



6050-336. ¿OPTIMIZAMOS EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES POSPARADA CARDIACA RECUPERADA?

Joaquín Vila García, Sandra Rosillo Rodríguez, Emilio Arbas Redondo, Lucía Canales Muñoz, Alejandro Lara García, Clara Ugueto Rodrigo, Juan Caro Codón, Jesús Saldaña García, Ricardo Martínez González, Ana Torremocha López, Pablo Merás Colunga, Carlos Merino Argos, José Ruiz Cantador, Eduardo R. Armada Romero y José Raúl Moreno Gómez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que ingresan comatosos tras una parada cardiorrespiratoria (PCR) están especialmente expuestos a regímenes antibióticos profilácticos y/o terapéuticos por su alta complejidad e instrumentalización. Sin embargo, debido a que las resistencias bacterianas son ya responsables directas de más de 1,2 millones de muertes al año, la preocupación con respecto a un uso racional de los antibióticos es creciente. El objetivo de este estudio ha sido evaluar el espectro de los antibióticos empleados en los pacientes con PCR recuperada.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro prospectivo de pacientes ingresados tras una PCR recuperada en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos de un hospital terciario entre septiembre de 2006 y abril de 2022.

Resultados: Se incluyeron 575 pacientes en el análisis. Un total de 249 (51,3%) recibieron antibiótico desde el primer día y 507 pacientes (88,2%) recibieron antibiótico en algún momento del ingreso. El fármaco más usado como primera línea fue amoxicilina-ácido clavulánico (53,5%), seguido de piperacilina-tazobactam (20%). En 203 pacientes (35,3%) se cambió a un antibiótico de segunda línea, siendo piperacilina-tazobactam el más usado en este caso (42,3%). El motivo más frecuente de cambio fue el empeoramiento clínico definido por el médico tratante (72,9%), seguido del ajuste guiado por microbiología (13,3%), mientras que el cambio por efectos adversos o por desarrollo de alergia fue minoritario (12,3% y 1,4%, respectivamente). De los 344 pacientes que recibieron tratamiento antibiótico en las primeras 48 horas de ingreso, 199 (57,9%) no fueron diagnosticados finalmente de infección en los primeros 7 días.

Características basales de los pacientes

| Variable | n = 575 |
|-------------|---------------------|
| | n (%) / media (IQR) |
| Edad (años) | 62,4 ± 14,6 |

Sexo varón 450 (78,3%)

Factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial 298 (51,3%)

Diabetes mellitus 155 (27%)

Dislipemia 231 (40,2%)

Fumador 206 (35,8%)

Historia previa cardiovascular

Infarto agudo de miocardio (IAM) previo 141 (24,5%)

Cardiopatía isquémica no IAM 43 (7,5%)

Desfibrilador automático implantable 10 (1,7%)

Insuficiencia cardiaca 54 (9,4%)

Localización de la PCR

Extrahospitalaria 491 (85,4%)

Ritmo inicial de la PCR

Desfibrilable 400 (69,6%)

PCR presenciada 529 (92%)

Tiempo hasta RCP básica en minutos 2 (0-55%)

Tiempo hasta RCP avanzada en minutos 9 (5-13%)

Tiempo hasta ROSC en minutos 23 (15-33%)

| | |
|-------------------------------|---------------|
| pH inicial | 7,22 ± 0,17 |
| Lactato inicial | 5,3 (2,5-8,7) |
| Causa cardiológica | 483 (84,0%) |
| Sí | 240 (41,7%) |
| Otras | 92 (16,1%) |
| Control de temperatura | 575 (100%) |
| Shock cardiogénico | 130 (22,6%) |
| Soporte hemodinámico | |
| Balón de contrapulsación | 90 (15,7%) |
| ECMO-VA periférico | 14 (2,4%) |

IQR: rango intercuartílico; PCR: parada cardiorrespiratoria; RCP: reanimación cardiopulmonar; ROSC: recuperación de la circulación espontánea; ECMO: soporte de oxigenación por membrana extracorpórea; VA: venoarterial.



Empleo de antibióticos en la UCAC.

Conclusiones: El uso de antibióticos en pacientes con PCR recuperada es muy elevado. Sin embargo, el más frecuente es la amoxicilina-ácido clavulánico, siendo infrecuente el empleo de antibióticos de un espectro mayor que incluya gérmenes nosocomiales/resistentes. La mayoría de los pacientes que reciben antibiótico en las primeras 48 horas no cumplen criterios de infección durante el ingreso. Es necesario remarcar que este perfil microbiológico tan favorable es particular de unidades puramente cardiológicas, no siendo extrapolable a unidades quirúrgicas o con otros pacientes del ámbito de intensivos (quemados, neurocríticos, etc.).