.51
Bacteriemia	6 (17.65)	7 (17.07)	0.95
Neumonía	11 (32.35)	19 (46.34)	0.22
ITU	7 (20.59)	12 (29.27)	0.39
MDR colonización/infección	5 (14.71)	9 (21.95)	0.42

O-06

SENSIBILIDAD INTERMEDIA A PENICILINA EN ENDOCARDITIS PRODUCIDAS POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS Y BOVIS: ASPECTOS TERAPÉUTICOS Y PRONÓSTICOS

Escrihuela Vidal, F.; Berbel, D.; Cuervo, G.; Grillo, S.; Blanco-Arévalo, A.; Grau, I.; Sánchez-Salado, JC.; Sbraga, F.; Ardanuy, C.; Carratalà, J.

Hospital Universitari De Bellvitge. Barcelona

Justificación:

La resistencia a penicilina es un factor de riesgo de mortalidad en endocarditis infecciosa (EI) por Streptococcus grupo viridans y bovis (SGV-B). En estos casos se recomienda la biterapia con gentamicina o el uso de cefalosporinas, siendo la evidencia escasa para este último régimen.

Objetivos:

Nuestro objetivo es analizar el tratamiento y evolución de pacientes con EI por SGV-B con sensibilidad intermedia a penicilinas.

Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de casos de EI por SGV-B con CMI de penicilina entre 0,25 y 1mg/L (PEN-I) entre 1994 y 2018 en un hospital universitario. Se analizaron características clínicas, microbiológicas, terapéuticas y evolutivas. Se compararon los casos con la cohorte de pacientes con EI por SGV-B sensibles a penicilina.

Resultados:

Se registraron 271 pacientes con EI por SGV-B, 5 con aislados resistentes a penicilina y 26 de ellos con endocarditis definitiva (65%) o probable (34%) por SGV-B PEN-I. La mayoría eran hombres (77%), con una mediana de 63 años (RIQ 49-69 años). En cuanto a las válvulas afectadas, 19 (73%) fueron nativas, 4 (15%) protésicas tardías y 3 (11%) protésicas precoces, con localización aórtica (n=12; 46%), mitral (n=10; 38%) y mitroaórtica (n=4; 15%).Se detectaron vegetaciones en 12 pacientes (46%), insuficiencia valvular moderada o grave en 15 (58%) y en 3 (11%) abscesos perivalvulares. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron S.mitis (23%), S.gordonii (23%), y S.salivarius (19%), presentando 22 de ellos (85%) CMI-PEN ≤0,5mg/L y 2 casos con CMI 1mg/L, todos ellos con CMI de cefotaxima ≤0,5mg/L. Un 54% de pacientes recibió biterapia con un betalactámico (ceftriaxona o penicilina G sódica) más gentamicina con una mediana de días de tratamiento de 28 días (RIQ 28-33). Se utilizó ceftriaxona en monoterapia en 10 pacientes (38%). No se utilizó glicopéptido en ningún paciente. Se

realizó cirugía valvular en 8 casos. Un 81% de episodios se consideraron curados, 3 presentaron éxitus por endocarditis y 2 por otra causa. No se observaron recaídas en el seguimiento. En el grupo de EI por SGV-B PEN-I no se detectaron diferencias entre los pacientes tratados con ceftriaxona o con combinación con gentamicina respecto a la CMI de penicilina, días de tratamiento o porcentaje de curación. Tampoco se detectaron diferencias entre casos y pacientes con SGV-B sensibles a penicilina respecto a días de tratamiento (31,5 vs 30,57 días, p=0,89), porcentaje de curación (84 vs 87%; p=0,75), o indicación quirúrgica (26,9 vs 38,1%, p=0,36).

Conclusión:

En nuestra cohorte de pacientes con EI por SGV-B PEN-I no detectamos diferencias en la evolución clínica al compararlos con pacientes con aislados totalmente sensibles a penicilinas. El uso de gentamicina no afectó al porcentaje de pacientes curados o con indicación quirúrgica en aquel grupo y la ceftriaxona en monoterapia fue una alternativa terapéutica eficaz.

Posters

P-01

EFECTO DE VANCOMICINA TOPICA SOBRE LA INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA CARDIACA

Arribas Leal, JM.; Domene Martinez, F.; Perez Andreu, J.; Morales, E.; Rivera-Caravaca, JM.; Hernandez, A.; Jimenez Aceituna, A.; Garcia, E.; Canovas, S.; Herrero, JA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Justificación:

La infección de la herida quirúrgica torácica en cirugía cardiaca es una complicación que aumenta la mortalidad, morbilidad y los costes hospitalarios. Creemos que es una complicación prevenible. El uso de una pasta de vancomicina aplicada tópicamente en los bordes del esternón seccionado, tanto al inicio como al final de la intervención es una técnica simple que puede ayudar a disminuir la tasa de infección de herida quirúrgica en cirugía cardiaca.

Objetivos:

Analizar de forma retrospectiva la incidencia de infección de herida quirúrgica en nuestro servicio en los años 2017,2018 y 2019. Estudiar el efecto de la vancomicina tópica sobre la incidencia de infección de herida quirúrgica y otras variables clínicas.

Resultados:

En ese tiempo se intervinieron mil cuatro pacientes de cirugía cardiaca (65% varones, mediana de edad 67 (56-74) años). Hubo una incidencia de infección de herida esternal en toda la población de 6.8% y 3.5% de infección profunda. A 141 pacientes (14%) se les aplico pasta de vancomicina en los bordes del esternón al inicio y al final de la intervención (50% varones, mediana de edad de 71 (64,5-75) años), en este grupo hubo 2.8% de infección de herida quirúrgica y 1.4% de infección profunda.

La no aplicación de vancomicina tópica ósea se asoció de forma significativa con mayor incidencia de infección de herida esternal (7.5% vs 2.8%, RR 2.5 (1-6.5), p=0,045), mayor incidencia de infección a otros niveles en el postoperatorio (20% vs 13%, RR 1.6 (1-2.5), p= 0.050) y a mayor estancia en UCI (3 (2-4) vs 2 (2-3); p<0.001). La no aplicación tópica de vancomicina presentó tendencia a la significación a tener mayor incidencia de muerte postoperatoria (10% vs 5%, RR 2 (1-4), p=0.057) y a mayor tasa de reoperacion por sangrado (10% vs 5.7%;; RR 1.7(0.9-3.4), p= 0.094). La no aplicación tópica de vancomicina no presento diferencias significativas en insuficiencia renal postoperatoria (19% vs 13.5%, p= 0.116) ni en tasa de reingresos tras el alta hospitalaria (14% vs 9%, p= 0.143).

