

 <p>Complejo Asistencial de Zamora Hospital Virgen de la Concepción</p>	 <p>INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER</p>	 <p>Sacyl Sistema Asistencial de Castilla y León</p>
Edición 1	Fecha : Mayo de 2025	

Equipo elaborador: Dra. Cristina Martín Gómez (Unidad de Enf. Infecciosas -S. de Medicina Interna). Equipo PROA ZA. Complejo Asistencial de Zamora.

1. Introducción

Factores predisponentes: Asociados a catéter: neutropenia, quimioterapia inmunosupresora, pérdida de integridad cutánea, comorbilidades graves, infección aguda en otra localización, alteración de la microflora cutánea del paciente, falta de cumplimiento de los protocolos de prevención por el personal sanitario. Asociados al catéter: Tipo de componente del catéter, lugar de inserción y tamaño del catéter, número de luces del catéter, uso del catéter, estrategias de manejo del catéter, tipo de inserción (tunelizado vs no tunelizado), duración del cateterismo, colocación del catéter de urgencia. Asociados al lugar de hospitalización: UCI, hematología, nefrología.

Definiciones:

En las bacteriemias debidas a microorganismos distintos de *Staphylococcus aureus*, las infecciones no complicadas serían las que cumplen los siguientes criterios: El catéter se retira dentro de los cinco días posteriores al diagnóstico. Hemocultivos de seguimiento negativos dentro de las 24 a 72 horas posteriores al cultivo positivo inicial. Defervescencia dentro de las 72 horas posteriores al cultivo positivo inicial. No hay signos ni síntomas de infección metastásica. No hay otros dispositivos protésicos intravasculares permanentes.

Fuentes de información: La elaboración de estas guías se basa en las recomendaciones de la Infectious Diseases Society of America.

Diagnóstico:

En catéter venoso periférico, ante la sospecha de infección relacionada con el mismo es importante la retirada del catéter y el envío de la punta, así como la extracción de hemocultivos convencionales por venopunción directa.

En caso de catéteres permanentes, con dificultad para la extracción o reemplazo del mismo, se realizará la extracción de hemocultivos de sangre periférica y a través del catéter/reservorio.

Si no hay sospecha de infección relacionada con catéter no retirarlo.

El diagnóstico se realizará en base a resultados microbiológicos y criterios clínicos.

Recomendaciones terapéuticas:

Tipo de infección	Tratamiento	Comentarios
Paciente con estabilidad hemodinámica		
Catéter periférico o línea media <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo. <i>S. aureus</i> . Enterobacterias. <i>Ps. aeruginosa</i> . <i>Candida</i> spp	Primeros 7 días desde la canalización: Vancomicina 15 mg/kg/día. Si FG < 50 ml/min, valorar sustituir la Vancomicina por Daptomicina ajustando a función renal. Más de 7 días desde la canalización, o pacientes hematológicos con neutropenia ⁽¹⁾ : Vancomicina dosis inicial de 20 a 35 mg/kg seguido de 15 mg/kg/día + Ceftazidima 2 gr/8 h. Si FG < 50 ml/min, valorar sustituir la Vancomicina por Daptomicina ajustando a función renal. Si alergia: Vancomicina + Aztreonam 2 gr/8 h iv.	Si sospecha de flebitis sin datos de gravedad y sin clara sospecha de bacteriemia, es posible la retirada del catéter periférico y extracción de hemocultivos sin iniciar tratamiento antibiótico empírico si la situación del paciente lo permite (aunque el paciente se encuentre apirético). Si pasados 3 días los hemocultivos son negativos, valorar la suspensión de tratamiento empírico. Duración: Bacteriemia complicada 4 semanas tras retirada. Bacteriemia no complicada: 5-7 días tras la retirada del catéter. Si se conserva el catéter 2 semanas + sellado local. Pacientes no críticos: retirar el catéter y vigilar sin
Catéter central o reservorio	Vancomicina dosis inicial de 20 a 35 mg/kg seguido de 15 mg/kg/día +	

INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER

Edición 1

Fecha : Mayo de 2025

Tipo de infección	Tratamiento	Comentarios
<i>S. epidermidis.</i> <i>S. aureus.</i> Enterobacterias. <i>Ps. aeruginosa.</i> <i>Candida</i> spp.	ceftazidima 2 gr/8 h. Si FG < 50 ml/min, valorar sustituir la Vancomicina por Daptomicina ajustando a función renal.	tratamiento excepto si es una bacteriemia complicada. Si tromboflebitis complicada solicitar valoración por Cirugía Vascul.
Sepsis/ Shock séptico		
<i>S. epidermidis.</i> <i>S. aureus.</i> Enterobacterias. <i>Ps. aeruginosa.</i> <i>Candida</i> spp.	Daptomicina 10 mg/kg/día o Vancomicina dosis inicial de 20 a 35 mg/kg seguido de 15 mg/kg/día + Amikacina 15-20 mg/kg/24 h iv. Valorar tratamiento antifúngico (2): añadir Caspofungina 70 mg el primer día seguido de 50 mg/día los posteriores (para un peso menor de 80 kg) Si alergia: sustituir Ceftazidima por Aztreonam 2 gr/8 h iv + Amikacina 15 mg/kg/día iv. Si colonización o riesgo alto de BLEE: sustituir Ceftazidima por Meropenem 1 gr/8 h iv (primera dosis en 30', siguientes en 3 h). Si alergia: Amikacina 15 mg/kg/día iv.	Valorar los microorganismos colonizadores para inicio de antibioterapia. Duración sepsis: <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo: 3 días. <i>S. aureus</i> ≥ 2 semanas. Enterobacterias: 7 días. <i>Ps. aeruginosa</i> : 7-10 días. <i>Candida</i> spp: ≥ 2 semanas
Sellado del catéter	Estafilococos: Daptomicina 5 mg/ml. Vancomicina 2 mg/ml. Teicoplanina 10 mg/ml. Enterococos: Vancomicina + Gentamicina (ambos 2 mg/ml). Bacilos Gram negativos: Levofloxacino 5 mg/ml. Ciprofloxacino 2 mg/ml. Amikacina 2-10 mg/ml. Piperacilina-tazobactam 10 mg/ml. <i>Candida</i> spp: Equinocandina 5 mg/ml. Amfotericina B liposomal 1-5 mg/ml	Administrar asociado a antibioterapia sistémica. Administrar el volumen de solución necesaria para llenar la luz del catéter. La solución permanecerá entre 4 y 72 h, tras las cuales se debe retirar antes de usar el catéter o de instilar una nueva dosis de solución de sellado

- (1) Añadir cobertura frente a bacilos gram negativos si sospecha: sepsis-shock séptico, neutropenia, neoplasia hematológica, trasplantados, catéter femoral, estancia prolongada en UCI, alto grado de colonización por BGN.
- (2) Pacientes con nutrición parenteral total, catéter central (sobre todo femoral) y/o cirugía abdominal o esofágica previa, pancreatitis grave, colonización por *Candida* en varias localizaciones, antibioterapia activa o reciente, neutropenia severa y/o prolongada en paciente hematológico

Indicaciones de retirada de catéter: Signos externos de infección. Sepsis grave o shock séptico. Complicaciones sépticas a distancia. Inmunodepresión. Bacteriemia persistente a pesar de tratamiento correcto. Tromboflebitis supurativa. Causado por *S. aureus*, *Candida* spp, *Ps. aeruginosa*, *Aspergillus* spp, *Enterococcus* spp, BGN multirresistentes, *Mycobacterium* spp, *Corynebacterium* spp.

Referencias bibliográficas:

- IDSA Guidelines for Intravascular Catheter-Related Infection• CID 2009:49 (1 July).
- Michael S Calderwood, Anthony Harris, Keri K Hall. Intravascular non-hemodialysis catheter-related infection: Treatment. *UpToDate*. Recuperado en Octubre de 2025 de https://www.uptodate.com/contents/intravascular-non-hemodialysis-catheter-related-infection-treatment?search=Intravascular%20Catheter-Related%20Infection&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares. C. Ferrer, B. Almirante / *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(2):115–124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.12.002>