



Protocolo de tratamiento de la bacteriemia asociada a catéter vascular central de larga duración

F. Carmona-Torre^{a,b,*}, J.R. Yuste^{a,b}, J.L. del Pozo^a

^aÁrea de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. ^bDepartamento de Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Palabras Clave:

- Bacteriemia
- Infecciones relacionadas con catéter
- Tratamiento antimicrobiano

Keywords:

- Bacteraemia
- Catheter-related infections
- Antimicrobial therapy

Resumen

Introducción. La bacteriemia relacionada con catéter vascular central (BRCVC) de larga duración es la causa más frecuente de retirada precoz de un catéter, generando una gran morbimortalidad y un incremento en el consumo de recursos sanitarios.

Tratamiento. El tratamiento dependerá de las características clínicas y de los patógenos responsables de la infección, abarcando desde la retirada definitiva del catéter, al tratamiento conservador mediante antibioterapia sistémica y sellados locales con antibiótico.

Abstract

Treatment protocol for long-term central venous catheter-related bacteraemia

Introduction. Long-term central vascular catheter-related bacteraemia (LTCVCB) is the most common cause of early catheter withdrawal, resulting in high morbidity, mortality and increased consumption of healthcare costs.

Treatment. Treatment depends on the clinical characteristics and the pathogens responsible for the infection, ranging from removal of the infected catheter to conservative treatment with combined systemic antibiotic and antibiotic lock therapy.

Introducción

La bacteriemia relacionada con catéter vascular central (BRCVC) de larga duración es la causa más frecuente de retirada precoz de un catéter, incrementando la morbimortalidad de estos pacientes, la estancia hospitalaria y el consumo de recursos^{1,2}. Se incluyen dentro de este grupo los catéteres tunelizados y los reservorios venosos totalmente implantados. La tasa de infección es variable, en función de la indicación para su colocación y de los factores de riesgo, oscilando

entre 0,11 y 3,81 por 1.000 catéteres al día³, siendo la infección relacionada con la asistencia sanitaria que más recursos consume.

Una vez establecida la sospecha de BRCVC, es necesario responder a dos cuestiones: cuándo retirar el catéter y cuándo iniciar tratamiento antibiótico empírico⁴.

Bacteriemia complicada relacionada con catéter

Son criterios de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) complicada: infección del trayecto subcutáneo (tunelitis),

*Correspondencia
Correo electrónico: fcdelatorre@gmail.com

absceso asociado al reservorio, tromboflebitis séptica, bacteriemia persistente tras 72 horas de tratamiento antimicrobiano eficaz sin retirada del catéter, sepsis grave o *shock* séptico, endocarditis u osteomielitis u otra forma de diseminación hematogena (por ejemplo, abscesos pulmonares, cerebrales o endoftalmítis)^{3,5}.

Indicaciones de retirada del catéter

El tratamiento de elección de la BRCVC de larga duración continúa siendo la retirada del catéter y la administración de antibioterapia intravenosa, reimplantando el catéter en una localización diferente en caso de ser necesario (fig. 1). La retirada del catéter no está exenta de riesgos², especialmente en pacientes oncológicos con plaquetopenia o alteraciones de la coagulación, pudiendo surgir complicaciones mecánicas graves (neumotórax, lesiones nerviosas) o hemorragias que deben ser contempladas en la valoración riesgo/beneficio.

Un catéter de larga duración se deberá retirar en caso de: BRCVC complicada, recurrencia de la infección a pesar del tratamiento adecuado, infecciones por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, hongos o micobacterias^{4,5}. En caso de BRCVC de larga duración con aislamiento de bacterias poco virulentas pero difíciles de erradicar (*Bacillus species*, *Micrococcus species* o propionibacterias) la recomendación suele ser también la retirada del catéter⁵.

La colocación de un nuevo catéter vascular central de larga duración puede plantearse tras confirmar la negativización de los hemocultivos.

Los estudios clásicos sugieren que la morbimortalidad de pacientes con BRC por estafilococos coagulasa negativa (ECN) no se ve afectada por el manejo del catéter (retirada o mantenimiento), aunque su mantenimiento se ha asociado con un mayor riesgo de recurrencia de la bacteriemia⁶. Puesto que los ECN constituyen el aislamiento más frecuente en la mayoría de las series, la conservación del catéter puede ser una opción en los casos cuya retirada es problemática, siempre que no se cumplan los supuestos en los que la retirada es imperativa. En caso de haber optado por mantener el catéter, es necesario realizar una reevaluación de la situación pasadas 48-72 horas, considerando la respuesta clínica y el resultado de los cultivos⁴.

