



5. UTILIDAD CLÍNICA DE LA PERNOCTA HOSPITALARIA TRAS EL IMPLANTE DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES, SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS

Óscar Calderón Chumilla, Yolanda Rico Ramírez, Antoni Perelló Bordoy, Albert Massó-Van Roessel, Laura Blaya Peña, Julián Palacios Rubio, Alberto Pérez Castellanos, María del Carmen Expósito Pineda, Carlos Eugenio Grande Morales y Vicente Peral Disdier

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La estrategia de realizar ingresos ambulatorios para implantes de dispositivos electrónicos implantables cardiacos (CIED), tiene una adopción variable alrededor de Europa, puesto que ninguna guía evaluó los protocolos de estos, y los datos disponibles en cuanto a seguridad son aún limitados. Por ello, el objetivo del estudio es determinar la utilidad clínica de la pernocta hospitalaria en aquellos pacientes que ingresan para el implante, sin complicaciones inmediatas.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, no intervencionista, no aleatorizado, realizado en un único centro implantador, que incluye todos los pacientes sometidos a implante electivo de un marcapasos o desfibrilador automático implantable (DAI) endocavitario, en un periodo de 12 meses (desde enero a diciembre de 2022). Los datos se han recopilado de una base de datos retrospectiva de implantes, exponiéndolos como n (%).

