

Tabla 1
Características basales de los pacientes incluidos en la PITm

Characteristic	Control ARM (n = 167)	Experimental ARM (n = 164)
Age, mean (SD)	71.9 (12.2)	–12.8
Female gender	71 (42.5)	64 (39.0)
Charlson index, median (IQR)	3 (1–5)	2.5 (1–4)
Congestive heart failure, n (%)	21 (12.6)	19 (11.6)
Chronic pulmonary disease, n (%)	29 (17.4)	21 (12.8)
Solid organ neoplasm, n (%)	54 (32.3)	55 (33.5)
Hematologic neoplasia, n (%)	2 (1.2)	3 (1.8)
Diabetes, n (%)	64 (38.3)	56 (34.1)
Chronic kidney disease, n (%)	39 (23.4)	37 (22.6)
Obstructive uropathy, n (%)	15 (9.0)	18 (11.0)
Chronic liver disease, n (%)	19 (11.4)	18 (11.0)
Obstructive biliary pathology, n (%)	38 (22.8)	29 (17.7)
Inflammatory intestinal pathology, n (%)	6 (3.6)	4 (2.4)
Immunosuppressive drugs, n (%)	17 (10.2)	30 (18.3)
ICU admission 30 days before, n (%)	12 (7.2)	4 (2.4)
Full dependence for basic activities, n (%)	19 (11.4)	13 (7.9)
Present infection, n (%)		
Community-acquired infection	79 (47.3)	89 (54.3)
Health care-associated infection	44 (26.3)	48 (29.3)
Nosocomial infection	44 (26.3)	27 (16.5)
Severity of infection at presentation, n (%)		
No sepsis	63 (37.5)	55 (33.5)
Sepsis	69 (41.3)	61 (37.2)
Severe sepsis	28 (16.8)	31 (18.9)
Septic shock	7 (4.2)	17 (10.4)
Source, n (%)		
Unknown	6 (3.6)	10 (6.1)
Urinary	65 (38.9)	61 (37.2)
Abdominal	14 (8.4)	16 (9.8)
Respiratory	2 (1.2)	2 (1.2)
Skin and soft parts	0 (0.0)	4 (2.4)
Catheter	12 (7.2)	7 (4.3)
Biliary	67 (40.1)	62 (37.8)
Other	1 (0.6)	2 (1.2)
Pitt score, median (IQR)	0 (0–1)	0 (0–2)
Time until randomization, median (IQR)	3 (2–6)	3 (2–4)
Length of intravenous therapy, median (IQR)	7 (6–8)	5 (3–7)
Length of oral therapy, median (IQR)	3 (0–6)	3 (0–6)
Length of therapy, median (IQR)	11 (9–14)	8.5 (6–12)
Oral antibiotic therapy after IV therapy, n (%)		
Ertapenem	2 (1.7)	0 (0.0)
Ciprofloxacin	92 (77.3)	20 (20.4)
Cefuroxime	17 (14.3)	26 (26.5)
Cefixime	1 (0.8)	12 (12.2)
TMX/SMX	2 (1.7)	6 (6.1)
Amox/clav	4 (3.4)	15 (15.3)
Amoxicillin	1 (0.8)	19 (19.4)

Tabla 2
Resultados principales en la PITm

Variables	Control ARM (n = 167)	Experimental ARM (n = 164)	Absolute difference (%)	95CI%	p- value
Clinical cure day 5	153 (91.6)	150 (91.5)	-0.10	[-0.051, + ∞]	0.487
Microbiological cure day 5	150 (89.2)	146 (89.0)	-0.20	[-0.058, + ∞]	0.477
Clinical cure TOC, n (%)	154 (92.2)	144 (87.8)	-4.40	[-0.098, + ∞]	0.091
Clinical cure day 60	146 (87.4)	142 (86.6)	-0.80	[-0.068, + ∞]	0.414
Microbiological cure day 60	139 (83.2)	137 (83.5)	0.30	[-0.064, + ∞]	0.470
Death day 60	9 (5.4)	7 (4.3)	-1.10	[-0.049, + ∞]	0.320
Median length of admission (IQR)	9 (7–17)	10 (7–20)			
Relapse day 60	18 (10.8)	9 (5.5)	-5.30	[-0.102, + ∞]	0.039
Median length of therapy (IQR)	11 (9–14)	8.5 (6–12)			

Resultados: Durante el periodo de estudio (1984–2018) se registraron 233 infecciones locales y 147 sistémicas con una estancia media de 7 (RIQ: 4–14) y 24 (IQ: 14–41) días respectivamente. Un 20% de pacientes requirió más de un ingreso y un 25% más de un procedimiento quirúrgico. Se registraron 6 (2,5%) fallecimientos en el grupo de las infecciones locales y 16 (10,8%) en el de las sistémicas, y el coste medio fue de 21.790 € para las infecciones locales y de 34.086 € para las sistémicas, representando la estancia hospitalaria el 46 y 74% de los costes, respectivamente.