Tratamiento empírico

El tratamiento antibiótico inicial depende de la gravedad del cuadro clínico, los factores de riesgo predisponentes, los microorganismos más probablemente implicados y el patrón de resistencias local⁵. Se considera necesario instaurar tratamiento antibiótico empírico en las siguientes circunstancias: si el catéter no se retira, en caso de BRCVC complicada, neutropenia u otro tipo de inmunosupresión y en portadores de dispositivos (prótesis endovasculares o prótesis articulares)⁴.

En caso de decidir preservar el catéter, el régimen de tratamiento empírico debe incluir antibioterapia local (en forma

de sellados) y sistémica durante 10-14 días¹ (fig. 1), debiendo asegurar una cobertura adecuada frente a microorganismos Gram positivos (*S. aureus* y ECN), dada la relevancia de este tipo de infecciones.

El tratamiento de elección es un glicopéptido, preferiblemente vancomicina, ya que la prevalencia de ECN (y de *S. aureus* en algunos centros) resistentes a meticilina suele ser elevada⁴. Está indicado emplear daptomicina en pacientes con insuficiencia renal aguda, exposición reciente a vancomicina (más de 1 semana en los 3 meses previos) o si la prevalencia local de cepas con concentración mínima inhibitoria (CMI) a vancomicina mayor de 1,5 mcg/ml es elevada⁵.

A pesar de que clásicamente los cocos Gram positivos han tenido un papel preponderante, en los últimos años se ha descrito un incremento relevante de la prevalencia de las BRC por Gram negativos, llegando a suponer entre un 40 y un 78% de los aislamientos en algunos estudios^{2,7}. Entre los factores de riesgo relacionados con la BRC por bacilos Gram negativos (BGN) (incluyendo *Pseudomonas aeruginosa*) destacan el trasplante de órgano sólido o médula ósea, la colonización constatada por dichos patógenos, los brotes nosocomiales, el uso previo de betalactámicos y las estancias hospitalarias superiores a 11 días^{4,5,7}.

Entre las opciones de tratamiento disponibles se encuentran: aminoglucósidos (amikacina), aztreonam, cefalosporinas con acción antipseudomónica (ceftazidima, cefepime), piperacilina-tazobactam, carbapenemes o quinolonas⁴. En caso de sospecha de infección o colonización por un microorganismo multirresistente, se valorará el tratamiento con carbapenemes.

Deberemos considerar la necesidad de incluir en el tratamiento empírico cobertura frente *Candida* spp. en pacientes sépticos con cualquiera de los siguientes factores de riesgo: nutrición parenteral total, uso prolongado de antibióticos de amplio espectro, cáncer hematológico, receptor de trasplante de médula ósea o de órgano sólido, localización del catéter a nivel femoral o colonización múltiple documentada. El tratamiento empírico de elección sería una equinocandina, pudiendo emplear fluconazol en casos seleccionados (pacientes sin exposición a azoles en los últimos 3 meses o ambientes sanitarios con baja prevalencia de *Candida krusei* o *Candida glabrata*)⁵. Una vez dispongamos del resultado de los cultivos, debe realizarse un ajuste terapéutico, reevaluando la necesidad de la retirada del catéter o la reducción del espectro antimicrobiano en caso de ser posible.

La duración óptima del tratamiento antibiótico dependerá del microorganismo aislado, la presencia o ausencia de complicaciones y si el catéter ha sido retirado o no (fig. 1). Se comenzarán a contabilizar los días de tratamiento desde la fecha del primer hemocultivo negativo⁵.

Una proporción importante de los pacientes con BRC incluidos en programas de hemodiálisis pueden recibir tratamiento ambulatorio, siendo necesario el ingreso del paciente en los casos de sepsis o infección metastásica. Para el tratamiento óptimo de estos pacientes, deben considerarse las características farmacocinéticas de los antimicrobianos seleccionados, priorizando aquellos que puedan ser dosificados tras cada sesión de diálisis o no se vean afectados por ella.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764329>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764329>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)