



NOTA DE PRENSA

‘Infecciones Asociadas a Dispositivos’ en el 46º Congreso de SEMI y 39º de SADEMI

Médicos internistas advierten que las infecciones por dispositivos cardíacos o articulares aumenta por el mayor número de implantes en pacientes mayores

- Las infecciones las infecciones por dispositivos cardíacos que no se detectan y se extienden a las válvulas tienen una mortalidad del 30%
- Implican cirugías repetidas, hospitalizaciones largas y riesgo vital, pero el tratamiento por equipos especializados y otras mejoras técnicas permiten la mejora de la morbilidad
- El Registro Español de Endocarditis de Medicina Interna (REEIMI) tiene casi 1.000 casos y más de 65 investigadores para analizar la clínica y epidemiología de las infecciones
- Las prótesis articulares pueden causar infecciones precoces, hematógenas o crónicas, que se tratan con su recambio en uno o dos tiempos, con retención del implante o con otras estrategias

05 de noviembre de 2025. – Los médicos internistas avisan del aumento de infecciones por dispositivos cardíacos y prótesis articulares porque su uso es cada vez más extenso. Aunque poco frecuentes, la mortalidad por infecciones asociadas a dispositivos cardíacos puede llegar al 10-15%, si no se detectan y tratan precozmente y hasta el 20-30%, si se extienden a las válvulas cardíacas. Las infecciones articulares también son poco frecuentes, pero el 1–2% de las prótesis primarias se infecta. “Las Infecciones Asociadas a Dispositivos” se abordarán en la sesión **Encuentro con el experto** del 46º [Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna](#) (SEMI) y el 39º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI), del 26 al 28 de noviembre en Córdoba. Moderará esta sesión el Dr. Antonio Ramos Martínez, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Majadahonda (Madrid).

Los dispositivos cardíacos implantables mantienen la función cardíaca; los más frecuentes son los marcapasos, desfibriladores automáticos implantables (DAI) y sistemas de resincronización cardíaca y, en menos casos, catéteres o electrodos intracardíacos, válvulas protésicas y dispositivos de cierre. “Son herramientas vitales para muchos



pacientes, pero, como todo material implantado, conllevan un riesgo potencial de infección”, dice la Dra. María Sánchez Ledesma, del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Salamanca.

Las infecciones por dispositivos cardíacos son poco frecuentes, pero su incidencia ha aumentado debido al mayor número de implantes en pacientes mayores o con comorbilidades. Entre el 1% y el 2% de los portadores sufren infecciones que implican cirugías, hospitalizaciones prolongadas y un alto riesgo vital si no se detectan y tratan precozmente.

Sus **síntomas** más comunes son fiebre persistente sin causa aparente, rojez, dolor o secreción en la zona del generador, y, en casos avanzados, sepsis o bacteriemia. Ante la **sospecha diagnóstica**, el ecocardiograma detecta vegetaciones o abscesos; los cultivos confirman la infección bacteriana y el PET-TAC confirma diagnósticos dudosos y delimita la extensión de la infección. **Más del 70% de los casos se deben a cocos grampositivos**, sobre todo *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis*, bacterias de la piel que se adhieren a los dispositivos y forman biopelículas o *biofilms* que dificultan la erradicación con antibióticos. Otros microorganismos menos típicos son los enterococos, bacilos gramnegativos y, en pacientes inmunodeprimidos, los hongos.

Los **factores de riesgo** incluyen diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión, cirugías largas o repetidas, y reintervenciones en el mismo bolsillo del dispositivo o una bacteriemia; condiciones locales (hematomas, seromas o heridas quirúrgicas) y el uso inadecuado de profilaxis antibiótica. **“El tratamiento solo antibiótico rara vez es suficiente; en la mayoría de los casos es imprescindible retirar todo el sistema, generador y electrodos, para eliminar biopelículas resistentes. Solo en infecciones superficiales muy precoces puede intentarse un manejo conservador bajo estrecha vigilancia”,** explica la **Dra. Sánchez Ledesma**.

El tratamiento de la infección del dispositivo conlleva la retirada del mismo y el inicio del tratamiento antibiótico cuya duración dependerá de la gravedad y extensión de la gravedad, se espera entre 7 y 14 días para reimplantarlo. El nuevo dispositivo se coloca en el lado contrario o se opta por sistemas sin cables (*leadless pacemakers*), para reducir el riesgo de reinfección; a los pacientes que dependen de marcapasos se les implantan hasta el dispositivo definitivo marcapasos transitorios o temporalmente, en pacientes que precisen desfibriladores se puede optar por chalecos desfibriladores. **Retrasar el diagnóstico y tratamiento de la infección, puede dejar secuelas y afectar a la función del corazón.** Ahora, con prevención, detección temprana, educación a pacientes de riesgo y manejo por equipos multidisciplinares especializados en endocarditis, mejoras técnicas



en la extracción y dispositivos implantables, ha mejorado la morbimortalidad asociada en estos pacientes. En España, el Registro Español de Endocarditis de Medicina Interna (REEIMI), con casi 1.000 casos y más de 65 investigadores, evalúa la eficacia de estos equipos y analiza la evolución clínica y epidemiológica de estas infecciones.

