

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

microbiológico en el diagnóstico de las infecciones de dispositivos de electroestimulación cardíaca (DEC).

Objetivo: Analizar la utilidad de la sonicación para el diagnóstico microbiológico de las infecciones de DEC en comparación con los cultivos tradicionales.

Método: Se realizó una revisión sistemática hasta febrero de 2022 utilizando las herramientas Pubmed, EMBASE; Web of Science, y la Cochrane Library. Se seleccionaron todos aquellos estudios prospectivos y retrospectivos con suficiente información sobre los resultados de sensibilidad y especificidad tanto para cultivos tradicionales (tanto hisopo como cultivo del dispositivo) como para cultivos tras sonicación de muestras de los DEC. Se incluyeron pacientes con y sin diagnóstico clínico de infección del DEC, a los cuales se les practicó una extracción parcial o completa de los dispositivos. De los artículos seleccionados, se analizaron todos los resultados por duplicado. Para determinar la calidad de los estudios se utilizó la herramienta Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies 2. La precisión diagnóstica fue calculada mediante tres métodos estadísticos: i) el modelo univariado; ii) el modelo bivariado aleatorio; iii) el modelo bayesiano bivariado jerárquico. La heterogeneidad de los datos obtenidos se evaluó mediante meta-regresión.

Resultados: En total, 9 estudios cumplían los criterios de inclusión en el metaanálisis (1.684 cultivos). Las estimaciones de sensibilidad fueron mayores para los cultivos sonicados (0,756) en comparación con el cultivo tradicional (0,446). Comparando los dos tipos de cultivos tradicionales, se observó una mayor sensibilidad para los cultivos microbiológicos de los dispositivos en comparación con los cultivos realizados con hisopo (0,5 vs. 0,374), pero con una menor especificidad (0,831 vs. 0,908). En la meta-regresión, la sonicación de los DEC incrementó significativamente la sensibilidad ($p=0,001$) así como las tasas de falsos positivos ($p=0,003$). El modelo multivariante final mostró que la utilización de un punto de corte para el cultivo se asoció a un menor porcentaje de resultados falsos positivos ($p<0,001$).

Conclusiones: La sonicación mejora la sensibilidad del cultivo microbiológico, pero incrementando a su vez la tasa de falsos positivos. Sin embargo, es necesario estandarizar el proceso de sonicación para mejorar el diagnóstico de las infecciones de los DEC.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.012>

9-ID: 220018

EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS DE LA MICROBIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN PROTÉSICA VASCULAR EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

L. Ramos-Merino¹, B. Castelo-López¹,
L. Gutiérrez-Fernández¹, M. Rodríguez-Mayo²,
JM. Serrano-Arreba¹, E. Sánchez Vidal¹,
E. Míguez Rey¹, M.D. Sousa Regueiro¹

¹ Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario A Coruña

² Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario A Coruña

Justificación: La infección de la prótesis vascular (IPV) continúa siendo una complicación temida por sus consecuencias devastadoras. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinar, con un complicado planteamiento quirúrgico y un tratamiento antimicrobiano prolongado. El conocimiento de los microorganismos potencialmente causantes de la IPV es imprescindible para el tratamiento adecuado de los pacientes, aunque la epidemiología bacteriana y los mecanismos de infección son aún en gran parte desconocidos.

Objetivo: Analizar los patrones microbiológicos de la infección de prótesis vascular en localización aórtica y periférica. Valorar los cambios evolutivos a lo largo del tiempo.

Método: Estudio retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con IPV en un hospital de tercer nivel, entre enero 2009 y julio 2022. Los episodios de IPV se estratificaron en aórticos (Ao) o periféricos (infrainguinal y axilo-femoral) y en infecciones precoces (<4 meses desde el implante) y tardías (≥ 4 meses). Se compararon 2 períodos: 2009-2015 vs. 2016-2022. Solo se consideraron los casos con cultivo positivo y para evitar duplicidad, solo se incluyó el primer episodio.

Resultados: Se incluyeron un total de 150 pacientes con un episodio con cultivo positivo (33 Ao, 117 periféricos). La media de edad fue de 69 ± 11 años y el 85% fueron hombres. Se presentaron de forma precoz el 32% de las IPV-Ao frente al 61% de las IPV-periféricas ($p=0,005$). En 11 episodios se detectó la presencia de fístula Ao-entérica (FAE). Los microorganismos más frecuentes fueron los estafilococos (53%) y *Pseudomonas* sp (12%). Globalmente, el 38% de las infecciones fueron polimicrobianas. La prevalencia de estreptococos fue mayor en las infecciones Ao (36 vs. 9%, $p<0,001$); sin embargo, al excluir los episodios de FAE no se observaron diferencias significativas en la distribución de microorganismos según la localización del *bypass*. Al comparar los 2 períodos de estudio (2009-2015, $n=85$ vs. 2016-2022, $n=65$), se objetivó un descenso en la presencia de SARM (19 vs. 8%, $p=0,052$) y de enterobacterias-BLEE ($n=6$, todas en el primer período). En cambio, se observó un aumento significativo en el aislamiento de *Enterococcus* sp (9 vs. 22%, $p=0,037$; fundamentalmente *E. faecium*) y *P. aeruginosa* (4 vs. 26%, $p<0,001$).

Conclusiones: Las infecciones periféricas se presentan precozmente desde la cirugía de revascularización y las aórticas de forma más tardía, lo que apoya un diferente mecanismo de infección en ambos grupos. El presente trabajo muestra que la microbiología de las IPV ha cambiado durante el período de estudio, con un aumento de los enterococos y *P. aeruginosa* y un descenso de SARM y productores de BLEE. Estos hallazgos subrayan la importancia de conocer la epidemiología de las IPV y su evolución a lo largo del tiempo para alcanzar el tratamiento óptimo de los pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.013>

10-ID: 220027

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES EN DIEC CON EL DISPOSITIVO TYRX. ANÁLISIS DE COSTE EFICACIA RETROSPECTIVO EN UNA COHORTE

A. de Alarcón, E. Gutiérrez-Carretero, A. Ortiz,
E. Arana, R. Luque, M. García de la Borbolla

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Justificación: La infección sobre DIEC supone un importante coste no exento de morbilidad. La envoltura antibiótica TYRXX (Medtronic) ha demostrado un 50% de reducción en el número de eventos, pero su uso no se ha difundido debido quizás al elevado coste (1.000 €).

Objetivo: Nuestro objetivo es analizar si en determinados pacientes, la prevención mediante colocación de una envoltura antibiótica podría ser una estrategia coste-efectiva.

Método: Análisis de una cohorte de 380 pacientes con infección de DIEC atendidos en un mismo centro durante el periodo 1984-2018 (antes de la implantación del TYRXX) y seguidos durante un mínimo de dos años tras la infección. Se catalogó a los pacientes como de “alto riesgo” si tenían un PADIT score >6 o habían sufrido una infección previa y se realizó el coste de cada evento (estancia/asistencia, material de extracción, coste de nuevos dis-



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es