



Revista Española de Cardiología



6028-351. FACTORES DE RIESGO PREOPERATORIOS E INTRAOPERATORIOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE ESTERNAL DIFERIDO

Ana María Arnaiz-García¹, María Elena Arnaiz-García², José Manuel Bernal³, Concepción Fariñas-Álvarez⁴, Javier Arnáiz⁵ y M^a Carmen Fariñas-Álvarez¹ del ¹Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ²Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario de Salamanca ³Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ⁴Departamento de Estadística, Universidad de Cantabria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) y ⁵Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: El cerclaje esternal tras la cirugía cardíaca puede en ocasiones causar un grave deterioro de la función cardíaca sobre todo en aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica. Analizamos aquellos factores de riesgo asociados al cierre esternal diferido (CED) y la infección nosocomial (IN) en el periodo pre e intraoperatorio.

Métodos: Estudio observacional de cohortes, con registro retrospectivo del 1993-2000 y prospectivo durante del 2001-2012, de los pacientes que precisaron CED y desarrollaron IN postoperatoria. El periodo de estudio fue de 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 2012.

Resultados: El 60% presentaron IN respiratoria (51,51%), genitourinaria (13,13%) y bacteriemia (13,1%). El 62,5% eran mujeres, y la edad media fue 66,4 (DE 11,6) años. Las indicaciones quirúrgicas fueron: aneurisma torácico (76,19%), endocarditis (80%), tx cardíaco (70%), recambio valvular (54,76%) y revascularización miocárdica (36,36%). El motivo de CED fue hemorragia (68,83%), compresión cardíaca (53,48%) y arritmias (20%). El método de aislamiento mediastínico más utilizado fueron las gasas estériles (68,04%). En el análisis multivariante, los factores de riesgo de IN fueron: hipoalbuminemia (OR 7,18, p 0,01), infección en las 2 semanas previas a la cirugía (OR 10,53, p 0,01), y sobre todo si fue infección respiratoria (OR 3,57, p 0,01), antibioterapia en el mes previo a la cirugía (OR 18, p = 0,01), la indicación de cirugía por aneurisma (OR 5,61, p 0,01) o endocarditis (OR 7, p 0,01), la profilaxis antibiótica > 3 días (OR 2,96, p 0,01), la duración en isquemia > 95 minutos (OR 2,31, p 0,01), drenajes mediastínicos y pleurales > 3 días (OR 5,86, p 0,01 y OR 9,29, p 0,01), la transfusión (2,92, p 0,01) y CED por hemorragia (OR 8,83, p 0,01).

Conclusiones: Los factores de riesgo de infección nosocomial en el CED identificados dependieron fundamentalmente de los factores relacionados con la hospitalización. La presencia de infección en las 2 semanas previas a la cirugía, y haber recibido antibioterapia en los 30 días previos a la cirugía, se comportaron como factores de riesgo de IN preoperatorios. Se identificaron como factores de riesgo posoperatorios: la indicación de cirugía por aneurisma o endocarditis, isquemia prolongada, duración de drenajes mediastínicos y pleurales mayor de 3 días, transfusión durante la intervención y la indicación del CED por hemorragia.