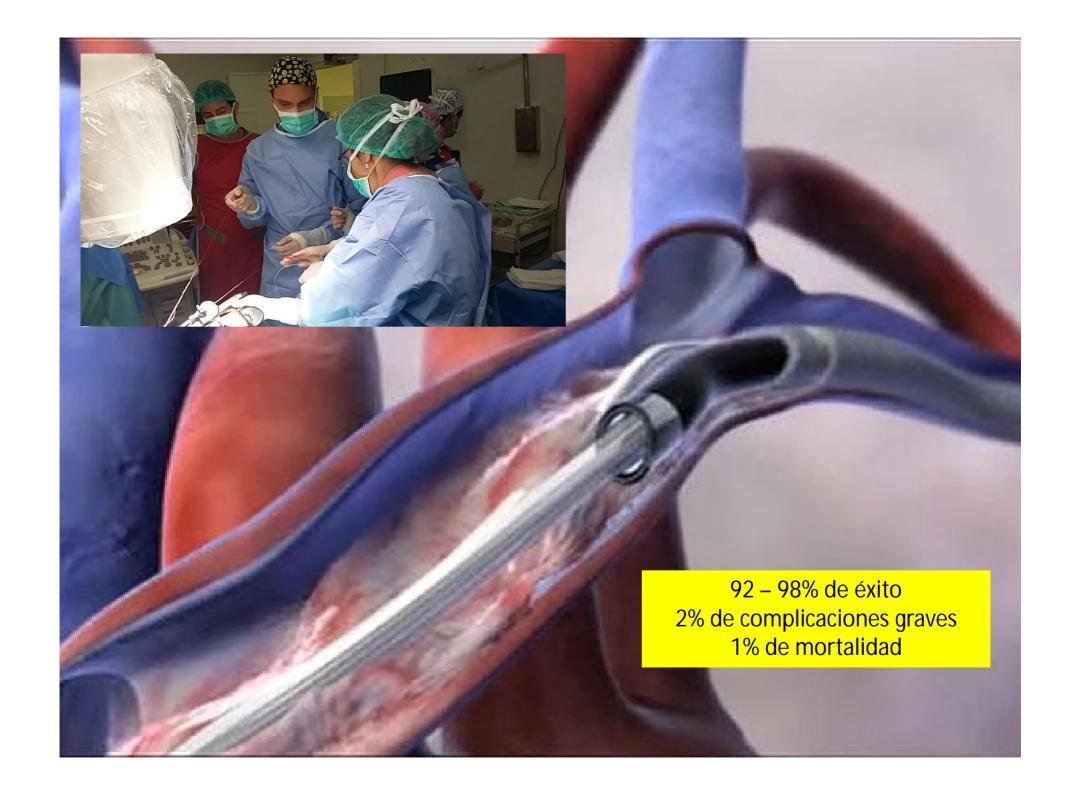
Arístides de Alarcón Enfermedades Infecciosas HU Virgen del Rocío. Sevilla

