



I-044 - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Sánchez Chica¹, J. Calderón Parra¹, A. Asensio Vegas², V. Castro Urda³, J. Toquero Ramos³ y A. Ramos Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Preventiva; ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

Resumen

Objetivos: Las infecciones asociadas a dispositivos cardíacos implantables (DCI) están aumentando en los últimos años, en mayor proporción al aumento del uso de los mismos. El objetivo de este estudio es conocer las características de los pacientes que sufren estas infecciones en un hospital de tercer nivel así como su etología.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas pertenecientes a los pacientes sometidos al primoimplante, revisión, actualización o recambio de un marcapasos permanente (MP), un desfibrilador automático implantable (DAI) o un dispositivo de resincronización cardíaca (TRC) entre enero de 2009 y diciembre de 2015.

Resultados: Se realizaron 2.323 implantes en 2.193 pacientes, produciéndose 33 episodios infecciosos en 31 pacientes (1,4%). Los pacientes con infección de DCI fueron varones un 73%, con edad media de 65 años ($\pm 2,5$ DE) y un índice de comorbilidad de Charlson de 4,7 ($\pm 0,5$ DE). Como factores de riesgo cardiovascular, el 20% fumaba y el 36,7% eran ex-fumadores; el 72,7% hipertensos y el 30,3%, diabéticos. En cuanto a antecedentes cardiológicos, el 66% tenía insuficiencia cardíaca, 36% fibrilación auricular, 24,2% cardiopatía isquémica y el 18% portaba una prótesis valvular. Un 27% presentaba enfermedad renal crónica, 9% hepatopatía y 6% inmunodepresión. La mayoría portaban un TRC 43%, seguido de MP 39% y DAI 18%. La infección se produjo en el primer año desde la implantación en un 66,6% de los casos, cursando como infecciones del bolsillo un 33%; mientras que un 67% presentaron endocarditis asociada a cable, según los criterios de Duke modificados. Un 27,3% de dichas endocarditis presentaba infección concomitante del bolsillo. Los signos clínicos más frecuentes fueron la fiebre 51%, la inflamación del bolsillo 51%, decúbito del generador 27%; embolismo pulmonar 15%. En cuanto a cambios analíticos, 73% tenían aumento de reactantes de fase aguda, 45% fracaso renal agudo y 21% alteración del perfil hepático. A nivel ecocardiográfico, se hallaron signos compatibles con endocarditis en 20 de los casos. Hubo bacteriemia en 36%; encontrando la misma en el 50% de las endocarditis por cable, frente al 10% de las infecciones de bolsillo. El 50% de las bacteriemias fueron por estafilococos coagulasa negativa (ECN); 41,7% por *S. aureus*; y casos aislados por *S. agalactiae* y bacilos gramnegativos (BGN). El 40% de las bacteriemias por estafilococos fueron meticilin-resistente, todos ellos ECN. Se tomaron cultivos del generador, los cables y la piel de 29 pacientes y en el 89,6% se aisló algún microorganismo. En el 58,6% de los pacientes estos cultivos fueron positivos para ECN; 20,7% para

S. aureus; 6,9% para BGN; casos aislados de *Candida* spp. y anaerobios. En nueve pacientes los cultivos fueron polimicrobianos. Se identificó resistencia a metilina en el 76% de los ECN y el 16,7% de los *S. aureus* en estos cultivos. En total, el 76% de los casos fueron causados por estafilococos; 6% BGN; y 3% estreptococos, anaerobios y hongos; en un 9% no se identificó ningún microorganismo. Hubo multirresistencias en un 58% de las infecciones. La mortalidad fue del 10% durante el ingreso y del 20% al año.

Discusión: Las infecciones asociadas a DCI conllevan importante morbi-mortalidad y gasto sanitario; por ello es importante conocer las características de los pacientes que sufren esta patología, el tipo de dispositivo, la forma de presentación y los microorganismos causantes.

Conclusiones: Las infecciones de DCI afectaron de manera preferente a varones de edad avanzada, siendo habitual la presencia de otras comorbilidades. La infección fue más frecuente en el primer año de la implantación, siendo los dispositivos más afectados los TRC y MP. En nuestra serie, la forma de presentación como endocarditis sobre el cable fue más frecuente que la infección de bolsillo. Los ECN fueron los microorganismos más frecuentes. Se encontró alta prevalencia de resistencias a antibiótica, en especial la resistencia a metilina en los ECN.