Conclusiones: Las infecciones sobre DIEC están gravadas con una mortalidad considerable en las infecciones locales y alta en las infecciones sistémicas, con unas estancias prolongadas y unos costes elevados.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.010>

7-ID: 220014

¿TIENEN LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS ARTICULAR MAYOR RIESGO DE DESARROLLO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRAS UNA BACTERIEMIA POR *S. AUREUS*?

S de la Rosa Riestra¹, PM Martínez Pérez-Crespo², I Fernández-Natal³, AJ Goikoetxea-Aguirre⁴, A Sousa-Domínguez⁵, C Armiñanzas-Castillo⁶, MÁ Morán Rodríguez⁷, J Fernández-Suárez⁸, JM Reguera-Iglesias⁹, A Jover-Saenz¹⁰, JM Sánchez-Calvo¹¹, C Natera Kindelán¹², I López Hernández¹, J Rodríguez Baño^{1,13}, LE López Cortés¹, en nombre del grupo PROBAC REIPI/GEIH-SEIMC/SAEI

¹ Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

² Hospital Universitario de Valme, Sevilla

³ Complejo Asistencial Universitario de León

⁴ Hospital de Cruces, Bilbao

⁵ Hospital Universitario de Vigo

⁶ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

⁷ Hospital Universitario de Burgos

⁸ Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

⁹ Hospital Regional de Málaga

¹⁰ Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida

¹¹ Hospital de Jerez de la Frontera

¹² Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

¹³ Departamento de Medicina, Universidad de Sevilla/CSIC, Sevilla

Justificación: La presencia de prótesis articular (PA) se considera criterio de bacteriemia complicada por *S. aureus*. Las guías recomiendan realizar al menos una ecocardiografía transtorácica, incluso sin otros factores de riesgo.

Objetivo: Estudiar la incidencia de endocarditis infecciosa y otras complicaciones sépticas tras una BSA en pacientes con PA.

Método: De la cohorte multicéntrica PROBAC de adultos con bacteriemia, se seleccionaron bacteriemias por *S. aureus* (BSA) cuyo origen no era una endocarditis (EI). Se hizo un análisis por regresión logística.

Resultados: Se incluyeron un total de 517 pacientes con BSA. En la **tabla 1** se representan las características basales en función de si portaban o no una PA. En el grupo de pacientes con PA la edad mediana fue mayor, los principales focos de la bacteriemia fueron el desconocido y el osteoarticular y la principal forma de adquisición fue la comunitaria. Mientras que en el grupo de pacientes sin PA, la

Tabla 1

	Total 517 (%)	Con prótesis articular 30 (%)	Sin prótesis articular 487 (%)	p
Sexo hombre	351 (67,9)	16 (53,3)	335 (68,8)	0,07
Edad mediana y RIQ	71 (58–81)	77 (72–84,7)	70 (57–81)	0,003
Pitt ≥ 2	88 (17)	10 (33,3)	78 (16)	0,014
Tipo de adquisición				0,039
Comunitaria	139 (26,9)	14 (46,7)	125 (25,7)	
Asociada a CCSS	176 (34)	10 (33,3)	166 (34,1)	0,15
Nosocomial	192 (37,1)	6 (20)	186 (34,1)	0,13
Foco				
Abdominal	1 (0,2)	0	1 (0,2)	0,94
biliar				
Abdominal no biliar	7 (1,4)	1 (3,3)	6 (1,2)	0,34
Catéter	157 (30,4)	2 (6,7)	155 (31,8)	0,004
Desconocido	103 (19,9)	11 (36,7)	92 (18,9)	0,018
Osteoarticular	43 (8,3)	8 (26,7)	35 (7,2)	0,002
Otros	13 (2,5)	1 (3,3)	12 (2,5)	0,54
Piel y partes blandas	97 (18,8)	5 (16,7)	92 (18,9)	0,76
Respiratorio	52 (10,1)	1 (3,3)	51 (10,5)	0,46
SNC	2 (0,4)	0	2 (0,4)	0,88
Urinario	22 (4,3)	1 (3,3)	21 (4,3)	0,79
MRSA	115 (22,2)			0,54
Comunitarias y foco desconocido	36 (7)	5 (16,7)	31 (6,4)	0,049
Complicaciones:				
El secundaria	3 (0,6)	0	3 (0,6)	0,83
Espondilodiscitis	4 (0,8)	0	4 (0,8)	0,78
Artritis	3 (0,6)	0	3 (0,6)	0,83
Absceso	3 (0,6)	0	3 (0,6)	0,83
Infección de prótesis articular	2 (0,4)	2 (6,6)	–	
Otras	7 (1,4)	1 (3,3)	8 (1,6)	0,41
Bacteriemia persistente	66 (12,2)	7 (23,3)	56 (11,5)	0,07
Exitus día 30	122 (23,6)	7 (23,3)	115 (23,6)	0,97