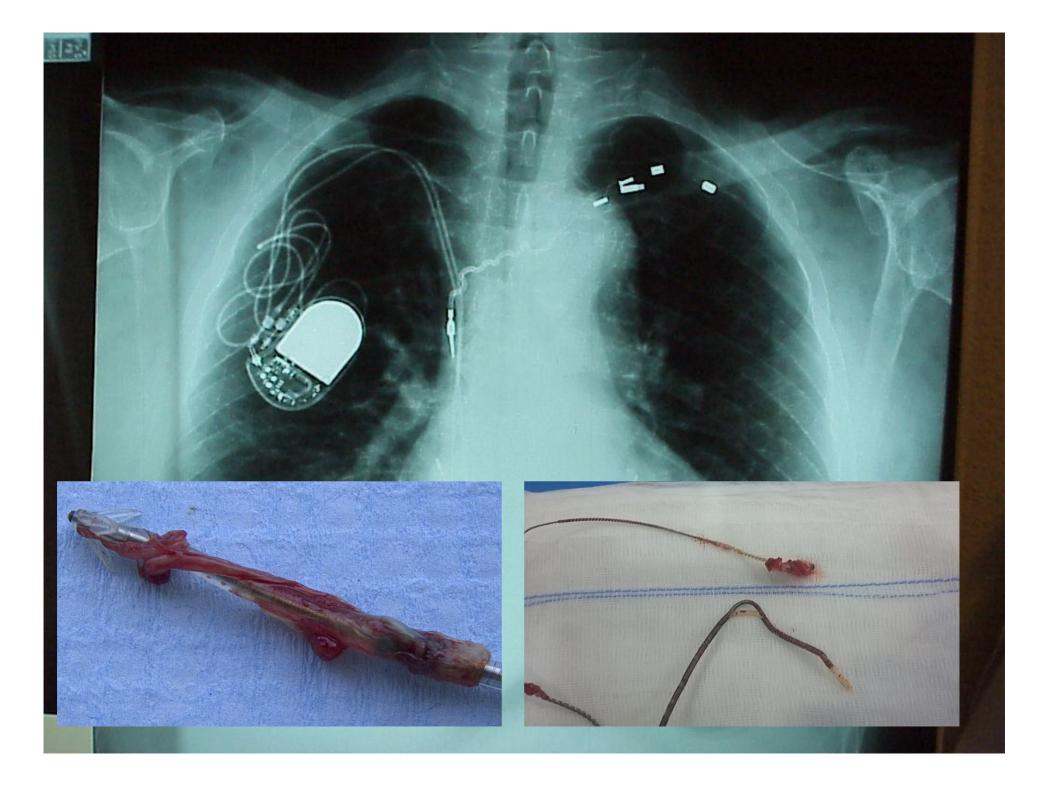
14. ¿Cuándo hay que realizar un tratamiento de supresión en pacientes con El o infecciones sobre DEC inoperables? ¿con cuáles antibióticos? ¿Recomendaría parar y comprobar su eficacia en algún momento?





Tiempo desde implantación	Nº total	Completa	% 0/0	
≤1 año	101	98	97	
2- 5 años	73	64	87,6	
6 – 10 años	89	69	77.5	
11 – 15 años	41	32	78	
> 15 años	28	11	39.2	





























Tratamiento antibiótico exclusivo (infecciones locales)

	CURACIÓN N = 15	FRACASO N = 16
Etiología No conocida SCN S. aureus Bacilos gram-negativos Anaerobios Polimicrobiana	4 8 - 1 2 -	1 9 2 - 2 2
Duración del tratamiento	60 (30, 90) días	77 (60, 120) días
Inicio de los síntomas implantación/recambio/manipul	14 (10, 25)	30 (15, 112)
Ruptura piel Extrusión	4 0	9

