

Symposium 5

Manejo antibiótico de la infección bacteriana en los pacientes críticos y neutropénicos (sonda urinaria, catéter venoso central)

Ponencia

Actuación en el paciente crítico con infección por dispositivos externos (sonda urinaria y catéter venoso central)

F. Barcenilla¹, L. Álvarez Rocha², S. Rodríguez¹, P. Rascado² y A. Jover¹

¹Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida; ²Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña

Los pacientes que ingresan en UCI son pocos comparados con el número total de los que ingresan en el hospital; sin embargo, en ellos se producen el 40% a 60% del total de las infecciones nosocomiales. Cerca del 90% de las infecciones nosocomiales son secundarias a la utilización de dispositivos invasivos o a intervenciones quirúrgicas.

Gracias al Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI (ENVIN-UCI) disponemos, desde 1994 y de forma anual, de datos sobre las principales infecciones asociadas a dispositivos invasivos en los pacientes críticos. Las infecciones nosocomiales más frecuentes en UCI son la neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva, la infección urinaria asociada a sonda urinaria y las bacteriemias asociadas a catéter venoso central. Nos centraremos en las dos últimas infecciones, ya que la primera es tema de otra ponencia. Todas las tasas aportadas y las densidades de incidencia corresponden a los datos del ENVIN-UCI.

Estas dos infecciones nosocomiales comportan un aumento importante de los costes y la estancia hospitalaria, dato que, por sí solo, justifica el desarrollo de políticas de prevención encaminadas a disminuir las tasas de estas infecciones.

En cuanto a la infección urinaria por sonda, es la segunda infección nosocomial en UCI. Su densidad de incidencia ha oscilado entre 7,4 y 5,5/100 días de sonda en el año 2001. Por orden, ese año, los agentes etiológicos fueron *Escherichia coli* (25,6%), *Enterococcus faecalis* (17,1%), *Candida albicans* (14%) y *Pseudomonas aeruginosa* (7,3%). Estos dos últimos pasan a un primer lugar cuando la infección se adquiere tardíamente o se han administrado antibióticos con anterioridad. Por tanto, a la hora de elegir un tratamiento antibiótico empírico, deberemos tener en cuenta estos factores y la situación del paciente. Por otra parte, será imprescindible conocer la flora microbiana habitual de nuestra unidad, así como la posibilidad de otros factores de riesgo locales. Como recomendación, el tratamiento empírico que se elija deberá cubrir enterobacterias, y si la infección es tardía o el paciente ha recibido tratamiento antibiótico previo deberá cubrir *Enterococcus* spp., *P. aeruginosa* y probablemente *Candida* spp.

La bacteriemia asociada a catéter venoso central es la tercera causa de infecciones nosocomiales en UCI y su densidad de incidencia ha oscilado entre 8 y 6/100 días de catéter, siendo en el año 2001 de 6,2/100 días. Ese año los principales agentes etiológicos fueron *Staphylococcus epidermidis* (25,8%), estafilococos coagulasa negativos (15,3%), *Staphylococcus aureus* incluyendo sensibles y resistentes a la meticilina (12,8%), *P. aeruginosa* (7,4%) y *E. faecalis* (5,5%). La etiología no varió sustancialmente dependiendo del día de aparición y de la exposición previa a antibióticos. Cuando se tenga que elegir un tratamiento antibiótico empírico deberán realizarse las mismas consideraciones que en la infección urinaria por sonda y previamente decidir qué actitud se adopta con respecto al catéter (mantenerlo o retirarlo). El tratamiento empírico tendría que ser de amplio espectro, intentando cubrir los principales microorganismos causales. Es importante conocer la sensibilidad antibiótica de cada unidad en particular. La pauta debe cubrir los cocos grampositivos, en principio con un glucopéptido, y los bacilos gramnegativos incluyendo *P. aeruginosa*. Si el riesgo de infección por *Candida* spp. es elevado puede considerarse el inicio de la cobertura empírica con amfotericina B o fluconazol.

En ambas infecciones es importante, cuando conozcamos el agente etiológico, ajustar el tratamiento empírico iniciado a otro dirigido de menor espectro, adaptado al agente causal.