

ASOCIACION GREMIAL CRITICAL UCI GROUP

ACTA GUIA #8

Bogotá Junio 15 de 2023

Equipo Revisor:

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coordinador UCI Clinica Palermo, Coodinador UCI Clinica CAFAM

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Edward Blanco – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctora: Angela M Sosa - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Luis Escovar Barreto - Medico UCI Hospital de San Jose

Doctora: Maria Margarita Tovar Franco - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Julian Mauricio Vargas Malaver – Medico General UCI Hospital Infantil de San Jose - Residente

Acta de adaptacion a la guia de manejo para uso de antibióticos en sepsis y shock séptico –

1. En pacientes con sospecha de sepsis o shock séptico, infección no confirmada, se recomienda la reevaluación continua y la búsqueda de diagnósticos alternativos. Suspender antibióticos empíricos si se demuestra una causa alternativa de la enfermedad.

Se adopta la propuesta de la guía de supervivencia en sepsis en cuanto a la evaluación continua del paciente con sospecha de sepsis o shock séptico. El abordaje a la cabecera del paciente determinará la pertinencia en la continuidad del uso antibiótico o su suspensión

2. En pacientes con posible shock séptico o alta sospecha de sepsis se recomienda la administración de antimicrobianos de forma inmediata, idealmente en la primera hora de reconocimiento de la enfermedad.

Como equipo de cuidado crítico estamos de acuerdo con la importancia del inicio oportuno de terapia antibiótica en el paciente con alta sospecha de sepsis o shock séptico. La instauración de terapia antibiótica en la primer hora de abordaje en la unidad de cuidado intensivo, continúa siendo pilar en el manejo del cuadro infeccioso y con mayor evidencia en relación a reducción de morbilidad. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

3. En pacientes adultos con posible sepsis sin shock, se recomienda la evaluación rápida de la posibilidad de otras causas infecciosas versus no infecciosas.

En pacientes con posible cuadro infeccioso (sepsis/shock séptico) la evaluación prioritaria es mandatoria. Se debe descartar otras causas del cuadro, para establecer el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible, poniendo en consideración y a discusión la posibilidad de causas infecciosas vs no infecciosas. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

4. Para pacientes adultos con sepsis sin shock séptico, sugerimos un tiempo rápido límite de investigación; si persiste la preocupación por un proceso infeccioso, se debe iniciar antibiótico en las primeras 3 horas tras reconocer por primera vez un estado de sepsis.

Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

5. En pacientes adultos con baja probabilidad de sepsis, sin shock se sugiere diferir el uso de antibióticos mientras se continúa con una monitorización cercana del paciente.

Consideramos que los pacientes con baja probabilidad de sepsis, sin estados de shock no se benefician del uso antibiótico empírico por lo cual su uso está diferido teniendo en cuenta el juicio clínico que establece la baja sospecha de proceso

infeccioso asociado como causa de enfermedad e ingreso a la unidad; sin embargo la vigilancia y evaluación continua debe de establecerse con el fin de tomar el cambio o conducta clínica temprana en dado caso que la condición clínica del paciente cambie y amerite reevaluar el inicio de terapia antibiótica. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

6. Pacientes adultos con sospecha de sepsis o shock séptico, se sugiere no uso rutinario de procalcitonina más evaluación clínica para definir el inicio de terapia antibiótica, comparado con solo la evaluación clínica .

La procalcitonina como método paraclínico de evaluación de estados de sepsis no es de uso rutinario. No se debe considerar como marcador de infección aislado y que sea el factor determinante para tomar la decisión de inicio de terapia antibiótica. El juicio clínico y evaluación del paciente en todo su contexto son los que determinan la pertinencia en el inicio de manejo antibiótico frente a casos de sospecha de sepsis o shock séptico. No se puede tomar un factor como único indicio para iniciar la terapia. La suma de factores, encabezando la clínica del paciente y ayudas diagnósticas aumentan en rendimiento para llegar a la confirmación del diagnóstico y en ningún caso un laboratorio prevalece sobre la evaluación del médico. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo y se adapta el planteamiento de la guía.

7. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico con alto riesgo de infección por estafilococo meticilino resistente, se recomienda el uso de antibióticos empíricos con cobertura para dicho germen en lugar de antibióticos sin cobertura para estafilococo meticilino resistente.

