

## Revista Clínica Española



https://www.revclinesp.es

## 1175 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR CATÉTER EN URGENCIAS Y PLANTA CONVENCIONAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana Isabel Lozano Jiménez<sup>1</sup>, Carlota Delgado Montesdeoca<sup>2</sup>, Raúl Gilarranz Luengo<sup>1</sup>, Raquel Zaragozá González<sup>1</sup>, Goretti Redondo Betancor<sup>1</sup> y Óscar Sanz Peláez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

## Resumen

*Objetivos:* Conocer las características, aislamientos y evolución de las bacteriemias por catéter del centro. Comparar los resultados entre las bacteriemias por catéter central y periférico.

*Métodos:* Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los casos recogidos en la base de datos de bacteriemia del centro desde el 1 de enero de 2022 hasta el 1 de julio de 2023. Esta base recoge todas las bacteriemias del centro, excepto aquellas producidas en cama crítica (UMI y REA). Se dividieron los casos en dos grupos: bacteriemias relacionadas con vía venosa central y periférica, comparándose sus características.

Resultados: Se diagnosticaron 242 bacteriemias por catéter lo que supone un 13,7% del total de bacteriemias recogidas. De estas, el 72,3% fueron causadas por una vía venosa central (VVC) y se asociaron a una mayor complejidad del paciente. Encontramos una baja sospecha de bacteriemia por catéter recogida en la historia clínica a la hora de extraer los hemocultivos, con un 47,8% en VVP y tan solo un 28% en el caso de VVC. Con respecto a los microorganismos destaca la alta frecuencia de bacilos gram negativos (BGN) tanto en las bacteriemias por VVP (40%) como en VVC (42,9%). Se aisló SAMR en el 4,4% del total de los asilamientos, siendo más frecuente en la vía venosa periférica (VVP), que en la VVC. En el caso de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) o carbapenemasas (CBP), estas se presentaron en el 9,3% y 6,2% del total de los aislamientos. Estos fenotipos de resistencia fueron más frecuentes en VVC que en VVP. Pseudomonas aeruginosa se aisló en el 5,8% de los casos, fundamentalmente en las bacteriemias producidas por VVC.

Tabla 1	-			
TVariables b. (%)	Total (n = 242)	VVP (n = 67)	VVC (n = 175)	p
Edad, años, media (DE)	63,6 (13,8)	70,1 (13,6)	61,1 (13,1)	0,001

Sexo masculino	150 (62,0)	44 (65,7)	106 (60,6)	0,465		
Servicio de ingreso	0,693	0,693				
Médico		191 (78,9)	54 (80,6)	137 (78,3)		
Quirúrgico		51 (21,1)	13 (19,4)	38 (21,7)		
Nutrición parenteral	47 (19,4)	0 (0,0)	47 (26,9)	0,001		
Comorbilidades						
Diabetes	79 (32,6)	20 (29,9)	59 (33,7)	0,566		
Neoplasia órgano sólido	54 (22,3)	8 (11,9)	46 (26,3)	0,001		
Neoplasia hematológica	25 (10,3)	0 (0,0)	25 (14,3)	0,001		
Tratamiento inmunosupresor	67 (27,7)	5 (7,5)	62 (35,4)	0,001		
Alergia a betalactámicos	5 (2,1)	3 (4,5)	2 (1,1)	0,103		
Enfermedad renal crónica	31 (12,8)	3 (4,5)	28 (16,0)	0,016		
Índice de Charlson > 3	44 (18,2)	6 (9,0)	38 (21,7)	0,021		
Escala q SOFA ? 2	39 (16,2)	8 (11,9)	31 (17,8)	0,267		
Tipo de bacteriemia.	0,160	0,160				
Monomicrobiana		226 (97,1)	69 (97,2)	157 (91,8)		
Polimicrobiana		16 (6,6)	2 (3,0)	14 (8,0)		
Tratamiento empírico correcto (n = 240)	118 (49,2)	27 (40,9)	91 (52,3)	0,115		
Tratamiento dirigido correcto (n = 235)	225 (95,7)	66 (100,0)	160 (94,7)	0,193		

Confirmación microbiológica del foco	90 (37,2)	0 (0,0)	90 (51,4)	0,001
Exitus	38 (15,7)	4 (6,0)	34 (19,4)	0,010
Exitus relacionado con la bacteriemia	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	0,999
Recidiva	6 (2,5)	1 (1,5)	5 (2,9)	0,999
Reingreso	15 (6,2)	4 (6,0)	11 (6,3)	> 0,999
Estancia, días, mediana (RIQ)	16 (22)	11 (15)	18 (25)	0,008
Bacteriemia persistente (n = 74)	9 (12,2)	0 (0,0)	9 (18,8)	0,023

Variable, n (%)	Total de pacientes (n = 226)	VVP (n = 65)	VVC (n = 161)	p
Tinción gram	0,069			·
Gram positivos		120 (53,1)	39 (60,0)	81 (50,3)
Gram negativos		95 (42,0)	26 (40,0)	69 (42,9)
Levaduras		11 (4,9)	0 (0,0)	11 (7,0)
Staphylococcus aureus	54 (23,9)	32 (49,2)	22 (13,7)	0,001
SAMR	10 (4,4)	6 (9,2)	4 (2,5)	0,035
ECN	60 (26,5)	5 (7,7)	55 (34,2)	0,001
Staphylococcus epidermidis	44 (19,5)	4 (6,2)	40 (24,8)	0,001
Klebsiella pneumoniae	35 (15,5)	6 (9,2)	29 (18,0)	0,099

BLEA	19 (8,4)	2 (3,1)	17 (10,6)	0,067
CBP*	13 (5,8)	1 (1,5)	12 (7,5)	0,116
Escherichia coli	16 (7,1)	9 (13,8)	7 (4,3)	0,012
BLEA	2 (0,9)	1 (1,5)	1 (0,6)	0,493
CBP*	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	1,000
Serratia marcescens	18 (8,0)	6 (9,2)	12 (7,5)	0,655
Pseudomonas spp.	13 (5,8)	2 (3,1)	11(6,8)	0,272

Discusión: En nuestro estudio se confirma la tendencia al aumento de los BGN en las bacteriemias asociadas a catéter, destacando sobre todo el porcentaje que suponen en VVP. Cómo era de esperar las bacteriemias de origen central se asociaron a una mayor complejidad y peores resultados clínicos, aunque tan solo una de las bacteriemias se relacionó de manera directa con el fallecimiento del paciente. Tanto el incremento de BGN como el aumento de resistencias en forma de BLEA o CBP nos deben poner en alerta para incluir esta cobertura según los factores de riesgo y características del paciente.

Conclusiones: Las bacteriemias relacionadas con VVC se asocian a una mayor complejidad y peor pronóstico que las producidas por VVP. Los bacilos gram negativos suponen el 40% de ambos grupos, concentrándose los mecanismos de resistencia (BLEA y CBP) en las bacteriemias relacionadas con VVC. El aislamiento de SAMR se relaciona más frecuentemente con bacteriemias producidas por VVP que con VVC. El porcentaje de aislamientos de BGN productores de BLEA o CBP superan al aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*.