



<https://www.revclinesp.es>

## 1715 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES DE MARCAPASOS (2023-2024)

**Xavier Martínez Ormo**<sup>1</sup>, María Dies Gallart<sup>1</sup>, Romina Concepción Suárez Bardo<sup>1</sup>, Nerea Pitarch Pavón<sup>1</sup>, Laura Soldevila Boixader<sup>1</sup>, Miriam García Bermudez<sup>2</sup>, Ana Guadalupe Coloma Conde<sup>1</sup> e Isabel Mur Arizón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina interna, Complex Hospitalari Moisés Broggi, Barcelona, España. <sup>2</sup>Cardiología, Complex Hospitalari Moisés Broggi, Barcelona, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas y microbiológicas de las infecciones de marcapasos (MCP). Conocer la etiología microbiológica en función del tiempo de presentación desde la implantación del dispositivo.

**Métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo de los casos identificados de infección de marcapasos en un hospital de segundo nivel, desde enero de 2013 a diciembre de 2024. Se incluyeron aquellos casos con diagnóstico de infección de marcapasos y fueron clasificados según el tipo de infección. Se definió infección aguda la que ocurrió en el primer mes tras la implantación, diferida del segundo al doceavo mes y tardía más de un año tras la colocación.

**Resultados:** De un total de 462 MCP colocados en el centro en el periodo descrito, se identificaron 11 (2,4%) pacientes con infección de MCP, con una edad mediana de 86 años (IQR 65-89), 7 hombres (63%) y con una mediana de índice Charlson de 3 (IQR 0-4). Como factores de riesgo 3 (27%) pacientes tomaban tratamiento anticoagulante en el momento de la implantación del MCP y 5 (45%) tuvieron un recambio previo del MCP. En 2 pacientes se describe hematoma o problemas en la herida tras la implantación. Respecto a la clínica de infección, al ingreso 9 (81%) de los pacientes presentaban una dehiscencia de la herida quirúrgica y 3 de ellos extrusión del dispositivo. Solo 3 pacientes presentaron fiebre al ingreso. Respecto a las muestras microbiológicas obtenidas a 10 (90%) pacientes se les realizó un frotis del bolsillo del MCP, de ellos 3 fueron negativos. Se realizaron hemocultivos en todos los casos, siendo positivos 2 casos que se asociaron a la presencia de cablitis/endocarditis. Se extrajeron todos los dispositivos y en 9 (81%) casos se envió para cultivo con resultado positivo en 7 de ellos. Se realizó ecocardiografía transtorácica en 10 (90%) casos y un PET-TC en 3 casos. Hubo 7 (64%) casos de infección aguda, 5 (45%) de ellos con muestras positivas para *Staphylococcus aureus*, 1 para *Pseudomonas aeruginosa* y otro caso con cultivo negativo por antibioterapia previa. Un caso cumplió criterios de infección diferida, con cultivo negativo. Y 3 casos fueron infecciones tardías, de ellos 2 positivos para Estafilococos coagulasa negativos (ECN) y un caso con cultivo negativo. No hubo ningún caso de infección por microorganismos multirresistentes. La duración del tratamiento antibiótico tras la extracción del MCP fue de mediana 14 días en pacientes sin cablitis/endocarditis y 28 días en paciente con diagnóstico de cablitis/endocarditis.

**Conclusiones:** Las infecciones de MCP son poco frecuentes, predominan en pacientes de edad avanzada y con comorbilidades. Los factores de riesgo asociados fueron el recambio previo y el uso de anticoagulantes.

*S. aureus* fue el principal agente etiológico en infecciones agudas y los ECN en las infecciones tardías. La toma de muestras es relevante para identificar el microrganismo implicado y poder ajustar el tratamiento antibiótico.