

carditis infecciosa, permitiendo regímenes más cómodos y sencillos conservando la eficacia y seguridad de las pautas convencionales. Este fármaco lipogluco péptido está aprobado para infecciones de piel y partes blandas por cocos gram positivos, aunque su efectividad en el tratamiento de bacteriemia y endocarditis por cocos gram positivos pueden respaldar su utilización en estos escenarios.

Objetivo: Describir los casos de endocarditis infecciosa tratados con DBV en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de los casos de endocarditis diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena y que han recibido DBV como parte de su régimen terapéutico. El periodo analizado es de un año, desde junio de 2022 a junio de 2023.

Resultados: Nuestra serie incluye 5 pacientes, -3 mujeres y 2 varones-, con una edad media de 68 años (rango 46-90). Las localizaciones son: aórtica protésica (n=2), mitral nativa (n=2) y multivalvular nativa (aórtica y tricuspídea) (n=1). La etiología predominante es enterocócica (80%): *E. faecalis* (n=3), *E. faecium* (n=1), *S. agalactiae* (n=1). Se trata de pacientes con elevada comorbilidad siendo el índice de Charlson medio de 3,8 (0-7). Más de la mitad de los pacientes tiene insuficiencia cardíaca previa o coincidente con el episodio de endocarditis. En todos los casos fue desestimada actitud quirúrgica generalmente por comorbilidad, y tampoco fueron susceptibles de hospitalización domiciliaria, empleando dalbavancina para favorecer el alta precoz. La dosis recibida de DBV fue 1.500 mg por dos dosis (n=3) y 1.500 mg dosis única (n=2), tras un periodo de antibioterapia parenteral con las pautas de elección entre 2 y 4 semanas. Ningún caso presentaba bacteriemia al momento de recibir DBV. Todos los pacientes han evolucionado de manera favorable.

Conclusiones: La mayor parte de nuestros pacientes tratados con DBV presentan elevada comorbilidad y situación de fallo cardíaco. DBV se ha mostrado eficaz como terapia de consolidación y ha permitido un alta precoz en estos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.027>

26-ID: 25

Manejo y factores pronósticos de la endocarditis infecciosa protésica en hospitales sin cirugía cardíaca en cataluña: estudio retrospectivo (2009-2018)

S. Calzado^{1,2,*}, M. Hernández-Meneses³, J. Llopis⁴, L. Boix-Palop⁵, J. Díez de los Ríos⁶, J. Cuquet⁷, G. García⁸, E. Quintana², O. Gasch^{1,2}, J.M. Miró³, Central Catalonia 10 Endocarditis Teams (CC10ET)

¹ Hospital Universitari ParcTaulí, Sabadell

² Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona

³ Hospital Clínic-IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona

⁴ Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universitat de Barcelona, Barcelona

⁵ Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

⁶ Hospital de Vic, Barcelona

⁷ Hospital General de Granollers, Barcelona

⁸ Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

*para correspondencia.

Justificación: En la última década se ha observado un aumento de los casos de endocarditis infecciosa sobre válvulas protésicas (EIVP). Se desconocen las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EIVP diagnosticados y tratados en centros sin cirugía cardíaca.

Objetivo: Analizar la EIVP diagnosticada en ocho centros de Cataluña Central sin cirugía cardíaca en un periodo de diez años.

Método: Se recogieron retrospectivamente los casos de EIVP de ocho hospitales comunitarios (2009-2018) según los criterios diagnósticos de la Sociedad Europea de Cardiología (2015). Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico. Se evaluaron los factores asociados a la cirugía cardíaca y los factores pronósticos de mortalidad mediante regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 118 episodios de EIVP, 5 (4%) diagnosticados el primer mes y 24 (20%) en el primer año después de la cirugía valvular. Del total de EIVP, 70 (59%) correspondían a prótesis valvular biológica, 44 (37,3%) a mecánica y 3 (2,5%) a TAVI. 51 (43,2%) pacientes fueron trasladados al centro de referencia de cirugía cardíaca. A 55 (47%) se les indicó cirugía cardíaca pero finalmente fueron operados 31 (26,3%). La mortalidad global intrahospitalaria y al año fueron del 21% y 29%, respectivamente. Las EIVP tardías se adquirieron con mayor frecuencia en la comunidad (58% vs. 87%, $p < 0,01$), fueron causadas por estreptococos del grupo *viridans* (23 vs. 4%, $p < 0,01$) o bacterias gramnegativas (5 vs. 0%, $p = 0,02$) y hubo mayor afectación de válvulas protésicas mecánicas (44 vs. 13%, $p < 0,01$). Se realizó cirugía cardíaca en 29 (31%) EIVP tardías frente a 2 (8%) EIVP precoces ($p < 0,01$). La mortalidad de la EIVP precoz y de la EIVP tardía intrahospitalaria y al año fueron del 25% y 20% y 30,4% y 28%, respectivamente. Los pacientes que fueron operados eran más jóvenes (68 vs. 77 años, $p < 0,001$), presentaban puntuaciones de Charlson inferiores (3 vs. 5 puntos, $p = 0,001$) y más EIVP tardías (90 vs. 76%, $p = 0,03$) que los no operados. Además, tuvieron regurgitación más grave (32 vs. 5%, $p < 0,01$), mayor tamaño de la vegetación (9 vs. 2,5 mm, $p = 0,001$), abscesos (42 vs. 9%, $p = 0,001$) y embolias sistémicas (39 vs. 17%, $p = 0,03$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad hospitalaria ni al año. La mortalidad hospitalaria se asoció con la falta de tratamiento quirúrgico a pesar de la indicación (OR 4,28 [1,32-13,8]), mientras que la mortalidad al año se asoció con el índice de Charlson (OR 1,23 [0,99-1,54]) y la falta de manejo quirúrgico (OR 4,21 [1,24-14,20]).

Conclusiones: El 80% de EIVP diagnosticadas en centros sin cirugía cardíaca fueron tardías. Una alta proporción de pacientes con EIVP tenía indicación quirúrgica valvular y fueron derivados al centro quirúrgico de referencia. Sin embargo, se operaron menos de la mitad de casos. El índice de Charlson y la falta de cirugía se asociaron a un peor pronóstico al año.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.028>

27-ID: 26

Infecciones en pacientes con dispositivos de asistencias para ventrículo izquierdo de larga duración

F. Arnaiz de las Revillas^{1,*}, M. Gutiérrez-Cuadra¹, A. Canteli², A. Sarralde³, C. Castrillo², V. Tascón³, C. González Rico¹, M. Cobo Beláustegui¹, C. Fariñas¹

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, CIBERINFEC

² Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

*para correspondencia.

Introducción y objetivos: Las asistencias ventriculares de larga duración (AVLD) han irrumpido en España como un tratamiento útil en la insuficiencia cardíaca avanzada. El objetivo de este tra-