

gía cardiaca. Todos los pacientes recibieron una mediana de 28,5 días (IQR 21-38) de otros antibióticos antes de la dalbavancina. La mediana de tratamiento con dalbavancina fue de 2 semanas (IQR 2-4) y en 12 (85.7%) de los casos se administró de forma ambulatoria. La respuesta clínica se consideró satisfactoria en todos los pacientes (no hubo mortalidad, reinfecciones, ni recidiva a los 6 meses de seguimiento). Se detectó algún efecto adverso en 2 pacientes (hiperbilirubinemia y urticaria) que no precisaron la suspensión del fármaco.

**Conclusión** Nuestro estudio sugiere que dalbavancina es un fármaco seguro y bien tolerado como tratamiento secuencial de endocarditis infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.057>

### P-003

#### ENDOCARDITIS POR KYTOCOCCUS SEDENTARIUS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS



Dacil García Rosado, María Del Mar Alonso Socas, M Antonia Miguel Gómez, Juan Lacalzada Almeida, César Pablo Prada Arrondo, Remedios Alemán Valls, Ana López Lirola, Ricardo Pelazas González, Fermín Rodríguez Moreno, Juan Luis Gómez Sirvent

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife

**Justificación:** *Kytococcus sedentarius* (antiguo género *Micrococcus*) es un coco grampositivo aeróbico ubicuo en piel y mucosas, considerado como contaminante habitual en muestras clínicas. Se han descrito pocos casos en la literatura de endocarditis por *Kytococcus*.

**Objetivo:** Presentamos 2 casos de endocarditis infecciosa por *Kytococcus sedentarius* sobre válvulas protésicas. Caso 1. Mujer de 75 años, independiente para las actividades de la vida diaria (IAVD), diabética con buen control metabólico, valvulopatía reumática con sustitución valvular mitral y aórtica en junio 2016. Ingresa en junio del 2018 por fiebre de 3 días de evolución, en 4/6 hemocultivos se aísla *Kytococcus sedentarius*. En la ETE se observa masa vegetante 0,7 cm sobre válvula protésica aórtica con mínima disfunción valvular. Recibió tratamiento con vancomicina, gentamicina y rifampicina durante 2 semanas y vancomicina y rifampicina durante 6 semanas más, sin complicaciones. ETT/ETE al finalizar el tratamiento ausencia de vegetaciones e IA moderada. Reingresa a los 30 días del alta anterior, en EAP por insuficiencia aórtica severa, requiriendo cirugía. Los hemocultivos de este ingreso y la PCR de la válvula fueron negativos. No ha presentado complicaciones posteriores. **Caso 2.** Mujer de 87 años, sin deterioro cognitivo, IAVD. Sustitución valvular aórtica por prótesis biológica en agosto del 2016. La paciente ingresa en agosto del 2018 por deterioro general de dos semanas de evolución y en urgencias se objetiva fiebre. En 3/3 hemocultivos se aislaron *Kytococcus sedentarius*. En la ETE describen imagen sugestiva de absceso en el anillo subvalvular aórtico que afecta al septo y en el TAC cardiaco no observan absceso sino pseudoaneurisma 0,7 cm intercoronaria subvalvular aórtica. Se solicita valoración a Cirugía Cardiaca que desestima nueva intervención por la edad. Se inicia vancomicina y rifampicina, pero presenta intolerancia digestiva a rifampicina y rash a vancomicina, por lo que continuó con daptomicina 12 mg/kg/día, con inesperada buena respuesta clínica y sin complicaciones. Se traslada a Hospitalización a Domicilio (HDO) para continuar tratamiento antibiótico, hasta cumplir 8 semanas, permaneciendo asintomática. A los 3 días

del alta de la HDO, reingresa en el centro por IAM anterior. En ETE se observa engrosamiento periprotésico con gradiente muy elevado. Evoluciona hacia shock cardiogénico, falleciendo.

**Conclusiones:** Describimos dos casos de endocarditis por *Kytococcus sedentarius* sobre válvula protésica con mala evolución clínica. En la mala evolución clínica habría que considerar, entre otros factores, el retraso en el diagnóstico por la malinterpretación de los resultados microbiológicos. La extracción adecuada de hemocultivos y la información clínica al microbiólogo es fundamental para poder discriminar entre colonización y patógeno en los aislamientos de bacterias con difícil interpretación clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.058>

### P-004

#### RIESGO DE INFECCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRACARDÍACOS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA TARDÍA. ANÁLISIS EN UN COHORTE NACIONAL



Lucía Boix Palop<sup>1</sup>, Beatriz Dietl<sup>1</sup>, Esther Calbo<sup>1</sup>, Mariona Xercavins<sup>2</sup>, Pedro María Martínez Pérez-Crespo<sup>3</sup>, María Luisa Cantón<sup>3</sup>, Jesús Rodríguez Baño<sup>3</sup>, Luis Eduardo López Cortés<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Mutua, Terrassa

<sup>2</sup> CatLab Microbiología, Barcelona

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Justificación:** El riesgo de infección de los dispositivos intracardíacos (iDIC) por siembra hematológica en el transcurso de un episodio de bacteriemia (EB) tardío (> de 1 año después de la implantación) está poco definido, sobre todo cuando la bacteriemia es por organismos distintos de *S. aureus*. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de iDIC por siembra hematológica durante un EB tardío e identificar los factores de riesgo asociados a su presentación.