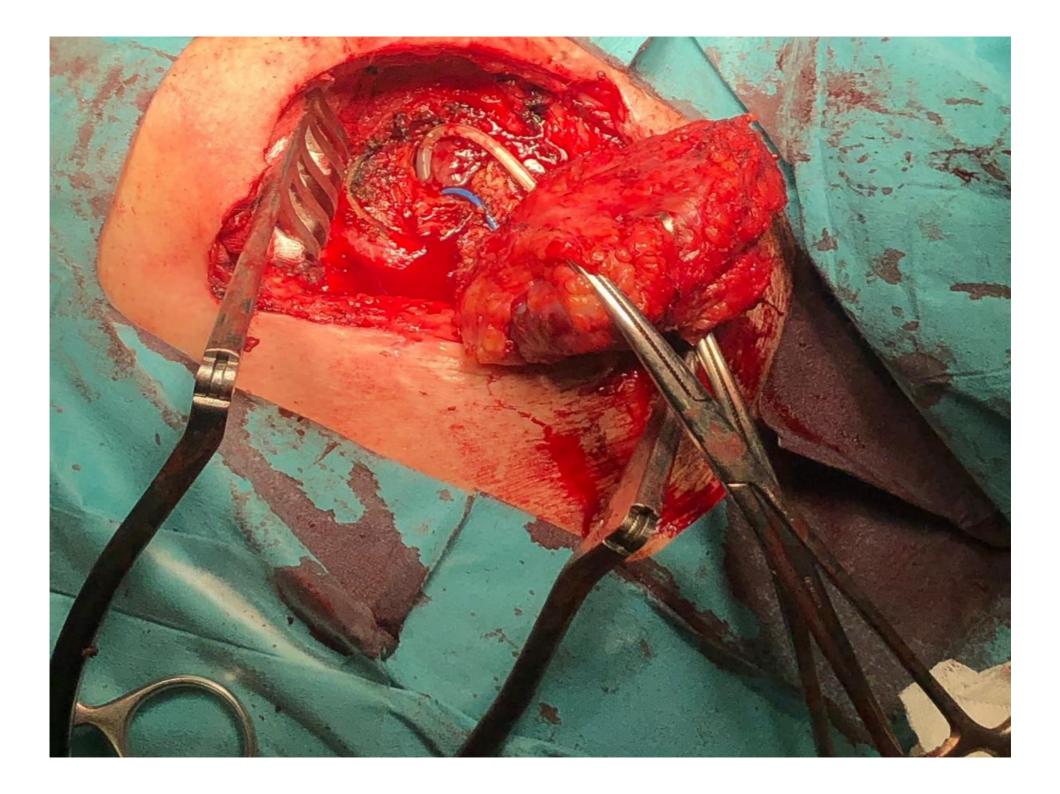
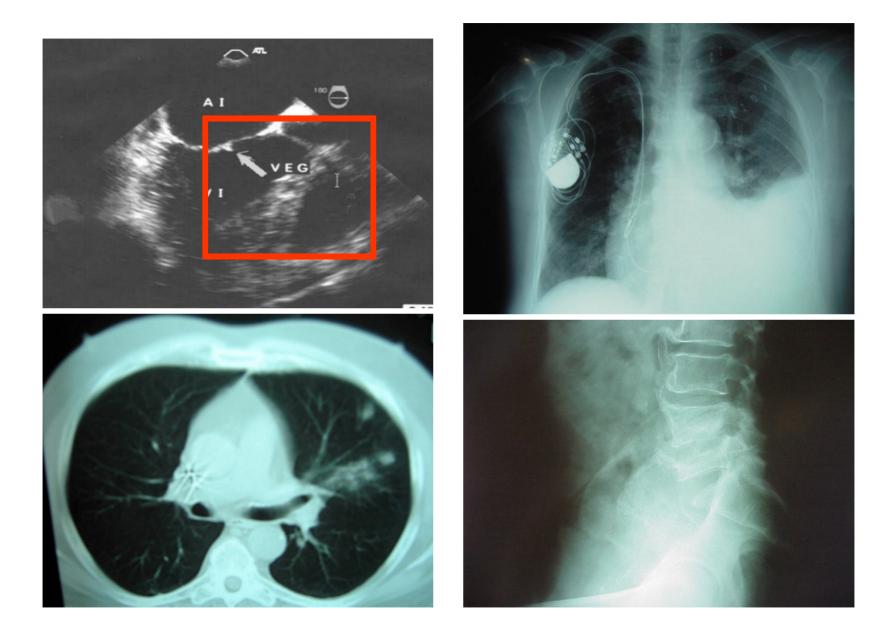


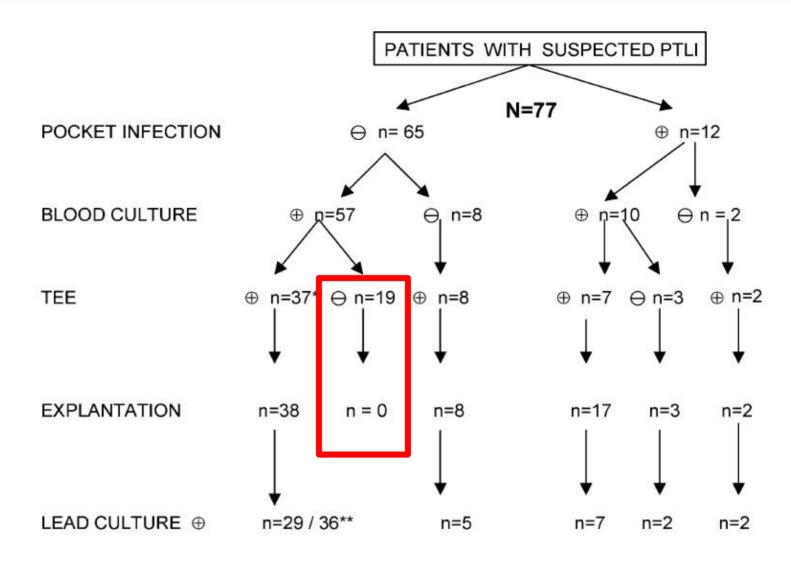
TABLE 3. Review of Literature Regarding Salvage of CIEDs

