Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):98

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-10. - INFECCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL: FACTORES DE RIESGO, ETIOLOGÍA Y PERFIL DE RESISTENCIAS

M. Bucar Barjud[1], A. Mañas Martínez[2], J. Ocón Bretón[2], S. Letona Carbajo[3], B. Amores Arriaga[1], J. Cebollada del Hoyo[1], M. Torralba Cabeza[1], J. Pérez Calvo[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Endocrinología, [3]Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Conocer la tasa de incidencia de bacteriemia asociada al catéter (BRC) en pacientes con catéter venoso central (CVC) para administración de nutrición parenteral total (NPT) durante el ingreso hospitalario. Así como los factores relacionados con ello, microorganismos más frecuentes y perfil de resistencia antimicrobiana.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con NPT durante 18 meses en nuestro hospital. Se formaron tres grupos: colonización de CVC, BRC y sepsis clínica. Se consideró que una cepa es sensible a vancomicina cuando la CMI ? 1 ?g/mL. Se describieron las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE) y las cualitativas mediante distribución de frecuencias. La comparación de variables cuantitativas se realizó con t de Student y la de variables cualitativas con ?^{2}.

Resultados: De los 331 pacientes con NPT, se cultivó la punta de catéter en 109 pacientes y se observó cultivo positivo en 71. La duración media del CVC: 13,4 (DE 9,2) días. La mediana de supervivencia del catéter libre de BRC: 38 días (IC95% 24,6-51,3). A los 40 días el 100% de los pacientes estudiados presentaron colonización La tasa de incidencia de infección: 1,14 por 100 pacientes día. En cuanto a los factores relacionados con la infección la presencia de fístula obtuvo OR 3,05 (p = 0,01), la duración de la NPT una OR 1,08 (p = 0,001) y la duración del CVC OR 2,48 (p = 0,017). La distribución por microorganismo en los pacientes colonizados se encontró 68% SCN, 11,8% BGN, 8,82% SAMS, 2,92% SAMR y 5,9% hongos. En los con bacteriemia la distribución fue 72,7%, 0%, 9,1%, 13,6%, 4,5% y en los con sepsis 80%, 0%,0%, 6,7%, 13,3% respectivamente (p = 0,03). En cuanto al perfil de resistencias antimicrobiana de manera global el 86% presentaban resistencia a vancomicina y en el grupo de pacientes con sepsis el 76,92% con p 0,05. No se encontró resistencia a daptomicina ni a tigeciclina.

Discusión: En nuestra muestra se utilizó vancomicina como antibiótico empírico en 60%, siendo la resistencia a este antibiótico del 86% lo que nos debería hacer plantear su elección como antibiótico empírico. Asimismo se encontró baja proporción de resistencia al linezolid y ausencia de resistencia a daptomicina y tigeciclina. Hubo mayor proporción de infección por S. aureus resistente a vancomicina y por cándida en el grupo con sepsis clínica que en los pacientes que no lo presentaban con una diferencia estadísticamente significativa. Este dato apoya el consejo de las Guías Clínicas de que ante signos de gravedad se debe considerar la cobertura empírica de los tres grupos de microorganismos potencialmente responsables de infección en estos pacientes: estafilococos, BGN y cándida.

Conclusiones: Probablemente tengamos que replantear nuestra elección de antibiótico terapia empírica principalmente en los pacientes graves ya que los factores de riesgo relacionados a la infección, la etiología y el perfil antimicrobiano han cambiado en nuestro medio. Aunque las guías no recomiendan el reemplazo sistemático del CVC en NPT, a los a los 28 días el 50% BRC. Nuestros datos concuerdan con la literatura actual en que daptomicina se puede considerar como un tratamiento útil en las infecciones graves por SARM y por SCN.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.