

INFECCIONES DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) EN 720 PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. EXPERIENCIA DE DOS PROTOCOLOS CONSECUTIVOS DEL GRUPO COOPERATIVO PETHEMA

P. Montesinos, I. Jarque¹, R. Martino², L. Vázquez³, M. Rafel⁴, A. Figuera⁵, J. López⁶, J. Lahuerta⁷, G. Debén⁸, L. Benlloch¹, L. Larrea¹, M. Salavert¹, M. Sanz¹

¹Hospital La Fe (Valencia); ²Hospital Sant Pau (Barcelona); ³Hospital Universitario (Salamanca); ⁴Hospital Clínic (Barcelona); ⁵Hospital La Princesa (Madrid); ⁶Hospital Ramón y Cajal (Madrid); ⁷Hospital 12 de Octubre (Madrid); ⁸Juan Canalejo (La Coruña). Grupo Cooperativo PETHEMA.

Introducción: El autotrasplante de progenitores hematopoyéticos (ASCT) se caracteriza por una corta neutropenia y una baja mortalidad infecciosa. La implantación de CVC es un procedimiento habitual para el ASCT, pero poco se conoce respecto a la incidencia y características de las infecciones de CVC.

Objetivos: Analizar la incidencia y características de las infecciones de CVC durante el ASCT, así como los factores de riesgo para su desarrollo.

Material y métodos: Analizamos dos estudios observacionales realizados en 25 hospitales del grupo PETHEMA. En total 720 pacientes fueron sometidos a ASCT y recibieron antibioterapia intravenosa de primera línea por fiebre. En el primer estudio (251 pacientes, años 1998-2000) se administró tazocel o cefepime combinados con amikacina, y en el segundo (469 pacientes, 2001-2003) imipenem ± glucopéptido inicial. La mediana de edad fue 50 años (18-74), las enfermedades más frecuentes linfoma y mieloma (ambos 35%), la mediana de duración de la neutropenia $<1 \times 10^9/L$ 10 días (4-64), y la duración del CVC al día de inicio de la fiebre 19 días (0-700). Se administró G-CSF en el 80%, profilaxis oral con quinolonas en 58% y con fluconazol en 65%. Se precisaron 2 hemocultivos para bacteriemia por *Staphylococcus* coagulasa negativo o *Corynebacterium* no *Jeikium*. La infección probada de CVC se definió como la presencia de signos clínicos de infección y/o aislamiento de patógenos en sangre y muestras del CVC retirado o del acceso al CVC.

Resultados: Se produjeron 52 (7,2%) infecciones de CVC: clínica 25 casos (47%), clínica con bacteriemia 8 (15%), clínica con documentación microbiológica 9 (17%), y bacteriemia/fungemia con crecimiento del patógeno en el CVC retirado 11 (21%). Al inicio de la fiebre 242 pacientes (34%) portaban un CVC tunelizado, 222 (31%) percutáneo, 105 (15%) drum, 21 (3%) reservorio, 14 (2%) no portaban y en 116 (16%) no se reportó el tipo. Las siguientes condiciones se asociaron a infección de CVC: no uso de G-CSF (11% vs 6%, $p = 0,05$), duración del CVC < 15 días (10% vs 4%, $p = 0,01$), estafilococcemia (22% vs 6%, $p < 0,01$), e infección polimicrobiana (35% vs 6%, $p < 0,01$). En el análisis multivariante, el uso de G-CSF y la duración del CVC > 15 días, fueron factores protectores para infección de CVC (OR 0,34 y 0,41, respectivamente, $p = 0,13$). El CVC se retiró en 98/720 casos (14%), debido a infección probada (39%), infección sospechada (27%), fiebre prolongada (17%) y otras causas (17%). Entre los 23 pacientes con infección de CVC que presentaron bacteriemia/fungemia, ésta se inició tras > 48 horas de antibióticos en el 56% (frente al 25% de aquellos que no presentaron infección de CVC, $p < 0,01$).

Conclusión: La infección de CVC es una causa habitual de fiebre en ASCT. La mayoría se diagnostican por signos clínicos, aunque con frecuencia se acompañan de infección del torrente sanguíneo. La no utilización de G-CSF, y los CVC de implante reciente se asociaron a un mayor riesgo de infección.