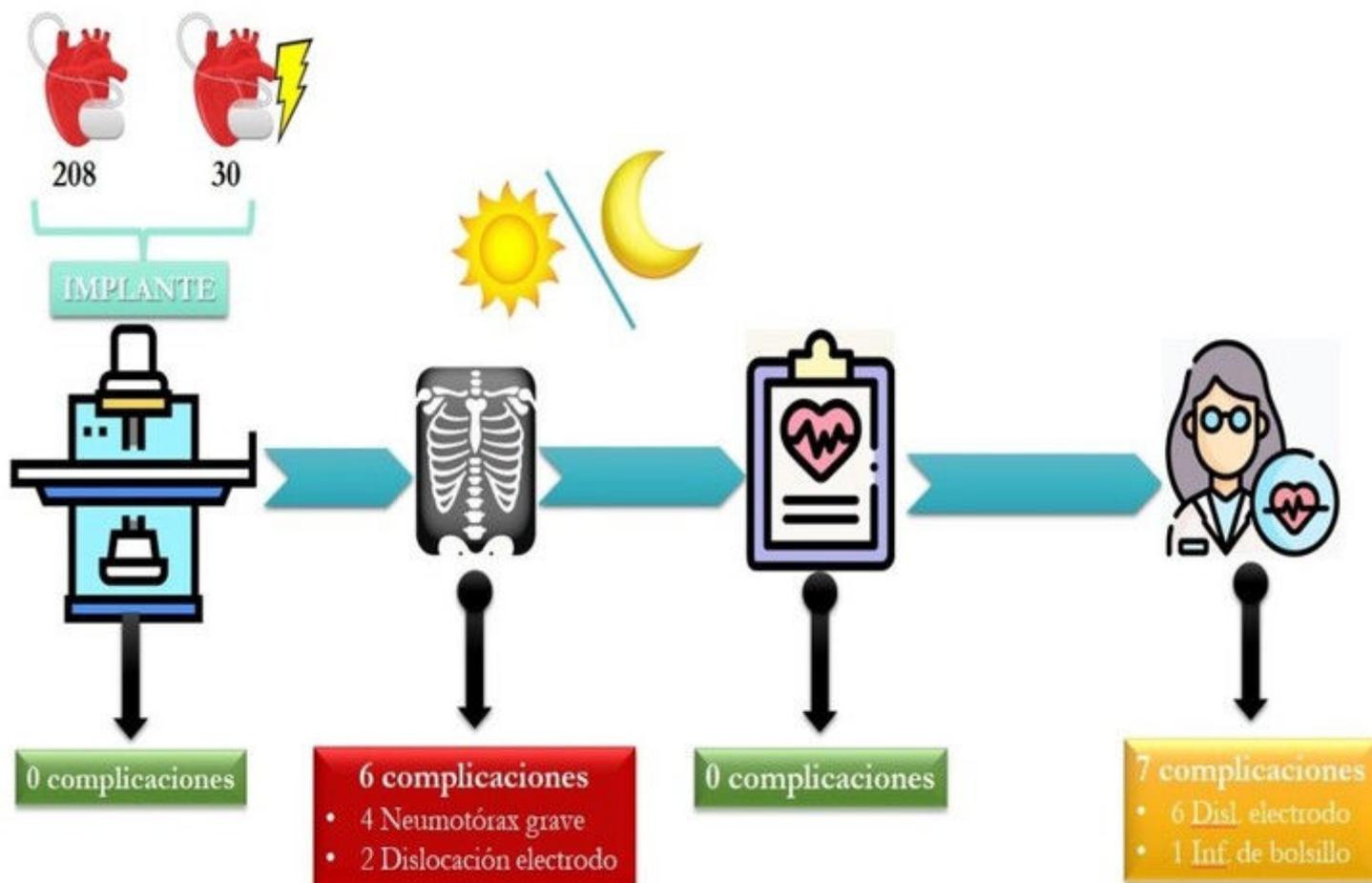
Resultados: Se recuperaron un total de 238 pacientes. 33% mujeres, edad media 78 años, 78% hipertensos, 38% diabéticos, 64% dislipémicos, 31% enfermedad renal crónica, 34% fibrilación auricular (el 64% anticoagulados con anticoagulantes orales de acción directa y el 33% con antagonistas de la vitamina K) y 13% con enfermedad cerebrovascular. 210 (88%) fueron sometidos al implante de un marcapasos (en su mayoría por trastornos avanzados de la conducción auriculoventricular (AV), 41% dispositivos monocamerales, 59% bicamerales). 28 (12%) fueron sometidos al implante de un DAI (en su mayoría en prevención primaria, 68% dispositivos monocamerales, 32% bicamerales). No hubo complicaciones intraprocedimiento. Se detectaron 6 complicaciones (2,6%) mediante radiografía de tórax de control, previa a la pernocta (4 neumotórax y 2 dislocaciones de electrodo). 4 de las mismas fueron clínicamente relevantes, requiriendo prolongar la estancia hospitalaria, o la reintervención. Se detectaron 7 complicaciones (2,9%) en el control rutinario a los 2 meses; 6 dislocaciones de electrodo y 1 infección de bolsillo. Todas las complicaciones acontecidas durante el ingreso fueron detectadas previamente a la pernocta y no hubo muertes resultantes de las mismas.

Variable

Total (%)

Edad (años)	78
Sexo (mujer)	79 (33,2%)
Fumador	25 (10,5%)
Hipertensión arterial	186 (78,2%)
Diabetes mellitus (DM)	90 (37,8%)
Dislipemia	153 (64,3%)
Enfermedad renal crónica (ERC)	73 (30,7%)
Fibrilación auricular (FA)	81 (34%)
Anticoagulación	71 (87,7%)
Anticoagulantes acción directa	47 (66,2%)
Antagonistas de la vitamina K	24 (33,8%)
Marcapasos	208 (86,6%)
Desfibrilador automático implantable (DAI)	30 (13,4%)
Acceso venoso vía punción axilar	216 (90,8%)
Bloqueo auriculoventricular avanzado	107 (51,4%)
Disfunción sinusal	41 (19,7%)
FA/ <i>Flutter</i> lento	22 (10,6%)
Prevención primaria (DAI)	17 (56,7%)

DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; DAI: desfibrilador automático implantable.



Conclusiones: El alta hospitalaria sin necesidad de pernocta, tras la realización de una radiografía de tórax de control, es seguro en implantes no complicados de marcapasos y DAI, permitiendo reducir la estancia hospitalaria sin riesgo para el paciente.