Study		Preoperative		CIED						
		Infection, n Exposure, n		Prepectoral	Subpectoral	Management, n	Complications, n	Recurrence, n	Success	Follow-up, me
Rockwell et al, 2017 (present study)	10	3	5	7	3	Salvage (10)		2	80%	19.8
Jung et al. 16 2017	10	0	10	10	0	Salvage (10)	Hematoma (1)	0	100%	22
Toia et al, 13 2015	3	0	3	10	3	Salvage (3)	_		100%	19
Bonawitz et al, 17 2012	14	6	8	5	9	Salvage (14)	_	2	87.5%	60
Knepp et al, 10 2012	7	1	1	0	7	Replacement (7)	_	1	85.7%	21
Persichetti et al, 18 2012	7	0	7	0	7	Salvage (7)	-	0	100%	12
Rudolph et al, 12 2011	13	0	2	13	0	Salvage (11)	_	2	84.6%	36.8
Al-Bataineh et al, 19 2010	16	11	5	0	16	Replacement (16) Infection (1), pneumothorax (1		0	100%	3–24
Kolker et al,11 2007	6	1	2	6	0	Replacement (6)	Hematoma (1)	1	83.3%	22
Yamada et al,14 2002	18	15	12	18	0	Replacement (18)	Infection (1)	1	94.4%	58
Jensen, 20 1998	1	0	0	0	1	Replacement (1) —		0	100%	6
Lee et al,21 1996	5	5	0	5	0	Salvage (5) —		1	80%	25
Foster,22 1995	6	NS	NS	0	6	Salvage (6) —		0	100%	6.5
Griffith et al,23 1994	62	0	36	62	0	Salvage (62) Infection (7)		24	61.3%	6
Har-Shai et al,24 1990	2	2	2	2	0	Salvage (2)	_	0	100%	12
Taylor et al,25 1990	1	1	0	1	0	Salvage (1)	_	0	100%	12
Hurst et al,8 1986	19	7	19	19	0	Salvage (18)	Infection (1)	1	94.7%	24.4
Fayman et al,26 1986	13	0	0	0	13	Salvage (13)		2	84.6%	13
Total patients = 213				n = 149	n = 64	SCHOOLSER TO SERVED ST		Total = 38	83.6%	22.4 mo

NS indicates not stated.

Simpson AM, Rockwell WT, Freedman RA, Rockwell WB Ann Plast Surg. 2018 Sep;81(3):340-343. Salvage of Threatened Cardiovascular Implantable Electronic Devices: Case Series and Review of Literature





[&]quot;Suspected pacemaker or defibrillator transvenous lead infection. Prospective assessment of a TEE-guided therapeutic strategy".

