



## 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 Zaragoza 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 aislamientos, 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				
Variables n, (%)	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			
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)	<b>&lt; 0,001</b>
Neoplasia hematológica	25 (10,3)	0 (0,0)	25 (14,3)	<b>&lt; 0,001</b>
Tratamiento inmunosupresor	67 (27,7)	5 (7,5)	62 (35,4)	<b>&lt; 0,001</b>
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)	<b>0,016</b>
Índice de Charlson > 3	44 (18,2)	6 (9,0)	38 (21,7)	<b>0,021</b>
Escala q SOFA ≥ 2	39 (16,2)	8 (11,9)	31 (17,8)	0,267
Tipo de bacteriemia.	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)	<b>&lt; 0,001</b>
Exitus	38 (15,7)	4 (6,0)	34 (19,4)	<b>0,010</b>
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)	<b>0,008</b>
Bacteriemia persistente (n = 74)	9 (12,2)	0 (0,0)	9 (18,8)	<b>0,023</b>

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)
<i>Staphylococcus aureus</i>	54 (23,9)	32 (49,2)	22 (13,7)	<b>&lt; 0,001</b>
SAMR	10 (4,4)	6 (9,2)	4 (2,5)	<b>0,035</b>
ECN	60 (26,5)	5 (7,7)	55 (34,2)	<b>&lt; 0,001</b>
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	44 (19,5)	4 (6,2)	40 (24,8)	<b>0,001</b>
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	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
<i>Escherichia coli</i>	16 (7,1)	9 (13,8)	7 (4,3)	<b>0,012</b>
BLEA	2 (0,9)	1 (1,5)	1 (0,6)	0,493
CBP*	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	1,000
<i>Serratia marcescens</i>	18 (8,0)	6 (9,2)	12 (7,5)	0,655
<i>Pseudomonas spp.</i>	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. Como 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*.