

Utilidad del chaleco desfibrilador en el manejo de las infecciones de desfibrilador implantable

Laura Blaya Peña(1), Itziar Cucurull Ortega(1), Lucía Muñoz Prejigueiro(1), Santiago Catoya Villa(1), Susana González Enríquez(1), Felipe Rodríguez Entem(1), Valentín Tascón Quevedo(2), Tito Andersson García Moreno(2), Carlos Juárez Crespo(2), Víctor Expósito García(1), José Francisco Gutiérrez Díez(2) y Juan José Olalla Antolín(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España

Introducción: La infección del desfibrilador implantable (DAI) suele conllevar el explante del mismo. El reimplante de un nuevo sistema puede requerir un tiempo de espera para completar el tratamiento antibiótico y minimizar el riesgo de reinfección, que algunos autores extienden hasta dos meses. Esto supone un dilema clínico, dado que el riesgo de arritmias ventriculares (AV) llega al 4% en los primeros 2 meses y 10% al año tras explante de DAI. El chaleco desfibrilador ha demostrado una gran eficacia en la protección de pacientes en riesgo de muerte súbita. Sin embargo, su implantación en nuestro país es escasa.
Este estudio pretende describir nuestra experiencia en el uso del chaleco desfibrilador como puente al nuevo implante de DAI tras infección, con especial hincapié en el tiempo de espera y su potencial beneficio.

Métodos: Se incluyen en una base de datos prospectiva todos aquellos pacientes portadores de un chaleco desfibrilador en nuestro centro. Posteriormente, se analizan aquellos a los que se les ha colocado como puente a reimplante de DAI tras una infección. Se recogen datos demográficos basales, tipo de cardiopatía, FEVI, tiempo de utilización del dispositivo, implante de DAI definitivo y las terapias proporcionadas por el dispositivo y la mortalidad.

Resultados: Del total de chalecos implantados, 14 (40%) se indicaron en 11 pacientes como puente tras infección (10 varones; edad media 51 años; FEVI 34%) en los siguientes dispositivos: DAI endovascular 11; DAI subcutáneo 2; DAI extravascular 1 (prevención primaria 6; antigüedad de los dispositivos media 22 meses (1-113), 5 de ellos > 1 año). El explante se debió a infección de bolsa en 12 casos, y endocarditis en 2. Se requirieron herramientas específicas de extracción en 6 casos. Los pacientes permanecieron con chaleco un período medio de 4 meses (rango 1-18), con adherencia de 23.2 h/día. Se procedió a nuevo implante de DAI en 13 ocasiones. Uno de los pacientes permanece de forma indefinida con chaleco desfibrilador como puente a trasplante, debido al alto riesgo de nuevo implante de DAI por alto porcentaje de infecciones previas. Además, un paciente presentó AV tratadas de forma adecuada por el chaleco mientras se necontraba a la espera del reimplante de DAI.

Conclusiones: El chaleco desfibrilador es seguro y eficaz siendo una gran alternativa para proteger a pacientes de muerte súbita tras explante de DAI infectado, en espera de reimplante.