

(157 vs. 83), mientras que SGG fue más frecuente (114 vs. 47) en HULA. Finalmente, 20 episodios de EI por EF/SGG en 20 pacientes fueron analizados. Ocho (80%) eran hombres, la edad media en el primer episodio fue de 69,6 años. La media de seguimiento fueron 68 meses. En 8/10 episodios iniciales, SGG fue el microorganismo causante y se hicieron colonoscopias a 8 pacientes, en 6 de las cuales se hallaron NCR; en los otros dos casos se diagnosticaron NCR bien antes o después del episodio índice. Durante el segundo episodio, se realizaron colonoscopias en 6 pacientes, hallando NCR en 5, y múltiples adenomas se hallaron en una colonoscopia posterior del paciente con endoscopia normal. Se detectaron NCR en 3/4 pacientes sometidos a colonoscopias durante el seguimiento, y el restante sufrió una obstrucción intestinal debida a un carcinoma colorrectal.

Conclusiones: Parece existir una asociación relevante entre SGG y EF en la EI recurrente. La alta prevalencia de NCR sugiere que el daño de la pared intestinal juega un papel predisponente. Estos hallazgos enfatizan la importancia de realizar colonoscopias tanto en el primer episodio como en los subsiguientes de EI por SGG y EF.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.013>

18

Actividad *in vitro* de Daptomicina con Ceftarolina Frente Aislados de *S. Epidermidis* Causantes de Endocarditis Infecciosa

C. García-de-la-Mària, M. Hernández-Meneses, M.A. Cañas, J. García-González, J. Ambrosioni, C. Falces, E. Quintana, F. Marco, A. Moreno, J.M. Miró

Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona

Introducción: *Staphylococcus epidermidis* es el patógeno más común que causa endocarditis sobre dispositivos intracardíacos y también sobre válvula nativa. Este microorganismo se caracteriza por producir cuadros clínicos más prolongados. En nuestro entorno más de la mitad de las cepas aisladas de *S. epidermidis* presentan resistencia a la meticilina (SERM), además de una tasa creciente resistencia a múltiples antibióticos como rifampicina y gentamicina; así como el incremento de la prevalencia de resistencia intermedia a gluco péptidos (GISE), limitando las opciones terapéuticas justificando la investigación de nuevas pautas antibióticas.

Objetivos: Evaluar la actividad *in vitro* mediante estudios de sinergia de daptomicina (DAP) en combinación con ceftarolina (CTL) en cepas de *S. epidermidis* con resistencia a la meticilina (SERM) y con resistencia intermedia a los gluco péptido (GISE).

Material y métodos: En este estudio se evaluaron cinco cepas SERM (SERM-125, SERM-158, SERM-317, SERM-337 y SERM-375) aisladas de pacientes con endocarditis infecciosa en el Hospital Clínic de Barcelona y una cepa GISE (NRSA-6), que se obtuvo a través de la Red de Resistencia Antimicrobiana en *S. aureus* (NARSA). Se llevó a cabo la determinación de la concentración mínima inhibitoria (CMI) para DAP y CTL utilizando el método de microdilución en caldo. El estudio de sinergia para evaluar la actividad de DAP + CTL se realizó mediante curvas de letalidad a dos inóculos: estándar (10^5 ufc/ml) y elevado (10^8 ufc/ml) equivalente a la densidad de bacterias en las vegetaciones maduras. Los antibióticos se estudiaron a concentraciones iguales a 1 xCMI.

Resultados: Todas las cepas de SERM fueron sensibles a ambos antibióticos (DAP [CMI: 0.25-1 #mg/mL] y CTL [CMI: 0.25-1 #mg/mL]). Sin embargo, la cepa GISE presentó resistencia intermedia a DAP (CMI: 2 #mg/mL) y fue sensible a CTL (CMI: 0.5 #mg/mL). El estudio de sinergia mostró que a inóculo estándar las combina-

ciones de DAP + CTL, presentaron sinergia y actividad bactericida para las seis cepas (100%). Frente al inóculo elevado, el efecto de sinergia y la actividad bactericida se mantuvieron en tres de seis cepas (50%) incluida la cepa GISE. En ningún caso se observó un efecto antagonico.

Conclusiones: Los resultados obtenidos *in vitro* muestran que DAP en combinación con CTL frente a las cepas de SERM y GISA presentaron sinergia y efecto bactericida a inóculo estándar y en la mitad de los casos se mantuvo a inóculo elevado. En una siguiente fase se estudiará la eficacia de esta pauta antibiótica en el modelo *in vivo* de endocarditis experimental por SERM y GISE.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.014>

8

Endocarditis polimicrobiana, ¿una entidad real? Análisis de nuestra cohorte de endocarditis HGUGM 2008-2020

A. Estévez^{1,2}, M. Machado^{1,2,3}, M. Valerio^{1,2}, C. Sánchez^{1,2}, M. Marín^{1,2,3}, I. Adán^{1,2}, E. Bouza^{1,2,3,4}, A. Mari Hualde⁵, B. Pinilla⁶, P. Muñoz^{1,2,3,4}, en nombre del GAME-HGUGM

¹ Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

² Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid

³ CIBEREnfermedadesRespiratorias-CIBERES, Madrid

⁴ Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁵ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

⁶ Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Premio a la Mejor Comunicación Oral del X Congreso SEICAV

Introducción: La identificación de más de un microorganismo en los hemocultivos (HC) o material valvular/protésico de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) oscila entre el 1 y el 7% en la literatura. Sin embargo, la correcta definición de EI polimicrobiana (EIP) es problemática, ya que el hecho de aislar múltiples microorganismos (EIMAM) en alguna muestra no supone por sí mismo un criterio de certeza de su papel causal. Por otro lado, debido a la rareza que supone la EIP, no se dispone de suficiente información sobre sus características clínicas y pronósticas en comparación a la EI monomicrobiana (EIM).

Objetivos: Comparar las características clínicas y pronósticas de los pacientes con EIP y EIMAM en una cohorte de un hospital terciario de Madrid y proponer unos criterios de endocarditis polimicrobiana más estrictos, que consideren la robustez de los resultados microbiológicos obtenidos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de la EIMAM en la cohorte del HGUGM en el periodo 2008-2020. Creación de una clasificación de EIP en pacientes con criterios de EI: "de certeza", identificación en la válvula cardíaca o material protésico de más de un microorganismo mediante PCR 16S independientemente de los HC; "probable", aislamiento en los HC de más de un microorganismo, no considerados contaminantes, sin disponer de válvula o material protésico; "posible", aislamiento en los HC de más de un microorganismo, no considerados contaminantes, uno de los cuales no es agente causal típico de EI o no se encuentra en todos los HC positivos, "excluida", positividad en la PCR 16S de la válvula o material protésico de tan solo un microorganismo, independientemente de los HC.