Conclusión:

La aplicación de vancomicina tópica en el esternón es una técnica sencilla que podría disminuir la incidencia de infección de herida quirúrgica en cirugía cardiaca ayudando a reducir la mortalidad, la morbilidad, sangrado y costes sin aumentar la incidencia de insuficiencia renal postoperatoria. Futuros Estudios ciegos aleatorizados deberán avalar estos resultados.

P-02

UTILIDAD DE LA SECUENCIACIÓN DEL ARNr 16S EN VÁLVULAS CARDÍACAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

[1]Ruiz de Gopegui Bordes, E.; [2]Ramírez Rosales, A.; [3]Vidal Lampurdanés, C.; [4]Artigues Serra, F.; [4]Ribas del Blanco, MA.; [5]Martín del Rincón, JP.; [6]Vidal Bonet, L.; [1]Oliver Palomo, A.

[1]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Microbiología. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears); [2]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Microbiología. Palma (Balears); [3]Hospital Universitari Son Espases. Unidad de Diagnóstico molecular - Unidad de Secuenciación. Palma (Balears); [4]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears) [5]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Medicina Intensiva. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears); [6]Hospital Universitari Son Espases. Servicio de Cirugía Cardíaca. Grupo GAMES-HUSE. Palma (Balears)

Justificación:

El diagnóstico microbiológico de la endocarditis infecciosa (EI) se basa en los hemocultivos y el cultivo de la válvula cardíaca. Sin embargo, un porcentaje significativo de los cultivos (15-20% según las series) son negativos, principalmente debido al tratamiento antibiótico previo o por la presencia de un microorganismo que no crece en cultivos. La PCR seguida de secuenciación del ARNr 16S bacteriano puede ofrecer un diagnóstico etiológico.

Objetivos:

Valorar el rendimiento diagnóstico de una técnica de secuenciación del ARNr 16S y su correlación con los hemocultivos y el cultivo de la válvula cardíaca en pacientes con EI.

Material y Métodos:

Se analizaron los pacientes sometidos a una sustitución valvular por EI ingresados en nuestro hospital. El periodo estudiado fue septiembre 2016 - diciembre 2019. Se seleccionaron aquellos pacientes a los que se realizaron las tres determinaciones microbiológicas (hemocultivos, cultivo y secuenciación de la válvula).

Resultados:

Se han incluido 43 pacientes (41 EI definitivas y 2 posibles). Las principales válvulas afectadas fueron aórtica nativa (17), mitral nativa (11) y aórtica protésica (7).
Los hemocultivos fueron positivos en 37 pacientes (86,0%) y negativos en los 6 restantes (14,0%). Todas las bacteriemias fueron monomicrobianas, predominando

Staphylococcus epidermidis (7 casos), Staphylococcus aureus (5, uno de ellos resistente a la meticilina), Streptococcus gallolyticus (4), Enterococcus faecalis (3) y Streptococcus agalactiae (3). El cultivo de la válvula únicamente fue positivo en 2 pacientes (4,7%), con crecimiento de S. gallolyticus (1) y Aspergillus fumigatus (1).

La secuenciación del ARNr 16S fue positiva en 27 de los 43 pacientes (62,8%). Las especies más frecuentes fueron: S. gallolyticus (4), S. agalactiae (3) y Streptococcus gordonii (3). Adicionalmente, la secuenciación de la región fúngica ITS en la válvula fue positiva a A. fumigatus en la paciente con el cultivo positivo a este hongo.

La secuenciación del ARNr 16S fue diagnóstica en los 5 pacientes con hemocultivos y cultivo de la válvula negativos (100,0%). Estas identificaciones fueron Gemella morbillorum, S. agalactiae, S. aureus, Streptococcus oralis y Tropheryma whipplei. Los cuatro primeros pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo a la recogida de los hemocultivos.

La correlación entre los hemocultivos y la secuenciación fue muy buena. Así, en los 37 pacientes con hemocultivos positivos, la especie obtenida en la secuenciación fue idéntica en 20, en otros 2 era una especie estreptococos viridans relacionada a la del hemocultivo, mientras que en los 15 pacientes restantes la secuenciación ARNr 16S fue negativa.

Conclusión:

1) Los hemocultivos continúan siendo el método diagnóstico de referencia en la EI.

2) La secuenciación del ARNr 16S en la válvula es más sensible que el cultivo de la válvula.

3) La secuenciación del ARNr 16S en la válvula es esencial para el diagnóstico etiológico en la EI en aquellos casos con hemocultivos negativos.

P-03

ENDOCARDITIS ENTEROCÓCICA Y PATOLOGÍA COLORRECTAL

[1]Artigues Serra, F.; [1]Ribas, MA.; [2]Ruiz de Gopegui, E.; [3]Rubí, S.; [4]Pericàs, PA.; [1]Salvá, P.; [5]Vidal, L.

[1]Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [3]Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [4]Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma; [5]Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitari Son Espases, Palma.

Justificación:

La incidencia de endocarditis por Enterococcus spp. está en aumento, afectando a pacientes habitualmente mayores y con elevada comorbilidad. Recientemente se ha relacionado al E. faecalis con la mutagénesis de las células del colon. A su vez, la formación de pólipos adenomatosos y cáncer colorrectal podría facilitar su traslocación, lo que lleva a plantearse el papel de la colonoscopia en estos pacientes.

Objetivos:

1. Describir las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los pacientes con endocarditis enterocócica.
2. Determinar la prevalencia de enfermedad colorrectal en estos pacientes.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital Son Espases con endocarditis enterocócica definitiva o posible entre septiembre/2016 y diciembre/2019.

Resultados:

118 pacientes ingresaron por endocarditis, 15 de las cuales fueron enterocócicas (12,71%). El microorganismo más frecuentemente implicado fue Enterococcus faecalis (13 casos), siendo el resto causadas por Enterococcus faecium. 26,6% eran mujeres, con una mediana de edad de 76 años (IQR 59-82) y un índice de Charlson ajustado de 6 puntos (IQR 4-7). 7 endocarditis fueron sobre válvula nativa, 4 sobre protésica, en 2 casos se afectaron ambas y 2 pacientes presentaron infección de dispositivo. La válvula aórtica fue la más afectada en 9 pacientes, seguida de la mitral en 5. Se identificó un presunto foco de la infección en la mitad de los casos (3 genitourinario, 2 gastrointestinal y 2 vascular). Se visualizaron vegetaciones en 12 pacientes y 5 presentaron complicaciones paravalvulares. 7 pacientes desarrollaron fallo cardiaco y 4 shock séptico.