Dispositivos articulares

Los dispositivos articulares son prótesis (artroplastias). Las de cadera y rodilla son las más comunes; también las hay de hombro, codo o tobillo. Se usan en fases avanzadas de artrosis y otras enfermedades degenerativas del aparato locomotor, en cirugía oncológica y en fracturas de cadera del anciano.

Las infecciones articulares son poco frecuentes, aunque van al alza por el mayor número de implantes que se colocan cada año. El 1–2% de las prótesis primarias se infecta, siendo el riesgo es mayor en revisiones, cirugías urgentes o pacientes con comorbilidades. *“Los factores de riesgo incluyen comorbilidades significativas, obesidad, antecedentes de infección e inmunosupresión. Y las consecuencias son hospitalizaciones largas, tratamientos antibióticos extensos, pérdida funcional y una carga económica importante para la sanidad”*, expone el Dr. Jaime Lora-Tamayo Morillo-Velarde, Servicio de Medicina Interna, del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid.

Cualquier microorganismo puede adherirse a los implantes, formar biopelículas y provocar infecciones precoces (primeras semanas tras el implante, generalmente por bacterias virulentas), hematógenas (a partir de focos distantes, potencialmente bacteriémicos) o crónicas posquirúrgicas (tras meses o años, por bacterias de baja virulencia). El cuadro clínico varía: las infecciones precoces y hematógenas presentan dolor, eritema, fiebre y aumento de volumen articular; las crónicas son más sutiles, con dolor persistente y diagnóstico mediante cultivos, análisis clínicos y de imagen. Los agentes también difieren: los grampositivos son los más frecuentes, como *S. aureus* en infecciones precoces y hematógenas, y estafilococos coagulasa-negativa en las crónicas; los bacilos gramnegativos y enterococos ocurren típicamente son menos habituales, en especial en infecciones precoces de ancianos, y los estreptococos destacan en las infecciones hematógenas.

El tratamiento combina siempre cirugía y antibióticos. La sola administración de antimicrobianos resulta insuficiente debido a la formación de biopelículas y a la infección intracelular que actúa como reservorio. Por ello, se requiere un enfoque multidisciplinar con traumatólogos, microbiólogos y clínicos expertos en enfermedades infecciosas. Con frecuencia es necesario retirar la prótesis; sin embargo, en algunos pacientes se puede intentar un tratamiento conservador con retención del implante (estrategia DAIR, del



inglés *debridement, antibiotics, and implant retention*). La retirada de la prótesis se sigue de un recambio por un nuevo implante, que puede requerir una o dos cirugías. Si la reimplantación no es posible, el paciente queda con una artroplastia de resección que limita su funcionalidad.

Programa científico Congreso: www.congresosemi.com/semi2025

Semi Sostenible: <https://www.congresosemi.com/semi2025/recursos-semi/semi-sostenible>

Solicitud de acreditación de prensa: <https://goo.su/bdSVwKo>

Sobre el 46º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)-39º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

Más de 2.300 médicos internistas participarán en este [congreso](#) en el Centro de exposiciones, ferias y convenciones de Córdoba. Es el **evento médico-científico de referencia de la Medicina Interna española**. Entre los principales ejes temáticos del Congreso, figuran: novedades diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la insuficiencia cardíaca y el riesgo vascular; en enfermedades infecciosas; en diabetes, obesidad y nutrición; en EPOC; en enfermedades autoinmunes y minoritarias; en enfermedad tromboembólica venosa; en alcoholismo; en cronicidad, pluripatología y abordaje del paciente de edad avanzada; en osteoporosis; en hospitalización a domicilio, asistencia compartida, cuidados paliativos, sedación paliativa y atención al final de la vida; en ecografía clínica; en inteligencia artificial y *big data* médico, telemedicina y eHealth, entre otros temas de relevancia; así como sobre el papel del médico internista, como especialista en el abordaje integral del paciente crónico, complejo y/o pluripatológico que ingresa en el hospital.

Sobre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI):

La [Sociedad Española de Medicina Interna \(SEMI\)](#) integra a más de **8.000 médicos internistas** de toda España. Entre sus objetivos prioritarios, se encuentran el de potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos grupos de trabajo que conforman parte de la Sociedad. En la actualidad, son un total de **21 los grupos o subgrupos monográficos de patologías prevalentes** o áreas de interés dentro de la Medicina Interna, especialidad médica que se define por la visión global del paciente y desempeña un papel central en la atención a los pacientes crónicos complejos. Para más información, visita www.fesemi.org y sigue su actualidad en [Twitter](#), [Facebook](#), [LinkedIn](#) e [Instagram](#).

Más información y gestión de entrevistas:

Montse Llamas / Sonia Joaniquet / Paulina Calderon

montse@alaoeste.com / 636 82 02 01

sonia@alaoeste.com / 663 84 89 16

paulina@alaoeste.com / 637 90 86 40