



## 651 - BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTER EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

M. Colomé Ayats<sup>1</sup>, V. Pomar Solchaga<sup>2</sup>, P. Duch Llorach<sup>1</sup>, N. Benito Hernández<sup>2</sup>, A. Cozar Llisto<sup>2</sup>, A. Rivera Martínez<sup>3</sup>, A.B. Martín Arnau<sup>4</sup> y J. López-Contreras González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas; <sup>3</sup>Servicio de Microbiología; <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes con bacteriemia asociada a catéter venoso (BAC) ingresados en el Servicio de Cirugía General.

**Métodos:** Estudio prospectivo analizando los pacientes diagnosticados de BAC en el Hospital de Sant Pau de Barcelona entre 2012 y 2020. Se incluyeron a todos aquellos pacientes mayores de 18 años ingresados en la sala de Cirugía General, estableciendo el diagnóstico de bacteriemia según las guías clínicas de la SEIMC. Se diferenció el tipo de catéter en: catéter venoso central (CVC) no permanente, central de inserción periférica (CVCIP), periférico (CVP), midline y reservorio tipo *port-a-cath* (PAC), y según su localización: subclavia, yugular, femoral, brazo u otros. Se definió como nosocomial aquella que no estaba presente en el momento del ingreso y fue adquirida después de 48 horas en el hospital, y relacionada con la atención sanitaria la bacteriemia que se inicia en la comunidad o en las primeras 48 horas del ingreso o identificada en pacientes que han estado dados de alta o trasladados de un centro sanitario (hospital, residencia o sociosanitario)  $\leq$  4 semanas antes del inicio de los síntomas.

**Resultados:** Durante el período de estudio, se evaluaron un total de 145 BAC. La media de edad fue de 66,3 años y predominó en el sexo masculino (60%). El 93,8% (n = 136) de las BAC fueron de origen nosocomial y el 6,2% (n = 9) restante relacionadas con la atención sanitaria. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Staphylococcus coagulasa* negativa (101 [69%], entre ellos *S. epidermidis* 45 [31%], *S. hominis* 11 [7,6%] y *S. haemoliticus* 8 [5,5%]). Seguido de *Enterococcus faecium* (10 [6,9%]), *Klebsiella pneumoniae* (9 [6,2%]), *Candida* spp (8 [5,6%]) y *Staphylococcus aureus* (6 [4,1%]). Se aislaron 5 casos de  $\beta$ -lactamasas de espectro ampliado que corresponden al 38% de las enterobacterias (13 casos). En relación al tipo de catéter, predominó la infección de CVC no permanente (94 [64,8%]) frente a los demás: CVCIP (43 [29,7%]), CVP (3 [2,1%]) y Midline (2 [1,4%]). No hubo ningún caso de bacteriemia por PAC. En relación a la localización, se vio mayor frecuencia de BAC en subclavia (65 [44,8%]). Del total de los pacientes evaluados, 110 (75,9%) recibieron tratamiento antibiótico, siendo 73 (66,4%) considerados tratamientos empíricos adecuados. El antibiótico usado más frecuentemente fue la vancomicina en monoterapia (69 [47,6%]), seguido de cefalosporinas de tercera generación (7 [4,9%]); 8 casos (5,6%) fueron tratados con antifúngico. La mortalidad global a 30 días desde el hemocultivo positivo inicial fue del 4,1% (6 casos). Entre las variables estudiadas: sexo, edad, lugar de adquisición, tipo y

localización de catéter, microorganismo causante, tratamiento antibiótico recibido y resistencia antibiótica, no se encontraron diferencias significativas asociadas a mayor mortalidad.

*Conclusiones:* En nuestra serie la etiología más frecuente de la bacteriemia asociada a catéter son los *S. coagulasa* negativa, seguido de *E. faecium*. El tipo de catéter más asociado a bacteriemia fue el CVC no permanente, localizado en subclavia. La mortalidad a los 30 días de la bacteriemia fue del 4%, sin encontrar factores asociados a mayor mortalidad de forma significativa.