El tratamiento antibiótico fue correctamente indicado en todos los casos, con una mediana de duración de 44 días (IQR 35-49). Se realizaron 8 intervenciones quirúrgicas, 1 caso adicional tenía indicación pero no se operó por mal pronóstico independiente. 2 pacientes fallecieron durante el ingreso. No se registraron recidivas.
En un paciente existía el diagnóstico reciente de neoplasia de recto y 9 presentaban anemia ferropénica al ingreso, 1 con test de sangre oculta en heces positivo. En total se realizaron 5 colonoscopias: 4 durante el ingreso y 1 al alta (<2 meses). 1 colonoscopia fue anodina, en 1 se detectó un pólipo con displasia de bajo grado y en 1 un adenoma tubular. En estos dos últimos pacientes no existía un foco conocido de la infección. Las dos colonoscopias restantes no fueron concluyentes por mala preparación.

Conclusiones:

1) Los datos descriptivos de nuestro centro son similares a los publicados para la cohorte GAMES.

2) La anemia ferropénica es un síntoma frecuente en nuestra serie que puede estar relacionado con patología colorrectal.

3) La colonoscopia ha tenido una baja implementación en nuestro centro durante el periodo estudiado, quizás debido a la elevada comorbilidad de los pacientes.

P-04

EVOLUCIÓN EN 20 AÑOS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lozano González, M.; Molina San Quirico, M.; Garilleti Camara, C.; Santiago Setien, I.; Teira Calderon, A.; De La Torre Hernandez, JM.; Zarauza Navarro, MJ.; Gutierrez Diez, J F.; Armiñanzas Castillo, C.; Fariñas Alvarez, MC.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y Objetivos:

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con importante morbimortalidad a pesar de la mejoría del tratamiento médico y del desarrollo de técnicas quirúrgicas. El envejecimiento de la población y sus peculiaridades hacen necesario estudiar de manera aislada la EI en los pacientes ancianos. El objetivo de nuestro estudio fue describir la evolución de las EIs en pacientes mayores de 75 años atendidos en nuestro hospital en los últimos 20 años.

Material y métodos:

Se revisaron los datos clínicos de pacientes >75 años diagnosticados de EI en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) entre 1999 y 2018. Se agrupan los pacientes en períodos de 10 años, analizando para cada período edad, tipo de válvula afectada, microbiología, abordaje quirúrgico y supervivencia al alta tras cirugía y global. Los datos se incluyeron en el paquete R 4.0.2. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar (DE), y las cualitativas como valor absoluto (porcentaje). Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se ha empleado la t de Student y para detectarla entre las cualitativas se ha utilizado la Chi2. Un valor de $p<0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio un total de 204 casos (63% varones). Agrupamos a los pacientes y sus características en 2 períodos, entre 1999-2008 y entre 2009-2019. La edad promedio fue de 78.70 (DE: 3.36 años) entre 1999-2008 y de 80.22 (DE: 3.77 años) entre 2009-2019 (p= 0.005). Entre 1998-2009 el 80% de los pacientes tuvieron 1 o más comorbilidades, mientras que entre 2009-2019 las tuvieron el 90% de los pacientes, (p=0.07). Las principales comorbilidades entre 1998-2008 y 2009-2018 fueron HTA (61% y 79% respectivamente), (p=0.01) y DM (35% y 28% respectivamente), (p=0.43). La afectación de válvula nativa fue del 53% entre 1999-2008 y del 64% entre 2009-2019, (p=0.19). La válvula más afectada fue la aórtica (52% entre 1999-2008 y 57% entre 2009-2019), (p=0.43), seguida de la mitral (30% entre 1999-2008 y el mismo porcentaje entre 2009-2019), (p=1.00).

Los microorganismos aislados más frecuentes entre 1999-2008 fueron Staphylococcus sp. (40%: 18% Staphylococcus aureus y 22% SCN), seguidos de Streptococcus sp (27%) y Enterococcus sp (6%). Entre 2009-2019 también lo fueron Staphylococcus sp. (41%: 21% Staphylococcus aureus, 20% SCN), seguidos de Streptococcus sp, (20%) y Enterococcus sp. (16%), (p=0.99, 0.24 y 0.12 respectivamente).
El número de pacientes sometidos a cirugía fue del 35% entre 1998-2008 y del 31% entre 2009-2018, (p=0.63). La supervivencia global fue del 56% entre 1999-2018 y del 64% entre 2009-2019, (p=0.62).

Discusión y conclusiones:

Los pacientes con EI entre 2009-2019 son más ancianos y con más comorbilidad que entre 1998-2008.

En los pacientes >75 años con EI, existe mayor afectación de válvula nativa, especialmente entre 2009-2019.

La válvula aórtica fue la más afectada por la EI en >75 años, seguida de la mitral sin variaciones notables entre los dos periodos.

Los microorganismos aislados más frecuentemente en la EI en pacientes >75 años fueron los estafilococos seguidos de los estreptococos. Llama la atención el aumento de casos de enterococos entre 2009-2019.

El número de pacientes >75 años con EI sometidos a cirugía se mantuvo estable. Hubo una mayor supervivencia entre 2009-2019, aunque las diferencias no fueron significativas.

P-05

CARACTERÍSTICAS DE LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA NATIVA Y SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lozano Gonzalez, M.; Molina San Quirico, M.; Garilleti Camara, C.; Santiago Setien, I.; Teira Calderon, A.; De La Torre Hernandez, JM.; Zarauza Navarro, MJ.; Gutierrez Diez, JF.; Armiñanzas Castillo, C.; Fariñas Alvarez, MC.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y Objetivos:

La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica se considera una de las formas más graves de esta enfermedad. La presencia de más prótesis valvulares en pacientes añosos hace necesaria estudiar la EI protésica en los pacientes ancianos. El objetivo de nuestro estudio es encontrar diferencias entre la endocarditis sobre válvula nativa y sobre válvula protésica en pacientes >75 años en nuestro hospital en los últimos 20 años.