Los pacientes evaluados con factores de riesgo para infección por germen meticilino resistente se benefician del inicio temprano y oportuno de antibioticoterapia con cubrimiento para la resistencia de este tipo de agentes infecciosos. Se debe establecer de acuerdo al tipo de paciente, infeccioso y su foco los factores asociados que infieran un alto riesgo de infección por germen meticilino resistente con el fin de instaurar la terapia empírica pertinente. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

8. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico con bajo riesgo para infección por estafilococo meticilino resistente se recomienda en contra del uso de antibioticos empiricos con cubrimiento para germen meticilino resistente en comparación con antibióticos sin espectro de cubrimiento contra germen meticilino resistente.

Consideramos no uso rutinario de antibióticos con cobertura de germen meticilino - resistente si la probabilidad y factores de riesgo para infección por este agente es baja. La terapia antibiótica debe ser guiada frente a: tipo de paciente, tipo de infección, sospecha clínica de posibles patrones de resistencia y los factores de

riesgos asociados para desarrollar estos patrones de resistencia. Estamos de acuerdo en la no implementación generalizada de antimicrobianos contra germen metilino-resistente si no existe evidencia de factores de riesgo del huésped para adquirir este tipo de bacterias.

9. Para pacientes adultos con sepsis o shock séptico, y alto riesgo de infección por microorganismos multidrogoresistente se sugiere el uso de 2 antibióticos con cobertura para gram negativos, para tratamiento empírico versus el uso de monoterapia.

En pacientes con sepsis o shock séptico con factores de riesgo para infecciones por gérmenes multidrogoresistentes se debe primar por el uso de antibióticos con efecto sinérgico sobre monoterapia, y que abarquen el rango microbiológico de los gramnegativos como manejo empírico de la infección. Nos adaptamos a la recomendación de la guía de supervivencia a la sepsis.

10. Para pacientes adultos con sepsis y shock séptico con bajo riesgo de infección por gérmenes multidrogoresistentes se sugiere no usar tratamiento empírico con 2 antibióticos contra gram negativos en comparación con el uso de monoterapia.

Se debe establecer el riesgo de infección por germen multidrogoresistente en pacientes con sepsis y shock séptico determinando que si la probabilidad es baja no existe beneficio de terapia combinada de la cual se incluya cubrimiento para gérmenes gramnegativos. Estamos de acuerdo y nos adherimos a la recomendación en mención

11. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico se sugiere no usar doble antibiótico contra gram negativos una vez se conozca el agente patógeno causal y su perfil de sensibilidad.

-Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

12. En pacientes con sepsis o shock séptico con alto riesgo de infección fúngica se sugiere uso de terapia antifúngica de forma empírica en comparación con no terapia antifúngica.

-Consideramos que no hay beneficio en el inicio de terapia empírica contra agentes micóticos pues las escalas de evaluación para riesgo de este tipo de infecciones cuentan con sesgos y su rendimiento al igual que nivel de evidencia es bajo, llevando a uso irracional de la terapia antimicótica.

No realizamos tamizaje rutinario de KOH. No se considera uso rutinario de escalas (candida score, sevilla) como método para definir inicio de terapia antifúngica. En relación a este punto de la guía, estamos en desacuerdo y consideramos que debe hacerse una evaluación clínica mas exhaustiva con criterios claros que determinen la pertinencia de uso antimicótico. No recomendamos el uso rutinario empírico antimicótico basado en escalas.

13. Para pacientes adultos con sepsis o shock séptico con bajo riesgo de infección fúngica se sugiere en contra del uso empírico de terapia antifúngica. No recomendamos el uso empírico de terapia antifúngica.

Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

14. No se hacen recomendaciones frente al uso de agentes antivirales.

Por el momento no existe evidencia clínica que exponga puntos en contra y/o a favor del uso de agentes virales en casos de sepsis o shock séptico. Se necesita más evidencia para establecer una recomendación frente al punto de uso de agentes antivirales.

15. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico, se sugiere el uso de infusión prolongada de betalactámicos para mantenimiento posterior a bolo inicial, sobre la infusión convencional.

