



6012-4. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE PACIENTES EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Sara Lozano Jiménez, Reyes Iranzo, Mercedes Rivas Lasarte, Cristina Daniela Mitroi, María Regalado Reyes, Mercedes Pérez, Manuel Gómez Bueno, Juan Manuel Escudier Villa, Juan Francisco Oteo Domínguez, Susana Villar García, José María Viéitez Flórez, Javier Segovia Cubero y Francisco Hernández Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las infecciones son una de las principales complicaciones en pacientes críticos atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos. Sin embargo, se desconoce en gran medida la incidencia, epidemiología e impacto clínico en pacientes en *shock* cardiogénico (SC) de cualquier etiología.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes en SC atendidos en un hospital de referencia entre septiembre 2014 y enero 2022. Se definió infección mayor como infección clínica acompañada de fiebre, supuración y/o leucocitosis con aislamiento de un microorganismo responsable y que precise tratamiento antimicrobiano. El objetivo principal fue analizar la repercusión pronóstica, así como describir la incidencia, localización y los microorganismos responsables.

Resultados: En total se analizaron 193 pacientes (75% varones, 52 ± 15 años), de los que 76 pacientes (39%) cumplieron criterios de infección mayor. Hasta un 47% de estos ($n = 36$) tuvieron al menos 2 focos de infección. De las 112 infecciones mayores identificadas, la localización más frecuente fue la bacteriemia en 44 casos (39%), seguida de la respiratoria en 36 (32%). Los microorganismos responsables más frecuentes fueron los bacilos gramnegativos (46/112, 41%) y los *Staphylococcus* spp. (24/112, 21%). La infección mayor fue significativamente mayor en aquellos pacientes que requirieron algún dispositivo de soporte circulatorio mecánico (43 vs 17%, $p = 0,008$) y dentro de este grupo en aquellos que lo tuvieron de forma prolongada (> 9 días, 54 vs 28%, $p = 0,001$). La infección también se asoció a la necesidad de ventilación mecánica invasiva (43 vs 0%, $p = 0,001$), así como a la terapia renal sustitutiva (50 vs 31%, $p = 0,007$). Sin embargo, el diagnóstico de infección mayor no se asoció a mayor mortalidad hospitalaria (supervivientes 43 vs fallecidos 35%, $p = 0,258$) aunque sí hubo una tendencia a precisar más terapias de reemplazo cardiaco (trasplante o LVAD, 51 vs 37%, $p = 0,095$).

Características basales y demográficas de la muestra en función de la presencia o ausencia de infección

No infección mayor ($n = 117$)	Infección mayor ($n = 76$)	p
----------------------------------	------------------------------	-----

Edad media (años, DE)	52,44 ± 15,49	50,75 ± 13,65	0,44
Sexo varón: n (%)	89 (76%)	55 (72%)	0,56
Hipertensión arterial: n (%)	43 (37%)	26 (34%)	0,71
Diabetes mellitus: n (%)	25 (21%)	14 (18%)	0,65
Dislipemia: n (%)	39 (33%)	26 (34%)	0,84
Tabaquismo: n (%)	38 (32%)	21 (28%)	0,27
EPOC: n (%)	12 (10%)	4 (5%)	0,21
Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular 60 ml/min/m ²)	14 (12%)	7 (9%)	0,54
Etiología del SC:			0,85
Descompensación ICC	34 (29%)	20 (26%)	
Síndrome coronario agudo	34 (29%)	21 (28%)	
Poscardiotomía	32 (27%)	26 (34%)	
Miocarditis	6 (5%)	4 (5%)	
Otras causas	11 (9%)	5 (7%)	

Conclusiones: Las infecciones mayores son frecuentes en pacientes en SC. Las principales localizaciones son las bacteriemias y las infecciones respiratorias. Estas infecciones se asocian en gran medida a tratamientos complejos empleados para el soporte de estos pacientes. Aunque su diagnóstico no se relaciona directamente con mayor mortalidad hospitalaria si podría asociarse a mayor necesidad de terapias de reemplazo cardiaco.