Material y métodos:

Se revisaron los datos clínicos de pacientes >75 años diagnosticados de EI en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), entre 1999 y 2018. Se agrupan los pacientes en función del tipo de válvula afectada y para cada tipo de válvula se analiza edad, comorbilidades, localización, microbiología, abordaje quirúrgico y supervivencia al alta tras cirugía y global. Los datos se incluyeron en el paquete R 4.0.2. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar (DE) y las cualitativas como valor absoluto (porcentaje). Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se ha empleado la t de Student y para detectarla entre las cualitativas se ha utilizado la Chi2. Un valor de $p<0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados:

Se incluyeron un total de 196 casos (63% varones). Agrupamos a los pacientes y sus características en 2 grupos, afectación de válvula nativa y de válvula protésica. La edad media fue de 79.62 (DE: 4.07 años) en las nativas y de 79.58 (DE: 3.04 años) en las protésicas ($p=0.17$). Las comorbilidades principales en las válvulas nativas fueron, HTA (73%), DM (30%), EPOC (18%), ERC (14%) e infarto previo (8%). En las válvulas protésicas fueron HTA (74%), diabetes (33%), EPOC (14%), ERC (9%) e infarto previo (6%), (ninguna de ellas significativas). La localización aórtica fue del 42% en las válvulas nativas y del 75% en las protésicas ($p<0.001$) mientras que la afectación mitral fue del 44% en las nativas y del 7% en las protésicas ($p<0.001$).

Los microorganismos aislados más frecuentes en las válvulas nativas fueron Staphylococcus sp. (37%: 24% Staphylococcus aureus y 13% SCN), seguidos de los Streptococcus sp. (23%) y de los Enterococcus sp. (11%). En las válvulas protésicas los microorganismos predominantes son Staphylococcus sp. (49%: Staphylococcus aureus 19% y SCN 30%), los Streptococcus sp. (19%) y los Enterococcus sp. (15%), (p=0.11, 0.60 y 0.57 respectivamente).

El número de pacientes sometidos a cirugía fue del 36% en las válvulas nativas y del 37% en las válvulas protésicas (p=0.95). La supervivencia tras cirugía de válvula nativa fue del 54%, mientras que la de las válvulas protésicas fue del 79% (p=0.04). La supervivencia global fue del 59% para las válvulas nativas y del 62% para las válvulas protésicas (p=0.75).

Discusión y conclusiones:

No hubo diferencias en la media de edad ni en las comorbilidades en los pacientes > 75 años con EI sobre válvula nativa respecto válvula protésica.

La endocarditis en posición aórtica es significativamente más frecuente en las válvulas protésicas en pacientes >75 años, y la EI sobre válvula mitral es significativamente más frecuente en las válvulas nativas.

La infección por Staphylococcus sp. es más frecuente en las válvulas protésicas sobre todo por SCN.

El número de pacientes sometidos a cirugía es similar entre los pacientes >75 años con EI sobre válvula nativa o protésica. No hubo diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes >75 años con EI sobre válvula nativa o protésica, aunque hubo mayor supervivencia en los pacientes intervenidos por EI sobre válvula protésica respecto válvula nativa.

P-06

¿PODEMOS ADMINISTRAR CEFTRIAXONA UNA VEZ AL DÍA MÁS AMPICILINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN TADE?

[1]Herrera-Hidalgo L.; [2]de Alarcón A.; [3]López-Cortes LE.; [2]Luque-Márquez R.; [2]López-Cortes LF.; [2]Gutierrez-Valencia A.; [1]Gil-Navarro MV.

[1]Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain

[2]Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain

[3]Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena/CSIC/Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Seville, Spain

Justificación:

La combinación de ampicilina y ceftriaxona es uno de los tratamientos de elección para la endocarditis infecciosa (EI) por Enterococcus faecalis. Para la adaptación de esta pauta de tratamiento a programas de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) es necesario asegurar una correcta exposición a este antibiótico. (Trabajo continuación de la comunicación nº 16 de la SEICAV 2019).

Objetivos:

Determinar si la administración de la dosis recomendada de ceftriaxona en una dosis única diaria de 4 gramos proporciona las concentraciones plasmáticas libres necesarias (Cs=5 mg/L) para mantener durante 24 horas la actividad sinérgica de ceftriaxona y ampicilina.

Material y Métodos:

Ensayo clínico fase II en voluntarios sanos, abierto y cruzado, dividido en dos fases de tratamiento secuenciales con un periodo de lavado de 7 días entre ellas. El tratamiento consistió en 2 gramos de ceftriaxona cada 12 horas (2 dosis) en la fase A y 4 gramos de ceftriaxona en dosis única en la fase B. Durante ambas fases se tomaron muestras sanguíneas durante 24 horas y se midió la concentración plasmática total (C) y libre de ceftriaxona (L-C). Las concentraciones de ceftriaxona fueron determinadas mediante LC-MS/MS, con un método validado según los criterios de la FDA.

Resultados:

Doce voluntarios (cinco mujeres) fueron reclutados y completaron ambas fases. La mediana de edad e IMC fueron 28 años y 26.1 kg/m2, respectivamente. No se observaron efectos adversos o alteraciones analíticas grado 3 o 4.

La media de la concentración de ceftriaxona 24 horas después de la primera dosis total (C24h) y libre (L-C24h) fue 83.39 ± 25.90 mg/L (rango 47.98-135.73) y 3.59±1.35 mg/L (rango 1.43-5.72) en la fase A y 34.60 ± 11.16 mg/L (rango 18.50-51.07) y 1.40±0.62 mg/L (rango 0.5-2.38) en la fase B, respectivamente. Solo 3 voluntarios mantuvieron concentraciones libres por encima de Cs durante 24 horas en la fase A y ninguno en la fase B. El 90% de los voluntarios mantuvieron L-C similares a Cs durante el 50% (6 horas) y el 33% (8 horas) del intervalo terapéutico en la fase A y B respectivamente. La exposición total medida mediante AUC0-24 fue similar en ambas fases y los valores medios fueron3319.6 ± 614.3 mg.h/L en fase A y 3035.4 ± 573.3 mg.h/L en fase B (p=0.266). El porcentaje de unión a proteínas plasmáticas (UPP) varió en función de los cambios en la concentración total. 30 minutos después de la administración de 4 gramos el UPP fue del 78.46% y a las 24 horas del 95.83%. El UPP medio cuando la concentración fue inferior a 100 mg/L fue 95.47±1.14%.

