

Sesiones Bibliográficas en Enfermedades Infecciosas.
Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche.

[Information Delay of Significant Bloodstream Isolates and Patient Mortality: A Retrospective Analysis of 6225 Adult Patients With Bloodstream Infections.](#)

Berta Fidalgo, Laura Morata, Celia Cardozo, Ana del Río, Javier Morales, Mariana Fernández-Pittol, José Antonio Martínez, Josep Mensa, Jordi Vila, Alex Soriano, Climent Casals-Pascual. Clinical Infectious Diseases, Volume 77, Issue 5, 1 September 2023, Pages 680–686, <https://doi.org/10.1093/cid/ciad243>

Las bacteriemias siguen siendo a día de hoy un reto médico con una mortalidad del 15-30%. Fidalgo et al. argumentan en este artículo que informar sobre un hemocultivo positivo en tiempo real a los especialistas, sobre todo cuando se tratan de bacterias de crecimiento rápido, puede influir en la mortalidad a 30 días de los pacientes con bacteriemias. Para ello realizaron un estudio de cohortes retrospectivas, con un total de 6225 pacientes, del 2013 al 2019 en el Hospital Clinic de Barcelona, en el que compararon la mortalidad a 30 días de pacientes cuyos hemocultivos habían sido positivos a lo largo de la jornada laboral y por ende se informó inmediatamente al especialista, y de pacientes cuyos hemocultivos habían resultado positivos al terminar la jornada laboral y por lo tanto su comunicación al especialista se demoró hasta el día siguiente. Aunque el análisis inicial del estudio (en el que se evaluaron las bacteriemias por toda clase de bacterias) no demostró diferencias estadísticamente significativas con la mortalidad a 30 días (OR, 1.18; CI 95%, .99–1.42), un subanálisis posterior demostró que el retraso de información en los pacientes con bacteriemias por microorganismos de rápido crecimiento como son las Enterobacterias se asoció a un aumento significativo de la probabilidad de muerte, tanto en el análisis univariante (OR 1,76, IC95% 1,30-2,38) como en el multivariante (OR 2,22 IC 95% 1,50-3,30).

[Evaluation of the 2023 Duke-ISCVID and 2023 Duke-ESC Clinical Criteria for the Diagnosis of Infective Endocarditis in a Multicenter Cohort of Patients With Staphylococcus aureus Bacteremia.](#)

Matthaios Papadimitriou-Olivgeris, Pierre Monney, Michelle Frank, Georgios Tzimas, Piergiorgio Tozzi, Matthias Kirsch, Mathias Van Hemelrijck, Robert Bauernschmitt, Jana Epprecht, Benoit Guery, Barbara Hasse. Clinical Infectious Diseases, Volume 78, Issue 3, 15 March 2024, Pages 655–662, <https://doi.org/10.1093/cid/ciae003>

Con el fin de estandarizar el diagnóstico de endocarditis infecciosas (EI), en 1994 se introdujeron los criterios Duke que desde entonces han sido objeto de múltiples revisiones. Papadimitriou-Olivgeris et al. en este artículo evalúan la precisión diagnóstica de estos criterios actualizados en las últimas revisiones del 2023 por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas Cardiovasculares (ISCVID), en comparación con la última revisión del 2015.

Para ello realizan un estudio multicéntrico con tres cohortes del Hospital Universitario de Lausanne (CHUV) y del Hospital Universitario de Zurich (USZ) de pacientes con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (SAB), evaluando el grado de concordancia entre la EI definitiva por *S. aureus* (SAIE) y los diagnósticos realizados por los médicos especialistas. Los resultados mostraron que los criterios Duke-ISCVID 2023 y Duke-ESC 2023 presentan una mayor sensibilidad en comparación con la última revisión del año 2015 ([81%; IC95% 77-84%] y [82%; IC95% 78-85%] vs [71%; IC95% 71-78%] respectivamente) pero una menor especificidad ([96%; IC95% 95-97%] y [96%; IC95% 95-97%] vs [99%; IC95% 98-99]). Una razón para este aumento de sensibilidad y esta pérdida de especificidad es que a pesar de que muchos de los nuevos criterios, como el engrosamiento de las valvas, se asociaron con SAIE ($p < 0.01$), no son indicadores específicos de EI y cuando se excluían los pacientes que ya cumplían otros criterios de Duke-ESC de 2015 estos nuevos criterios perdían fuerza estadística ($p < 0.068$).

False-Reactive Fourth-Generation Human Immunodeficiency Virus Testing in Cancer Patients

Chia-Yu Chiu, Khalis Mustafayev, Micah M Bhatti, Ying Jiang, Bruno P Granwehr, Harrys A Torres. Clinical Infectious Diseases, Volume 78, Issue 3, 15 March 2024, Pages 674–680.

Las pruebas diagnósticas de VIH de cuarta generación, al detectar tanto anticuerpos frente al VIH 1 y 2 y el antígeno de la proteína p24 ofrecen una mayor sensibilidad que las pruebas anteriores, pero todavía presentan una tasa de falsos negativos de hasta el 20%, siendo más frecuente en embarazadas y pacientes añosos. Chia-Yu Chiu et al. investigan la tasa de falsos positivos y los factores predictores para ello en una población poco estudiada, los pacientes oncológicos. Para ello realizan un estudio retrospectivo en el que examinan a pacientes oncológicos del MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas (entre 2016 y 2023) en la que se les realizó un screening para VIH con un inmunoassay de cuarta generación. De los 43 637 pacientes a los que se les realizó el cribado, 272 presentaron un resultado positivo, siendo un tercio de esos resultados (29%) falsos positivos, lo que supuso un distrés mental para el 26% de estos pacientes. Los factores predictores para un resultado falso positivo fueron ser mayor de 60 años (OR 6,983; IC95% 3,412-14,293, $p < 0,01$), ser mujer (OR 6,060; IC95% 2,843-12,920, $p < 0,01$) y haber recibido tratamiento quimioterápico con derivados de plantas alcaloides (paclitaxel, docetaxel, vinblastine, y vincristine) (OR ,87; IC95% 1,251-6,583, $p = 0,013$). Sólo la coinfección por sífilis resultó ser un factor predictor de un resultado verdadero positivo (OR 0,046; IC95% 0,003-0,840, $p = 0,038$).

Sesión del día 05/04/2024: **Clinical Infectious Diseases.**

Comentario de **Nuria Ena Valls**. Residente de Medicina Interna, Hospital Gral. Univ. de Elche