principal forma de adquisición fue la nosocomial y el foco más frecuente de la bacteriemia fue el asociado a un catéter. La presencia de complicaciones como EI, artritis, espondilodiscitis y abscesos fue mayor en el grupo de pacientes sin PA, pero sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa. El desarrollo de bacteriemia persistente fue mayor en el grupo de pacientes con PA, pero sin alcanzar tampoco diferencia estadísticamente significativa. En la [tabla 2](#) se representan los resultados del análisis bivariante mediante Regresión logística para el desarrollo de EI secundaria. El bajo número de pacientes que desarrollaron una endocarditis secundaria no nos permitió realizar un análisis multivariante. En la [tabla 3](#) se representan los resultados del análisis bivariante para desarrollo tras complicaciones. De nuevo, el reducido número de pacientes que desarrollaron una complicación séptica no nos permitió realizar un análisis multivariante.

Tabla 2

Resultados del análisis bivariante mediante Regresión logística para el desarrollo de endocarditis secundaria

	EI secundaria (%)	No EI secundaria (%)	p	OR	IC95%
Prótesis articular (PA)	0	30 (5,8)	0,8		
Dispositivos de estimulación cardíaca (MP/DAI)	2 (66,7)	37 (7,2)	0,016	25	2,2–291
Foco catéter	3 (100)	154 (30)	0,028	0,98	0,96–1
Foco desconocido	0	103 (20)	0,51		
Foco osteoarticular	0	43 (8,4)	0,77		
Adquisición	0,88				
Comunitaria	0	139 (27)			
Asociada a CCSS	1 (33,3)	175 (34)			
Nosocomial	2 (66,7)	190 (37)			
Comunitaria y foco desconocido	0	36 (7)	0,8		
Bacteriemia persistente	1 (33,3)	62 (12,1)	0,32		

Tabla 3

Resultados del análisis bivariante mediante Regresión logística para el desarrollo de otras complicaciones infecciosas (incluye espondilodiscitis, artritis, abscesos y otras complicaciones)

	Otra complicación distinta a EI (%)	Ninguna complicación (%)	p	aOR	IC95%
Prótesis articular (PA)	1 (5,3)	29 (5,8)	0,69	0,89	0,11–6,96
Dispositivos de estimulación cardíaca (MP/DAI)	3 (15,8)	36 (7,2)	0,16	2,4	0,67–8,6
Foco catéter	6 (31,6)	151 (30,3)	0,9		
Foco desconocido	7 (36,8)	96 (19,3)	0,07	2,44	0,93–6,3
Foco osteoarticular	0	43 (8,6)	0,18		
Adquisición	0,57				
Comunitaria	6 (31,6)	133 (26,7)			
Asociada a CCSS	8 (42,1)	168 (33,7)			
Nosocomial	5 (26,3)	187 (37,6)			
Comunitaria y foco desconocido	4 (21,1)	32 (6,4)	0,036	3,88	1,2–12,3
Bacteriemia persistente	8 (42,1)	55 (11)	0,001	5,8	2,25–15,1

Conclusiones: En nuestro estudio la presencia de una PA no se comporta como factor de riesgo para el desarrollo de EI u otras complicaciones sépticas. La principal limitación de nuestro análisis fue la utilización de una cohorte que no había sido diseñada para el estudio de EI y en la que no se disponía de algunos datos de relevancia como antecedentes de EI previa o presencia de valvulopatías y además el periodo de seguimiento ha sido solo de 30 días.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.011>

8-ID: 220015

UTILIDAD DE LA SONICACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE DISPOSITIVOS DE ELECTROESTIMULACIÓN CARDIACA



G. Martín-Gutiérrez, A. de Alarcón,
E. Gutiérrez-Carretero, J.A. Lepe

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Justificación: Existen numerosos estudios que han demostrado que la sonicación permite mejorar la rentabilidad del cultivo



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es