Conclusión:

La administración de 4 gramos de ceftriaxona en dosis única reduce el tiempo de exposición a concentraciones de ceftriaxona similares a la Cs. Sin embargo, ninguno de los dos regímenes consiguió mantener concentraciones libres por encima de este valor durante 24 horas, por lo que son necesarios nuevos estudios para determinar cuál es la exposición óptima a ceftriaxona.

P-07

PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA TRAS LA CREACIÓN DE UN EQUIPO ENDOCARDITIS.

Santos Seoane, S.; León Duran, D.; Helguera Amezua, C.; Gonzalez Sanchez, MT.; Toranzo, J.; Santos Hernández, S.; Rodríguez Prida, J.; Linares Hernández, R.; Rodríguez Vega, S.; Rodriguez Guardado, A.;

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Justificación:

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos la endocarditis infecciosa continúa siendo una patología con importante morbimortalidad asociada. La creación e implantación de equipos multidisciplinares integrados al menos por infectólogos, cardiólogos y cirujanos cardiacos ha demostrado ser una herramienta útil en el control de esta patología.

Objetivos:

Se describe el primer año de experiencia tras la creación de un equipo endocarditis en el Hospital Universitario de Cabueñes con especial hincapié en su influencia en el tratamiento, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Material y Métodos:

Revisión retrospectiva de todos los casos de endocarditis diagnosticados en el Hospital Universitario de Cabueñes, un hospital de 500 camas, entre los años 2016-2020. Se comparan los datos, especialmente los relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la endocarditis entre los años 2016-2018 previos a la creación 324del equipo con los correspondientes a los años 2019-2020

Resultados:

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 47 pacientes (38% de ellos durante el último año), 68% varones, edad media. Las principales enfermedades subyacentes eran diabetes (17%), neoplasias (19%), hipertensión (46.8%), cardiopatías previas (51%), EPOC (10,5%). Dieciséis pacientes eran portadores de una válvula protésica.

El 63% de las infecciones fueron sobre válvula nativa. Los microorganismos más frecuentes fueron los Staphylococccus spp (SAMS en 13 casos, SAMR en 2, SCN en 4), seguidos de Enterococcus faecalis (8 casos) y Streptococcus grupo viridans (5 casos). No hubo diferencias significativas en las características de los pacientes entre los dos periodos de tiempo. Diecinueve pacientes del primer periodo de tiempo desarrollaron complicaciones en forma de Insuficiencia cardiaca, arritmia y abscesos frente a 6 en el

segundo periodo de tiempo (p=0.040; OR: 4.0714 [1.0572- 15.6796]. Nueve pacientes fallecieron a consecuencia de la infección sin diferencias significativas entre ambos periodos de tiempo. Aunque no hubo diferencias significativas, la creación del equipo permitió disminuir la estancia media (25±13 versus 30±16 días), la duración de los síntomas previo al diagnóstico de infección (8±5 versus 13±10 días) y el tiempo hasta el diagnóstico definitivo (4±3 versus 6±3). El tiempo transcurrido entre la positivización del hemocultivo y la realización de la ecocardiografía fue de un día.

Conclusión:

A pesar del escaso tiempo transcurrido, la creación del equipo endocarditis en nuestro centro ha disminuido la tasa de complicaciones asociadas a la enfermedad junto con la estancia media y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de la infección apoyando la utilidad de esta aproximación multidisciplinar a la endocarditis infecciosa

P-08

ENDOCARDITIS POR SALMONELLA SER CHOLERAESUIS: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rodriguez Guardado, A.; León Duran, D.; Fernandez Hernadez, N.; Gonzalez Sanchez, MT.; Helguera Amezua, C.; Alvarez Gonzalez, C.; Rodriguez Lucas, C.; Santos Hernandez, S.; Linares Hernandez, R.; Santos Seoane, S.

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

Justificación:

Las endocarditis por Salmonella spp son una entidad infrecuente, cuyo tratamiento y pronostico son aun inciertos.

Objetivo:

Se describe el caso de una paciente con endocarditis por Salmonella ser choleraesuis y se hace una breve revisión de la literatura.

Resultados:

Mujer de 82 años que ingresa por celulitis secundaria a infección de ulceras en MSIS acompañada de escalofríos y tiritona. En la exploración física destaca la presencia de un soplo mitral sistólico III/VI. Celulitis en MID con ulceras sobreinfectadas. Resto anodino. Analítica al ingreso: leucocitos 18360 (N92.2%), hemoglobina, plaquetas y coagulación normales. Glucosa, iones y pruebas de función hepática y renal normales PCR 99.1.Procalcitonina 13.09. Radiolografia tórax:: Cardiomegalia. Resto normal. Se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam que recibió durante 48 horas. Microbiología informo del aislamiento en ulceras de un Enterobacter cloacae multisensible y en hemocultivos (6/6 botellas) de Salmonella var choleraesuis solo resistente a septrim. Se solicitó ecocardiograma que mostró: AI severamente dilatada (41 cm2). VD normofuncionante, VI de grosor normal, dilatado (DTD 5.9 cm) con disfunción severa FEVII (25%), VAo esclerocalcificada sin gradiente transvalavular significativo. VM con calcificación del anillo, con engrosamiento de velo septal y con imagen vibratil a nivel de cara auricular adherido al anillo que impresiona de vegetación. IM central severa. IT masiva. PSAP de 40 mm de Hg+PVC, Aorta normal Cava dilatada 23 mm. Se inició ceftriaxona que se mantuvo durante 6 semanas asociada a gentamicina durante los primeros 15 días. El coprocultivo fue negativo Los Hemocultivos realizados a las 72 horas y semanalmente durante el ingreso fueron todos negativos. La paciente a lo largo del ingreso presentó un episodio de insuficiencia cardíaca que evolucionó favorablemente con intensificación del tratamiento diurético, realizándose ecocardiograma de control a los 15 días de iniciado el tratamiento que

muestra desaparición de la imagen de vegetación mitral. Fibrosis engrosamiento focal de velo septal. Resto de estudio igual. Se realizó un TAC toracoabdominal y ecodoppler de MSIS que descartaron la presencia de émbolos sépticos o pseudoaneurismas.
La paciente ha sido seguida durante 4 meses sin datos de recidiva. La revisión de la literatura realizada muestra que las endocarditis por Salmonella suponen un 0.01-2,9% de las endocardits. Suele ser más frecuente en hombres con una edad media entre los 50-60 años y afectan habitualmente a la válvula mitral. Un 10,6% de los casos puede presentar un absceso perivalvular La mortalidad es variable entre el 42-13%.