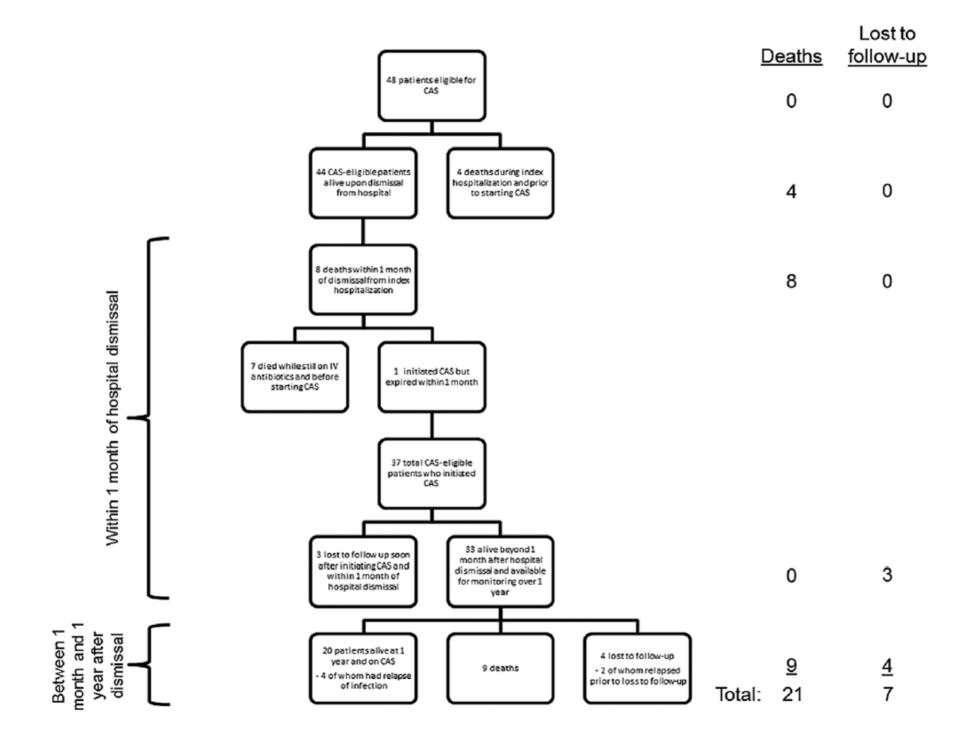
Dumont E, Camus C, Victor F, de Place C, Pavin D, Alonso C, Mabo P, Daubert JC. Eur Heart J. 2003 Oct;24(19):1779-87