**Tabla 1**

Comparación EB tardíos con y sin iDIC

Variables	iDIC N = 39 (20,9%)	No iDIC N = 148 (79,1%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad (años), mediana (RIC)	77 (72-84)	78 (71-84)	0,96		
Sexo masculino	28 (71,8)	95 (64,2)	0,37		
Índice de Charlson ajustado, mediana (RIC)	6 (4-8)	6 (5-7)	0,28		
Tipo DIC - Prótesis valvular - Marcapasos/DAI - Ambos	22 (56,4) 11 (28,2) 6 (15,4)	68 (46) 70 (47,3) 10 (6,76)	0,23 0,03 0,09	0,56 (0,26-1,22)	0,15
Tiempo desde última manipulación (años), mediana (RIC)	4,79 (2,66-7,33)	4,66 (2,71-7,57)	0,95		
Adquisición - Extrahospitalaria - Hospitalaria	29 (74,4) 10 (25,6)	89 (60,1) 59 (39,9)	0,11 0,11		
Bacteriemia mes previo	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Etiología: - Gram positivos- <i>S. aureus</i> - <i>Enterococcus</i> spp. - <i>S. epidermidis</i> - Gram negativos - <i>P. mirabilis</i> - <i>P. aeruginosa</i> - <i>S. marcescens</i>	37 (94,9) 11 (28,2) 11 (28,2) 3 (7,69) 1 (2,56) 1 (2,56) 0 0	54 (36,5) 19 (12,8) 15 (10,1) 3 (2,03) 91 (61,5) 4 (2,7) 4 (2,7) 0	0,001 0,02 0,004 0,11 0,001 3 (2,03) 0,01	3,28 (1,25-8,6) 3,69 (1,37-9,96)	0,02 0,01
Foco de origen: - Urinario - Respiratorio - Abdominal - Desconocido - Otros	1 (2,56) 2 (5,13) 0 17 (43,6) 18 (46,2)	56 (37,8) 11 (7,43) 22 (14,9) 21 (14,2) 38 (25,7)	0,001 1 0,009 0,001 0,51	3,47 (1,49-8,07)	0,004
Bacteriemia persistente	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Ingreso UCI	8 (20,5)	16 (10,8)	0,11		
Días ingreso, mediana (RIC)	18 (4,5-41)	13 (6,5-27)	0,53		
Exitus relacionado	12 (30,8)	20 (13,5)	0,01		

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

**Material y métodos: Diseño:** Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico realizado en 23 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 tardío. 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. Se definió como EB tardío si ocurría más de un año después de la implantación o última manipulación del DIC.

**Análisis estadístico:** Univariante y multivariante mediante regresión logística. Resultados: Se identificaron 317 EB en pacientes portadores de DIC, 187 (56,2%) fueron EB tardíos. Un total de 39 (20,9%) pacientes presentaron iDIC durante un EB tardío. Destacar que la incidencia de iDIC en los EB tardíos producidos por cocos Gram positivos fue del 40,7% (37/91). [tabla 1](#)

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.059>

#### P-005

### ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE AÓRTICA ASCENDENTE



Antonio Ramos Martínez, Jorge Calderón Parra, Silvia Blanco Alonso, Marta Cobo Marcos, Ana Fernández Cruz, Begoña Rodríguez Alfonso, Carlos Martín López, Alberto Forteza Gil

HU Puerta de Hierro, Majadahonda

**Justificación:** La literatura no ha establecido de forma consistente los criterios de cirugía en pacientes con endocarditis infecciosa de prótesis de aorta ascendente (PAA).

