## C07. INFECCIONES EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS HEARTMATE

I. Fernandez López*, Á. Pedraz, D. Monzón, Z. Blázquez, M. Ruiz, G. Cuerpo, H. Rodríguez-Abella, J. Castrodeza, P. Muñoz, M. Valerio

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

**Justificación:** Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda, como son HeartMate II y III (HM2, HM3), han supuesto un cambio en el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca terminal, aunque las infecciones siguen siendo una causa importante de morbimortalidad.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue describir las características de las infecciones en estos pacientes y el impacto en su pronóstico.

**Método:** Se incluyeron todos los pacientes adultos que recibieron un HM 2-3 entre Oct 2015 y Sep 2024 en nuestro hospital. Las infecciones se clasificaron de acuerdo con las definiciones de 2024 de la International Society of Heart and Lung Trasplantation (ISHLT). Se recogieron variables demográficas, clínicas, microbiológicas, ingresos durante el seguimiento y mortalidad.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado se implantaron 11 HeartMates: 10 (90,9%) HM3 y 1 (9,1%) HM2, que se mantuvieron durante una mediana de 32,4 (11,9–59,6) meses. Los pacientes eran mayoritariamente varones (n = 9, 81,8%), con una mediana de edad de 71 (70-74) años. En 10 (90,9%) el dispositivo se implantó como terapia de destino y en 1 (9,1%) como puente a trasplante. Previo al implante, 3 pacientes (27,3%) tenían colonización nasal por *S. aureus*, de los cuales 2 se descolonizaron. La implantación del HM3 se realizó mediante esternotomía media en 6 pacientes (54,5%), toracotomía lateral en 2 (18,2%), y miniesternotomía con minitoracotomía anterior izquierda en 2 (18,2%). El 90,9% de los pacientes (n = 10) presentó complicaciones infecciosas con un total de 71 episodios: 25 (35,2%) infecciones específicas del HM2-3 y 46 (64,8%) infecciones no específicas. En total, 52 (73,2%) fueron infecciones bacterianas, 7 (9,9%) virales, 2 (2,8%) fúngicas y 10 no filiadas (14,1%). Tres pacientes (27,3%) tuvieron una infección en el mes previo al implante, sin relación con las infecciones posteriores. De 7 (63,6%) pacientes con infección del *driveline*, 3 (42,9%) requirieron cirugía para reemplazo del sitio del *driveline*, con una mediana de 1 (1-2) intervenciones, obteniéndose buen resultado (erradicación de la infección) solo en 1 (33,3%). La mediana de tiempo desde el implante hasta la primera infección fue de 14 (8,25-19) días. En total, se requirieron 26 ingresos hospitalarios debido a infecciones, con una mediana de 109 (69-191) días de ingreso. La mortalidad por todas las causas fue de 4/11 (36,4%), de los cuales 2 (18,2%) fallecieron por causa infecciosa (neumonía nosocomial en ambos casos).

**Conclusiones:** Las infecciones complicaron la evolución de los pacientes portadores de asistencias ventriculares en el 91% de los pacientes. 35% fueron infecciones específicas del dispositivo, con una mortalidad atribuible a infección del 18%.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.016

## C08. PAPEL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y RADIODIAGNÓSTICO EN EL ABORDAJE DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

N. Ruiz-Alonso*, C. González-Rico, M. Gutiérrez-Cuadra, M. Cobo Belaustegui, J.F. Gutiérrez-Díez, J.A. Sarralde Aguayo, M. Pajarón Guerrero, J.A. Parra Blanco, M.C. Fariñas Álvarez

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*

**Justificación:** En el año 2008 se activaron los *Endocarditis Teams* (ET), equipos multidisciplinares para el abordaje de los pacientes con endocarditis infecciosa (EI). Inicialmente, el ET del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla estaba compuesto por profesionales de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Enfermedades Infecciosas, mientras que en los últimos años se han incorporado los servicios de Radiodiagnóstico y Hospitalización Domiciliaria.

**Objetivos:** Analizar la contribución de los servicios de Radiodiagnóstico y Hospitalización Domiciliaria sobre el abordaje clínico de los casos de EI antes y después de su inclusión en el ET.

**Método:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EI que ingresaron en nuestro centro entre el 01/01 y el 31/12 de los años 2008 y 2022. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas. Se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann Whitney para la detección de diferencias significativas en variables cuantitativas y la prueba $chi^2$ para variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes del año 2008: la edad media fue 61,7 ± 16,8 años, un 54,2% fueron mujeres, con un Índice de Charlson ajustado de 3,5 ± 2,2. La localización más común de infección fue la válvula mitral (66,7%) seguida de la válvula aórtica (44,4%) y de marcapasos (5,6%). El 70,8% presentaba alguna válvula protésica (VP). En el año 2022 se incluyeron 33 pacientes con una edad media de 67,8 ± 18 años, un 54,6% mujeres y un Índice de Charlson de 4,5 ± 2,5. Las localizaciones principales fueron la válvula aórtica (53,6%), mitral (42,9%), marcapasos (10,7%), tricúspide (3,6%) y pulmonar (3,6%). El 57,6% eran portadores de VP. Por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, en el año 2008 se realizó el estudio radiológico rutinario de extensión en el 20,8% de los pacientes, frente a un 69,7% en el año 2022 ($p < 0,001$). Consecuentemente, la detección de complicaciones asociadas a la endocarditis aumentó de forma estadísticamente significativa desde un 12,5% en 2008 a un 30,3% en el año 2022 ($p < 0,05$). En el año 2008, el 4,2% de los pacientes fue dado de alta con ingreso domiciliario para la finalización del tratamiento antibiótico, mientras que, tras la incorporación del Servicio de Hospitalización Domiciliaria en el ET, este porcentaje aumentó hasta un 24,2% ($p < 0,05$) reduciendo de manera estadísticamente significativa la duración media de ingreso hospitalario de 44 ± 15 días en el año 2008 a 31 ± 11,9 días en el año 2022 ($p < 0,05$).

**Conclusiones:** La participación de los servicios de Hospitalización Domiciliaria y Radiodiagnóstico en los ET ha contribuido, respectivamente, a reducir la estancia hospitalaria de los pacientes con EI y a la vigilancia y detección de las complicaciones extracardiacas de sus episodios.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.017