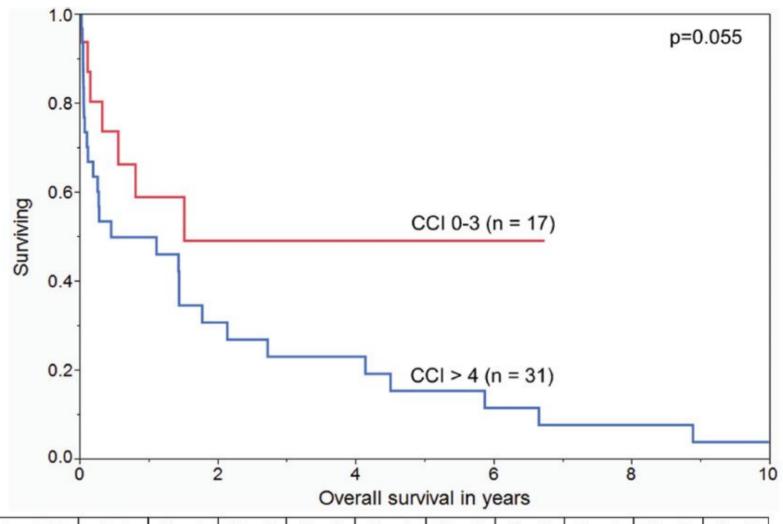
Table 1. Baseline Characteristics

Age	Median 78 years (Q1–Q3 a = 65.25–82.75 years)						
Gender	73% (35/48) male, 27% (13/48) female						
Ethnicity	88% (42/48) white, 2% (1/48) Arab, 2% (1/48) Pacific Islander, 2% (1/48) Native American, 6% (3/48) unknown						
Type of CIED	48% (23/48), permanent pacemaker; 38% (18/48), implantable cardioverter-defibrillators; 14% (7/48) cardiac resynchronization therapy						
Reasons for CIED implantation	Bradyarrhythmias (52%, 25/48), congestive heart failure or cardiomyopathy (33%, 16/48), ventricular tachycardia or fibrillation (25%, 12/48), atrial fibrillation (25%, 12/48) ^b						
Number of leads	14% (7/48) 1 lead, 54% (26/48) 2 leads, 23% (11/48) 3 leads, 8% (4/48) 4 leads						
Age of oldest lead at the time of CIEDI diagnosis	Median, 5.7 years (Q1–Q3 = 2.0–10.5 years)						
Time from implant to CIEDI diagnosis	Median, 2.3 years (Q1–Q3 = 0.8–3.8 years)						
Clinical presentation	Fever (63%, 30/48), respiratory complaints (35%, 17/48), fatigue (27%, 13/48), abdominal complaints (10%, 5/48), altered mental status (10%, 5/48), chest pain (4%, 2/48), palpitations (2%, 1/48) ^c						
Signs of pocket infection	10% (5/48)						
Number of comorbidities	Median, 8 (Q1–Q3 = 7–10)						
Charlson comorbidity index	Median 4 (Q1-Q3 = 3-6)						
Type of comorbidity	Arrhythmia (92%, 44/48), ischemic heart disease (75%, 36/48), valvular heart disease (54%, 26/48), hypertension (52%, 25/48), congestive heart failure or cardiomyopathy (50%, 24/48), chronic kidney disease (44%, 21/48), diabetes mellitus (38%, 18/48), obstructive sleep apnea (29%, 14/48), chronic obstructive pulmonary disease (15%, 7/48)						
Presence of other prostheses or devices	54% (26/48) intra-cardiac, ^d 23% (11/48) extra-cardiac ^e						

Tan EM, DeSimone DC, Sohail MR, Baddour LM, Wilson WR, Steckelberg JM, Virk A. Clin Infect Dis. 2017 Jun 1;64(11):1516-1521.

"Outcomes in Patients With Cardiovascular Implantable Electronic Device Infection Managed With Chronic Antibiotic Suppression".





Number at risk	Start	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Year 6	Year 7	Year 8	Year 9
CCI 0-3 (n=17)	2	7	4	4	4	2	1	1	1	1
CCI > 4 (n=31)	31	13	8	8	6	4	3	3	2	1

HUVR 1084 – 2018 (tto ATB en abordaje inicial: 28 casos)

No sint. locales / No vegetaciones

No sint. locales /Si vegetaciónes

7 casos

S viridans = 1, SCN = 3, S aureus = 2, E.

faecalis = 1

Tiempo tto: 28 – 120 días

Resultado: Recidivan 7 (100%) → extracción completa 7 (6 TPC y 1 TPC/CC): 6 curan y 1

exitus

10 casos

SCN = 4, S aureus = 4, S viridans = 1,

Brucella/Coxiella burnetii = 1

Tiempo tto: 10 – 180 días

Resultado: Curan 2 (20%), recidivan 5 →

extracción completa 5 (100% TPC), y exitus = 3

(2 no EXT y 1 TPC incompleta)

Sintomas locales / No vegetaciones

Sintomas locales /Si vegetaciones

6 casos

SCN = 3, S aureus = 3

Tiempo tto: 7 – 150 días

Resultado: 6 recidivan → 5 curan tras TPC y 1

exitus (no extracción)

5 casos

SCN = 2, *S. aureus* = 2, E. coli = 1

Tiempo tto: 10 – 124 días

Resultado: 4 recidivan → 4 curan tras TPC (2) y

CC (2). 1 exitus (no extracción)

CONCUSIONES SEICAV Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares

- •Ante una infección compleja de un DEC, lo mejor es buscar un centro experto en el manejo. La opción más recomendable es siempre la extracción completa del dispositivo (incluida la cirugía cardiaca abierta como opción)
- •En infecciones locales sobre pacientes con alta comorbilidad y pocas probabilidades para una extracción exitosa, el tratamiento antimicrobiano y los abordajes quirúrgicos locales permiten en ocasiones prolongados periodos libres de enfermedad (aunque la recurrencia es la norma)
- •En el caso de infecciones sistémicas, puede ensayarse un tratamiento antimicrobiano dirigido y prolongado en el tiempo (3-6 meses), con un seguimiento estrecho (analítica, hemocultivos, ecocardiografía) y una fácil accesibilidad al sistema por parte del paciente si hay complicaciones.
 - •A la hora de escoger el fármaco debe tenerse en cuenta su actividad (CMI), biodisponibilidad y vida media, tolerancia y efectos indeseables, farmacocinética y penetración en la biopelícula.