Conclusión:

Aunque rara la endocarditis por Salmonella se asocia a importante mortalidad y presencia de complicaciones en forma de absceso. En nuestro caso el tratamiento con ceftriaxona asociada a gentamicina los primeros 15 días consiguió resolver la infección de la paciente.

P-09

EFICACIA IN VITRO DE NUEVAS PAUTAS ANTIBIÓTICAS EN LA ENDOCARDITIS (EI) POR ENTEROCOCCUS FAECALIS CON ALTA RESISTENCIA A LOS AMINOGLICÓSIDOS.

García-González, J.; Roig, E.; García de la Mària, C.; Cañas, MA.; Dahl, A.; Almela, M.; Falces, C.; Hernández-Meneses, M.; Moreno, A.; Miró, JM.;

Hospital Clínic-IDIBAPS. Barcelona

Justificación:

Las endocarditis enterocócicas suponen un 10-15% del total de EI. La presencia de cepas multirresistentes a los aminoglucósidos (HLAR), los betalactámicos y a la vancomicina son cada vez más frecuentes y en estos casos es necesario el tratamiento con nuevas combinaciones de antibióticos.

Objetivos:

Comparar in vitro la actividad de ampicilina más ceftriaxona con las combinaciones de daptomicina con ceftarolina, ertapenem o fosfomicina en seis cepas de E. faecalis con elevado nivel de resistencia a los aminoglucósidos; tres sensibles a DAP (DS) y tres con capacidad de perder la sensibilidad a DAP (DNS).

Material y métodos:

Se estudiaron las cepas DNS: EFAE-188; EFAE-466 y EFAE-871 y DS: EFAE-324, EFAE-727 y EFAE-916 de la colección de cepas de casos de EI de nuestro hospital. Se determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) y concentración mínima bactericida (CMB) de los antibióticos daptomicina (DAP), ampicilina (AMP), ceftarolina (CTL), ceftriaxona (CTR), ertapenem (ERT) y fosfomicina (FOM) por microdilución en caldo. Se realizaron estudios de sinergia mediante curvas de letalidad (TKC), utilizando dos inóculos: estándar (IS: 1,5 x 105 ufc/mL) y elevado (IE: 108 ufc/mL [equivalente a la densidad de ufc/gr de vegetación que se encuentra en una vegetación madura]). Los antibióticos se estudiaron en el intervalo de concentraciones de 1/4xCMI a 1xCMI. En los aislados recuperados de las combinaciones a las 24h, se determinó la CMI de daptomicina para detectar posibles apariciones de aislados DNS.

Resultados:

Todas las cepas fueron sensibles a AMP (CMI ≤ 4 µg/mL), CTL (CMI ≤ 4 µg/mL), ERT (CMI ≤ 32 µg/mL), DAP (CMI = 1 µg/mL). 2 cepas presentaron FOM CMI ≤ 32 µg/mL y cuatro CMI > 32 µg/mL. Todas las cepas fueron resistentes a CTR (CMI > 256 µg/mL). Respecto a los resultados del estudio de sinergia por TKC, la combinación de AMP + CTR a IS se

mostró sinérgica en 5/6 cepas y bactericida en 2/6. A IE 4/6 cepas fueron sinérgicas y 2/6 bactericidas. DAP+CTL a IS fue sinérgica en todos los casos y bactericida en 4/6 cepas. En el IE 2/6 cepas retuvieron la sinergia y solo 1/6 fue bactericida. La combinación de DAP+ERT a IE fue sinérgica en todas las cepas y bactericida solo en 2/6. A IE, fue indiferente frente a todas las cepas. DAP+FOM a IS presentó sinergia en todos los casos y fue bactericida en 3/5 cepas. En el IE se perdió la sinergia en todos los casos. No se detectaron recuperados DNS en ninguna de las combinaciones.

Conclusión:

En conclusión, las combinaciones de AMP+CRO y DAP +CTL, ERT o FOM fueron sinérgicas frente a la mayoría de cepas y bactericidas en cerca del 33% de cepas estudiadas con inóculo estándar. Sin embargo todas las combinaciones fueron indiferentes frente al inóculo elevado, aunque ninguna cepa desarrolló resistencia a la daptomicina. La eficacia de estas pautas se determinará en el modelo in vivo de endocarditis experimental.

P-10

LA ECMO VA EN EL POSTOPERATORIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA

Luján Valencia, JE.; Ruiz Lera, M.; Burgos Palacios, V.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Justificación:

La cirugía en la endocarditis infecciosa muchas veces es fundamental para el control de la infección y complicaciones locales, sin embargo, puede tener una mortalidad elevada. Muchas deben realizarse de forma urgente-emergente en insuficiencia cardiaca refractaria, inestabilidad hemodinámica e infección activa. La terapia con la ECMO VA ofrece un soporte circulatorio con el objetivo de esperar a la recuperación del paciente.

Objetivo:

Resultados del uso de la ECMO VA en pacientes sometidos a cirugía por endocarditis infecciosa.

Métodos:

Se analiza los pacientes que requirieron implante de la ECMO VA después de una cirugía de endocarditis infecciosa, desde el año 2010 a 2020 en un centro terciario.

Resultados:

Se implantaron 12 sistemas ECMO VA. La edad media fue de 66,18 (10,6 DS) años y donde 10 (83,3%) eran varones. En todos los pacientes el implante se realizó como puente a la recuperación, consiguiéndose dicho objetivo en 4 (33,3%) pacientes y la supervivencia al alta hospitalaria fue encontrada en 3 (25%). La indicación principal fue por imposibilidad de salida de bomba extracorpórea en quirófano en 8 (67%) de los casos y la presencia de shock mixto refractario en el postoperatorio inmediato 4 (33%). Es de resaltar que todos los pacientes tenían o una complicación local extensa por la endocarditis o presentaron complicaciones intraoperatorias (sangrado) lo cual prolongo los tiempos de isquemia y circulación extracorpórea con la aparición de shock mixto por la combinación del shock distributivo (92%), shock postcardiotomia (83%), shock cardiogénico (75%) y coagulopatía (58%). Cuando analizamos las variables entre supervivientes y exitus, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas posiblemente debido al escaso tamaño de la muestra. Sin embargo, los pacientes que presentaron una mortalidad en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas) tenían el siguiente perfil mayor

de 80 años, intervenido de forma emergente por ICC refractaria y shock mixto o coagulopatía antes del implante de la ECMO VA.