No consideramos el uso de infusión continua antibiótica. El uso antibiótico se establece según las guías institucionales pactadas para HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE Y HOSPITAL SAN JOSE CENTRO. Se realizará debate y revisión de la evidencia para determinar pertinencia en uso de infusión de antibióticos. Se necesita

Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra en desacuerdo con la

En caso de infusión continua de VANCOMICINA SE DEBE realizar revisión de la evidencia para establecer pertinencia en su aplicación en nuestras unidades.

16. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico se recomienda optimizar las estrategias de dosificación del antibiótico en infusión continua de los principios de farmacocinética/farmacodinamia y las propiedades específicas de los medicamentos.

Frente a la recomendación en mención el grupo se adapta y considera válido el planteamiento de la guía de supervivencia a la sepsis.

17. En pacientes adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda identificar o excluir rápidamente un diagnóstico anatómico específico de infección (foco) que requiere control de la fuente e implementar cualquier intervención de control de la fuente tan pronto como sea médicamente y logísticamente posible.

Consideramos que pese a la instauración oportuna, temprana de terapia antibiótica en pacientes con sepsis o shock séptico, y la localización anatomopatológica del foco, se debe priorizar el control de este, con su exclusión, evacuación y / o drenaje dado el caso y según la técnica médica invasiva o no invasiva posible. Es pertinente y primordial realizar la intervención necesaria y disponible para control de foco

infeccioso junto con la herramienta farmacológica antibiótica establecida en primera mano. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo y se adapta con la guía.

18. En pacientes con sepsis o shock séptico se recomienda remoción inmediata de dispositivos / accesos vasculares que sean posibles focos de infección tras establecer otro acceso vascular de ser necesario.

El riesgo de focos infecciosos debe ser de evaluación permanente. El uso de dispositivos invasivos vasculares entre otros que se consideran vehículos para infección de acuerdo al contexto del paciente deben ser retirados de forma inmediata tras establecer otra vía alterna segura y aséptica para la terapia. Nos adherimos como grupo a la recomendación planteada por la guía.

19. Para adultos con sepsis o shock séptico se sugiere la evaluación diaria para desescalamiento antibiótico sobre el uso de esquemas fijos o terapias sin reevaluación.

De forma diaria y rutinaria se debe evaluar el estado del paciente, su evolución y el impacto del tratamiento antimicrobiano con el fin de determinar su perpetuidad en días y el mejor momento para desescalar y / o finalizar la terapia antibiótica. El comportamiento clínico será vital para determinar a juicio del médico el desescalamiento o finalización de la terapia sin recurrir a esquemas fijos de terapia que alejen la evaluación continua dando falsa seguridad en relación a un número de días estándar de tratamiento es igual a una curación del proceso infeccioso. Referente a la recomendación de la guía estamos de acuerdo y adoptamos la recomendación.

20. Para adultos con un diagnóstico inicial de sepsis o shock séptico y adecuado control de la fuente se sugiere usar terapia antibióticas de corta duración frente a terapia antibiótica de larga duración.

Realizar un seguimiento clínico con evaluación de la respuesta a la terapia antibiótica con el fin de dar el tiempo necesario de tratamiento sin prolongar manejos de forma injustificada. Se prefiere los esquemas cortos de antibiótico siempre y cuando la respuesta clínica del paciente corrobore el control y eliminación de la infección. Frente a la recomendación en mención el grupo se encuentra de acuerdo con la guía.

21. Para adultos con un diagnóstico inicial de sepsis o shock séptico y control adecuado de la fuente donde la duración de terapia antibiótica no está clara se sugiere usar procalcitonina y evaluación clínica para decidir cuándo interrumpir los antibióticos en lugar de solo evaluación clínica.

A tener en cuenta como punto de acuerdo.

Frente al uso de manejo de ceftazidima avibactam en infección por gramnegativos no se recomienda su uso rutinario empírico en sepsis o shock séptico sin tener un aislamiento con un patrón de resistencia establecido. Si no hay detección fenotípica de metalobetalactamasas no se recomienda empíricamente este antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

-Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021

-Schorr C, Odden A, Evans L, et al: Implementation of a multi- center performance improvement program for early detection and treatment of severe sepsis in general medical-surgical wards. *J Hosp Med* 2016; 11(Suppl 1):S32–S39

-Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al: Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Med* 2017; 43:304–377