



# Revista Española de Cardiología



## 6013-197. INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL PACIENTE CON ECMO. ¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA DE PROFILAXIS IDEAL?

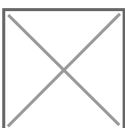
Marta Ruiz Lera<sup>1</sup>, Virginia Burgos Palacios<sup>1</sup>, Cristina Castrillo Bustamante<sup>1</sup>, Ángela Canteli Álvarez<sup>1</sup>, Valentín Tascón Quevedo<sup>1</sup>, Laura de la Fuente Blanco<sup>1</sup>, Noelia Rojo Prieto<sup>2</sup> y Pablo Legarra Oroquieta<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y <sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario, León.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La información disponible de la incidencia e impacto de la infección nosocomial en pacientes con ECMO es escasa. Existe poca evidencia sobre la estrategia más apropiada de profilaxis antibiótica. El objetivo fue describir las infecciones más frecuentes en estos pacientes y comparar eficacia de diferentes estrategias preventivas.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de datos relativos a infección nosocomial (desde el inicio del soporte hasta 7 días tras la retirada) y profilaxis antibiótica en pacientes con ECMO en nuestra unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (abril de 2009-octubre de 2015). Se implantaron 90 dispositivos: 32 poscardiotomía, 22 postrasplante (17 por FPI, 5 por rechazo), 15 post IAM, 7 miocardiopatía dilatada, 4 TEP, 3 miocardiopatía tóxica, 2 miocarditis, 1 tormenta arrítmica y 4 SDRA. 92,2% fueron implantados en INTERMACS 1; 16 tras PCR reanimada y 5 durante RCPA. Fallecieron en el ingreso 38 pacientes (27 durante el soporte, 11 tras la retirada), siendo la supervivencia hospitalaria del 56,3%. La duración media del soporte fue de 5,27 días ( $\pm 4,27$ ), con una estancia media en UCI de 25,5 días ( $\pm 21,23$ ) y hospitalaria de 43,61 días ( $\pm 34,66$ ). Precisaron VM durante una media de 10,72 días ( $\pm 9,3$ ). 41 pacientes (47%) presentaron algún tipo de infección (fig.).

**Resultados:** El foco respiratorio fue el más frecuente (31 episodios). 54 pacientes (60%) recibieron profilaxis antibiótica de amplio espectro (tabla) por riesgo elevado (no se garantizó esterilidad en el implante, reesternotomía en primeras 48 horas en el caso de pacientes poscardiotomía, o infección en curso en el momento del implante). En el resto se utilizó cefazolina. El análisis univariante no mostró diferencias significativas ( $p = 0,730$ ) en la tasa de infecciones entre los pacientes que recibieron cefazolina y aquellos con pautas de mayor cobertura. No se encontraron diferencias en el número de infecciones entre los enfermos que sobrevivieron al alta hospitalaria y los que fallecieron durante el ingreso ( $p = 0,257$ ); quizás en relación con una duración menor del soporte y de la estancia en UCI en este último grupo.



Profilaxis antibiótica

| Pauta                                   | Pacientes  |
|-----------------------------------------|------------|
| Cefazolina                              | 36 (40%)   |
| Daptomicina más piperacilina tazobactam | 31 (34,4%) |
| Daptomicina más meropenem               | 10 (11,1%) |
| Otras pautas                            | 13 (14,4%) |

**Conclusiones:** La infección nosocomial es una de las complicaciones más relevantes durante la terapia con ECMO. Si bien el tamaño de nuestra serie impide extraer conclusiones definitivas, no encontramos evidencias que respalden el uso generalizado de profilaxis antibiótica agresiva en estos enfermos.