

**1. Recambio en un solo tiempo de infecciones en dispositivos de electroestimulación cardíaca**

A. de Alarcón\*, E. Gutiérrez-Carretero, E. Arana, A. Pedrote, J. Acosta-Martínez, F. Laviana, J. Eslava

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Correo electrónico: [aa2406ge@yahoo.es](mailto:aa2406ge@yahoo.es)

(A. de Alarcón).

**Introducción:** El momento de recambio tras la extracción de dispositivos de electroestimulación cardíaca infectados es un aspecto muy controvertido. Habitualmente se realiza en un segundo tiempo por el miedo a una reinfección en el nuevo dispositivo, tras un intervalo «puente» que puede variar entre 72 h y 2 semanas, dependiendo del tipo de infección y que obliga a colocar un dispositivo provisional en pacientes estrictamente dependientes de electroestimulación.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia para ver si existen diferencias dependiendo del momento del recambio.

**Pacientes y método:** Durante el periodo 1984-2015, 315 infecciones por marcapasos (MP) y desfibriladores automáticos implantables (DAI) fueron atendidas en nuestro centro (193 locales y 121 sistémicas), con un total de 280 extracciones percutáneas. Seleccionamos aquellas en las que se extrajo de manera completa el sistema y se realizó una reimplantación contralateral, en un tiempo (grupo 1) o en 2 (grupo 2). La selección hacia uno u otro grupo no fue aleatoria, sino motivada por razones técnicas.

**Resultados:** De 128 infecciones locales, en 96 se realizó el recambio en un tiempo (82 MP y 14 DAI) y en 32 (7 MP y 25 DAI) en 2 tiempos, con un tiempo medio de intervalo de 6 días en el grupo 2 y un tiempo medio de tratamiento (21 días) y estancia (8 días) similares. Se registraron 3 reinfecciones (3%) en el grupo 1 y una (3%) en el grupo 2. En 98 infecciones sistémicas se realizó un recambio en un tiempo en 56 (52 MP y 4 DAI) y en 2 tiempos en 25 (9 MP y 16 DAI), con un tiempo medio de intervalo de 10,5 días. Se observaron 2 reinfecciones (3,5%) en el grupo 1 y 4 (16%) en el grupo 2, con un tiempo de tratamiento similar (35 días), pero una estancia hospitalaria más prolongada (22 vs. 32 días;  $p < 0,05$ ) en el grupo 2.

**Conclusiones:** El recambio en un solo tiempo permite acortar la estancia hospitalaria y supone una mayor comodidad para el paciente. Aunque los grupos no son completamente comparables (muchos más DAI en el grupo 2) no parece que este proceder se asocie a una mayor tasa de reinfecciones en el implante contralateral.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.026>

**2. Análisis de las características de la endocarditis protésica: características, epidemiología e influencia en el pronóstico**

L. Varela\*, J. López, A. Redondo, M. Martín, T. Centella, J. Miguelena, R. Muñoz, J. Rodríguez-Roda

Ramón y Cajal, Madrid

Correo electrónico: [lauravarela21089@gmail.com](mailto:lauravarela21089@gmail.com)

(L. Varela).

**Justificación:** La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica ha aumentado en los últimos años, hasta constituir el 10-20% del total de EI. La afectación protésica se ha relacionado con una alta mortalidad, aparición frecuente de complicaciones y aumento de la complejidad quirúrgica. Analizamos el pronóstico y las características de la EI protésica.

**Objetivos:** El objetivo primario del presente trabajo fue el análisis comparativo de la mortalidad a corto y largo plazo de la EI protésica, frente a la EI nativa. Como objetivos secundarios se analizaron las características específicas de la EI protésica, así como la morbilidad asociada.

**Método:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por endocarditis aguda entre 2002 y 2015, con seguimiento clínico tras alta hospitalaria.

**Resultados:** Fueron intervenidos 169 pacientes de EI, de los cuales 63 presentaron endocarditis sobre prótesis valvular (37,3%). Las características basales fueron similares entre los 2 grupos analizados.

Los casos con EI protésica se clasificaron en EI precoz (21,73%) y EI tardía (78,27%).

La mortalidad quirúrgica de la EI protésica fue superior a la nativa (31,7% frente 22,6%,  $p = 0,19$ ), acorde con un Euroscore medio significativamente superior (35,7% protésica, 20,9% nativa;  $p < 0,001$ ). La supervivencia a largo plazo, con un seguimiento medio de 51 meses tras el alta hospitalaria, en la EI nativa fue también superior (81,7%) a la de la EI protésica (67,4%).

Analizando las características específicas de la afectación valvular en EI protésica, la afectación valvular aórtica fue la más frecuente (40%). La EI protésica se asoció a una mayor presencia de abscesos paravalvulares en el momento de la intervención (un 44,4% en protésica frente a un 26,2% en nativa;  $p = 0,015$ ) e incremento de la presencia de bloqueo auriculoventricular (27,3 vs. 11,5%;  $p = 0,013$ ). En el momento de la cirugía existía disfunción de la prótesis valvular en el 75,8% de los casos, y el 49,2% de las intervenciones se realizaron de forma urgente.



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**