**Objetivo:** Analizar el pronóstico de los pacientes con EPAA en función del tipo de tratamiento (quirúrgico o conservador)

**Método:** Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes diagnosticados de endocarditis sobre PAA (EPAA) desde enero de 2013 a septiembre de 2018 en un hospital de referencia de cirugía cardíaca. Inicialmente, se comparó la etiología de la infección en función del momento de aparición (precoz, primer año tras el implante; tardía, después del primer año). Posteriormente se analizaron las características y pronóstico durante el ingreso de los pacientes en función del tratamiento recibido.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se detectaron 21 casos de EPAA. La edad media de los pacientes fue de 64 años (RIC 51,5-74 años). Todos los pacientes menos uno (94,7%) eran varones. Once pacientes (57,9%) presentaban tubo de aorta valvulado (procedimiento de Bentall), cinco pacientes (26,3%) tenían un tubo de aorta supraavalvular y tres pacientes (17,8%) reemplazado de la raíz aórtica manteniendo la válvula aórtica natural (procedimiento de David). El tiempo medio desde la implantación fue de 47 meses (RIQ 4,5-83,5 meses). Siete episodios (33,3%) fueron diagnosticados durante el primer año después de la cirugía original de PAA y cinco de ellos (71,4%) se consideraron adquiridos en el hospital. Durante el primer año se diagnosticaron tres episodios debidos a *Staphylococcus epidermidis* ( $p=0,026$ ). Todos los casos causados por *Streptococcus gallolyticus* y *Cutibacterium acnes* fueron diagnosticados durante el período tardío. Las indicaciones de los pacientes intervenidos fueron: absceso periprotésico (8 casos), pseudoaneurisma (4 casos), regurgitación aórtica grave (2 casos), insuficiencia cardíaca (2 casos), fístula (1 caso). Doce casos (57,1%) fueron intervenidos. Dos de ellos (16,7%) murieron durante la hospitalización debido a la inestabilidad hemodinámica después de

la cirugía. Nueve episodios (42,9%) se trataron de forma conservadora. En un caso con indicación quirúrgica (infección por *Candida parapsilosis*) se desestimó la intervención presentar un riesgo quirúrgico muy elevado. En los restantes 8 episodios (38,1%) que se trataron de forma conservadora, no había indicación quirúrgica según las actuales. Todos los pacientes tratados de forma conservadora presentaron una evolución favorable durante el ingreso. No se detectaron recidivas de la infección durante el seguimiento de 6 meses en los pacientes dados de alta del hospital. En la tabla adjunta se muestran algunas características de los pacientes en función del tipo de tratamiento. [Tabla 1](#)

**Tabla 1**

Características de los pacientes con endocarditis infecciosa de prótesis de aorta ascendente conforme al tipo de tratamiento

	Tratamiento conservador (n=9)	Tratamiento quirúrgico (n=12)	p
Edad, mediana (RIQ): (años)	71 (62,5-83)	52,5 (38-67)	0,011
Sexo masculino (%)	9 (100)	11 (91,7)	1
Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado por edad, mediana (RIQ)	6 (3,5-7)	2 (1-4)	0,024
Infección adquirida en el hospital	4 (44,4%)	2 (16,7%)	0,331
Infección precoz	3 (33,3)	4 (33,3)	1
Fiebre	7 (77,8)	12 (100)	0,171
Insuficiencia cardíaca	2 (22,2)	2 (16,7)	1
Embolia cerebral	1 (11,1)	1 (8,3)	1
Embolia no neurológica	1 (11,1)	1 (8,3)	1
Hallazgos de la técnica de imagen			
Vegetación	2 (33,3)	7 (4,7)	0,184
Regurgitación aórtica severa	1 (11,1)	2 (16,7)	1
Absceso periprotésico	0	8 (66,7)	0,005
Pseudoaneurisma	0	4 (33,3)	0,083
Fístula	0	1 (8,3)	1
Euroscore	16 (14-18)	11,5 (11-14)	0,094
Mortalidad hospitalaria	0	2 (16,7)	0,657

**Conclusiones:** En pacientes con EPAA se pueden aplicar de forma exitosa los criterios de indicación quirúrgica incluidos en las guías de endocarditis vigentes. La mortalidad en esta serie fue baja tanto en los pacientes intervenidos como en los tratados sólo con antibióticos

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.060>

#### P-006

### Resultados contemporáneos de la endocarditis infecciosa activa protésica izquierda operada en la fase activa: Estudio prospectivo de 142 casos



Alejandro Fernández-Cisneros, Elena Sandoval, Marta Hernández-Meneses, Daniel Pereda, Manuel Castellà, Cristina Ibáñez, Irene Rovira, Jaume Llopis, José María Miró, Eduard Quintana

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Justificación:** En los últimos años ha aumentado la incidencia de endocarditis infecciosa protésica (EIP) aguda y ha cambiado su epidemiología, afectando más a pacientes añosos con más comorbilidades, lo que se ha asociado a una mayor morbimortalidad. A pesar de ello, la cirugía cardíaca mejora el pronóstico de la EIP.

**Objetivo:** Revisar los resultados de pacientes operados de EIP izquierda en fase aguda en un centro terciario con *Endocarditis Team*.

**Método:** Se recogieron de forma prospectiva pacientes con EIP izquierda sometidos a cirugía cardíaca en la fase activa de la EI (<4 semanas) desde mayo 2014 hasta septiembre 2019. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas basales,