Conclusiones:

La ECMO VA es una terapia de soporte utilizada en el postoperatorio complicado de endocarditis infecciosa. Debido a la supervivencia del 25% en nuestra serie, la presencia de ciertas variables podría ayudar a la elección del paciente que realmente podría beneficiarse de esta terapia y evitar el ensañamiento terapéutico.

P-11

ENDOCARDITIS POR ECN SOBRE VÁLVULA NATIVA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Dumitru Dumitru T.; Guirao Balsalobre MC.; Garcia Perez, A.; Bruno Perez, T.; Campos Rodriguez, V.; Cobos Trigueros, N.; Sanchez Alacaraz B.

Hospital General Universitario Santa Lucia. Cartagena. Murcia

Justificación:

Los Estafilococos coagulasa negativos (ECN) son los microorganismos aislados con mayor frecuencia en la endocarditis protésica temprana. En cambio, afecta en pocas ocasiones a las válvulas nativas (<10% en las series más recientes). Hay escasos y antiguos datos en la bibliografía sobre la endocarditis nativa izquierda por ECN, por lo que su perfil es poco conocido. A continuación se presentan dos casos de Endocarditis infecciosa (EI) por ECN y nuestra experiencia en su manejo en el Hospital Universitario General Santa Lucia (HUSL) en Cartagena.

Objetivos:

Realizar una revisión de la literatura más actual empleada como referencia para el manejo de la EI por ECN y aportar la experiencia práctica en esta patología adquirida en nuestro centro a propósito de dos casos.

Material y Métodos:

Se recogen de forma retrospectiva dos casos de pacientes diagnosticados con EI por ECN en el año 2020 en nuestro centro HUSL y se realiza una discusión en base a la literatura existente más actual para el manejo de esta patología.

CASO 1: Varón de 43 años con antecedentes personales de HTA, coartación de aorta y aneurisma de aorta descendente en seguimiento por cirugía vascular (ACV), enfermedad de Scheuermann crónica (cifosis acentuada de >70o) y discopatía degenerativa.

En una de las revisiones de su coartación aórtica y aneurisma, se ve progresión del tamaño de la misma y se incluye al paciente en lista de espera quirúrgica. Para ello, se deriva al H. Vinalopó de Elche donde como parte del estudio preoperatorio le realizan ecocardiograma en el que se observan valvulopatías significativas e imágenes compatibles con "posible endocarditis", por lo que vuelven a derivar al HUSL para completar estudio. Al entrevistar al paciente, describe que desde hace medio año aproximadamente ha empeorado su capacidad funcional de manera significativa, presentando disnea de moderados esfuerzos que le han obligado a interrumpir su actividad física. Sin otra sintomatología acompañante. Ante los hallazgos de alteraciones valvulares de grado severo no conocidas e imágenes móviles a nivel valvular de etiología

a filiar en paciente con empeoramiento de clase funcional se decide ingreso para completar estudio.

A la exploración física el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y en la auscultación cardíaca destacaba un soplo pansistólico multifocal. Resto anodino. En las pruebas complementarias destacaba PCR 5.93 y en ecocardiografía, válvula mitral con prolapso de velo anterior, imagen de cuerda rota vs verruga de endocarditis, válvula aórtica trivalva con imagen hiperecogénica prolapsando en el TSVI e IAo moderada.

En el contexto de sospecha de EI, solicitaron hemocultivos, que resultaron positivos en 3⁄4 para cocos gram positivos en racimos (con intervalo de >1h entre dos de ellos), por lo que se realizó interconsulta a Medicina Infecciosa (MIF). Con el resultado de los hemocultivos se planteó tratamiento empírico con cloxaxilina + daptominica

Reinterrogando al paciente, contaba antecedente de infiltración analgésica en columna lumbar que precedió al inicio de los síntomas, lo que nos podría dar el origen del cuadro. En antibiograma aparece un S. epidermidis sensible a cloxacilina, cumpliendo por tanto el paciente criterios de Duke para EI. Se sacaron hemocultivos cada 48h y se mantuvo daptomicina hasta la negativización de los mismos. Se presentó el caso a cirugía que acepta la intervención de sustitución valvular. El paciente completó 4 semanas de tratamiento intravenoso con cloxacilina desde el momento del recambio valvular y tratamiento secuencial hasta completar 6 semanas con: linezolid + levofloxacino según antibiograma.

CASO 2: Varón de 40 años con antecedente de HTA, DLP, obesidad, bronquitis crónica, SAOS, Hiperuricemia y miocardiopatía hipertrófica apical con obstrucción dinámica severa y NYHA III.

Acude a urgencias por aumento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos, junto oliguria y edematización de MMII de forma progresiva desde hacía 3 semanas.

En la exploración física se encontraba hemodinamicamente estable aunque con tendencia a la hipotensión. Afebril. En la auscultación cardíaca destacaba soplo sistólico III/IV en área aórtica y mesocardio con R2 conservado. En auscultación respiratoria presentaba crepitantes basales húmedos. Mínimos edemas en miembros inferiores. Resto anodino.

En las pruebas complementarias destacaba analítica con PCR en 6.19 ecocardiografía transtorácica con hallazgos de miocardiopatía hipertrófica apical con obstrucción intraventricular severa ya conocida y aparición de insuficiencia mitral (IM) severa con imagen de cuerda rota. En ecocardiografía transesofágica se confirmó IM severa por imagen de rotura de cuerda junto imágenes vegetantes filiformes que sugerían origen infeccioso.

En el contexto de sospecha de EI se solicitaron hemocultivos que resultaron positivos para para cocos gram positivos en racimos, coagulasa negativos, en 3 de 4. Se realizó

interconsulta a MIF y se inició tratamiento dirigido con Daptomicina. Posteriormente se confirmó la presencia de S. epidermidis Oxacilina sensible por lo que se mantuvo tratamiento definitivo con Daptomicina. Debido a la mala evolución del paciente que persistía con clínica de insuficiencia cardíaca grave se decidió traslado a HUVA para intervención quirúrgica de recambio valvular por lo que se perdió seguimiento con tratamiento antibiótico definitivo tras cirugía.

Discusión y Resultados:

Ante estos dos casos y los resultados de los hemocultivos positivos para S. epidermidis en ambos es cuando surge la pregunta: ¿Qué tan frecuente es una EI por S. epidermidis sensible a cloxacilina en un paciente sin válvula protésica ni valvulopatía previa conocida?

En estudios recientes se analizan casos de endocarditis izquierda nativa por ECN y se observa que: los ECN son los microorganismos que más habitualmente aparecen en hemocultivos positivos. Salvo en portadores de materiales extraños, como prótesis o catéteres intravasculares, su aislamiento suele atribuirse a la contaminación de la muestra. Esta actitud podría llevar a infravalorar la importancia del ECN como causa de endocarditis en los pacientes sin cardiopatía conocida y provocar un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento, con el consiguiente aumento de su morbilidad y mortalidad. Las endocarditis por ECN suelen producirse a través de bacteriemias de focos cutáneos (heridas, abscesos, catéteres), aunque en muchos casos éstas son silentes y pasan inadvertidas, no llegando a determinarse una puerta de entrada de la infección. Aunque clásicamente la EVN por ECN se consideraba una infección casi exclusivamente de origen comunitario, se ha descrito con anterioridad un aumento de los casos nosocomiales. Este hecho ha sido favorecido por la inmunodepresión farmacológica y por el uso de técnicas y tratamientos hospitalarios agresivos y prolongados, como las sondas y catéteres intravenosos para la administración de fármacos, nutrición parenteral o diálisis, que facilitan la aparición de bacteriemias de flora normal de la piel por la rotura de la barrera defensiva cutánea. Todo esto explica la disminución de pacientes con cardiopatía previa que se halla respecto a publicaciones más antiguas. La infección es generalmente subaguda y es llamativo el alto porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca que se relaciona con que la afección valvular y del aparato subvalvular es un hecho frecuente. Esto hace que la cirugía cardíaca sea necesaria en muchos casos. La endocarditis protésica por ECN está generalmente provocada por microorganismos resistentes a meticilina adquiridos en el ámbito hospitalario. En cambio, la mayoría de los casos de EVN por ECN son sensibles a meticilina, hasta el 76% en algunas series. Por otro lado en cuanto a pronóstico, a pesar de que en series más antiguas se afirmaba que esta enfermedad evolucionaba favorablemente en la mayoría de los casos con tratamiento médico y no dejaba secuelas, los resultados de estudios

recientes sugieren que la EVN por ECN es una enfermedad con un pronóstico sombrío más parecido al de la endocarditis por S. aureus que a la de S. Viridans.

Otra cuestión a tratar a propósito de estos dos casos es la posibilidad de tratamiento vía oral ya que el tratamiento antibiótico se debe mantener hasta completar las 4-6 semanas y no menos de dos semanas después de la cirugía si el cultivo de la válvula resecada es negativo. Si el cultivo de la válvula fuera positivo, se debe mantener hasta 4-6 semanas después de la cirugía.

Ante este tratamiento antibiótico tan prolongado, en un paciente joven ¿es posible el tratamiento vía oral en domicilio? Un estudio reciente de principios de 2019, POET TRIAL (Partial Oral Treatment of Endocarditis) aborda precisamente esta cuestión en el que en pacientes con EI con al menos 10 días de tratamiento antibiótico endovenoso cumplido y estables comparaban continuar tratamiento intravenoso vs pasar a tratamiento vía oral obteniendo datos de no inferioridad para el tratamiento vía oral, independientemente de edad, sexo, comorbilidades, válvula protésica o nativa y afectación mitral o aórtica.

Conclusiones:

La EI por S. epidermidis sobre válvula nativa no es tan infrecuente como se creía y ha aumentado en los últimos años, probablemente en relación con el incremento de procedimientos intervencionistas. A esto se suma que la incidencia general de la EI está aumentando, por lo que cabe esperar que cada vez veamos más casos en nuestros centros. Tanto por su magnitud como por su gravedad se trata por tanto de un problema de salud que es preciso continuar estudiando. Por último, según la evidencia más reciente es seguro el tratamiento antibiótico oral parcial en las EI del lado izquierdo causada por E. Faecalis, S. Aureus, SCN y Streptococcus, en pacientes estables, que han cumplido 10 días de tratamiento intravenoso, lo que acorta estancias hospitalarias y disminuye problemas derivados de la hospitalización en estos pacientes que originalmente precisaban antibioterapias intravenosas prolongadas durante semanas.

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

4. Avales Científicos y Colaboradores

Avales científicos

El IX Congreso de la Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares cuenta con el aval científico de las siguientes Sociedades Científicas:

SECCE

Colaboradores

ANGELINI

correvio

MSD

Pfizer

SEICAV
Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

5. Información General

PARTICIPACIÓN:

Todas las personas inscritas en el Congreso recibirán, al mail con el que se inscribieron, una invitación por parte de la empresa OSIBERIA TECNOLOGUIES que incluye las claves de acceso a la plataforma on-line para asistir al congreso virtual.

CERTIFICADOS:

Asistencia:

Los certificados de asistencia serán enviados por la Secretaría Técnica vía e-mail en formato PDF a todas las personas que lo soliciten y hayan cumplimentado el cuestionario de satisfacción.

Créditos:

Los certificados de créditos serán enviados de forma electrónica una vez la Organización haya recibido la resolución por parte de la Agencia Acreditadora, a aquellos asistentes que hayan cumplido con la asistencia requerida (100%) y hayan cumplimentado debidamente el cuestionario de satisfacción. La Secretaría Técnica enviara los certificados vía email cuando estén disponibles.

Comunicaciones:

Finalizado el Congreso los certificados de comunicaciones serán enviados por la Secretaría Técnica a los autores en formato electrónico (archivo PDF).

Ponentes y Moderadores:

Finalizado el Congreso los certificados a los ponentes y moderadores serán enviados por la Secretaría Técnica por mail en formato electrónico (archivo PDF).

SECRETARÍA TÉCNICA:

C/ Marcelino Sanz de Sautuola, nº 2
39003 Santander. Cantabria. España.
T: **942 240 156**
congresos@viajesaltamira.com

altamira congresos

IX CONGRESO

SEICAV 2020

EDICIÓN VIRTUAL
16/17 OCTUBRE
XIII REUNIÓN GAMES

Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

SEICAV

Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares