

Tratamiento empírico antibiótico de los síndromes infecciosos más prevalentes

A. Ramos Martínez* y E. Muñoz Rubio

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Infecciones adquiridas en la comunidad
- Sepsis
- Tratamiento antibiótico empírico

Keywords:

- Community acquired infections
- Sepsis
- Empiric antibiotic treatment

Resumen

Introducción. La prescripción del tratamiento antibiótico empírico (antes de conocer los resultados microbiológicos), debe basarse en la etiología más probable de la infección.

Principales síndromes infecciosos. La escala **quick-SOFA** facilita la identificación temprana de los pacientes con sepsis y la instauración rápida del tratamiento. La presencia de dolor intenso, bullas, gas tisular o edema a tensión en pacientes con infección de la piel y tejidos subcutáneos son sugestivas de infección necrotizante. El desbridamiento urgente es un elemento fundamental del tratamiento. Las escalas PSI y CURB-65 permiten predecir el pronóstico de la neumonía comunitaria y son útiles para decidir el ingreso hospitalario. El tratamiento antimicrobiano recomendado en las infecciones urinarias depende de la localización de la infección y la afectación estructural de la vía urinaria. El régimen antimicrobiano en infecciones intraabdominales debe basarse en la existencia de factores de mal pronóstico y/o infección por bacterias resistentes.

Abstract

Empiric antibiotic therapy of most prevalent infectious syndromes

Introduction. The prescription of empiric antibiotic treatment (before knowing the microbiological results) should be based on the most probable etiology of the infection.

Main infectious syndromes. The quick-SOFA scale facilitates the early identification of patients with sepsis and rapid treatment initiation. The presence of severe pain, bullae, tissue gas or tension edema in patients with skin and subcutaneous tissue infection are suggestive of necrotizing infection. Urgent debridement is a key element of treatment. The PSI and CURB-65 scales allow predicting the prognosis of community-acquired pneumonia and are useful for deciding whether to enter the hospital. The recommended antimicrobial treatment in urinary tract infections depends on the location of the infection and the structural involvement of the urinary tract. The antimicrobial regimen in intra-abdominal infections should be based on the existence of factors of poor prognosis and/or infection by resistant bacteria.

Introducción

La prescripción antimicrobiana adecuada constituye un elemento clave para mejorar el pronóstico del paciente infectado. El tratamiento antibiótico empírico se prescribe antes de conocer los resultados microbiológicos y debe estar basado

en la etiología y la sensibilidad antimicrobiana más probable en cada tipo de infección^{1,2}. El lugar de adquisición es una característica fundamental de la infección, dada la mayor tasa de resistencias bacterianas que están presentes en el entorno nosocomial³. A pesar de ello, es conveniente señalar que durante los últimos años las diferencias etiológicas entre infecciones comunitarias y nosocomiales se están difuminando, en cierta medida, por el incremento de las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios. En este grupo de pacientes se incluyen los que residen en centros sociosanitarios y aque-

*Correspondencia

Correo electrónico: aramos220@gmail.com

TABLA 1
Recomendaciones para el uso adecuado de antimicrobianos

1. Usar antimicrobianos solo si existe sospecha de infección relevante
2. Evitar tratar colonizaciones y bacteriuria asintomática
3. Inicio rápido del tratamiento tras la obtención de pruebas microbiológicas
4. Emplear dosis y vía de administración adecuada
5. Ajustar o retirar el tratamiento antimicrobiano según la evolución clínica y los resultados microbiológicos
6. Valorar cambio a vía oral tras la mejoría del paciente
7. Evitar prolongar el tratamiento (duración habitual 5-7 días)
8. Considerar toxicidad farmacológica
9. Emplear antimicrobianos que induzcan resistencias en menor medida
10. Emplear antimicrobiano de menor coste económico

llos tratados en unidades de hemodiálisis, hospitales de día, consultas de heridas crónicas y hospitalización domiciliaria⁴.

La relación entre la prescripción antibiótica inadecuada y la aparición de resistencias antibióticas ha generado una gran inquietud en determinados entornos sanitarios. Un número elevado de instituciones sanitarias nacionales e internacionales ha desarrollado una serie de iniciativas realizadas para mejorar la utilización racional de los antimicrobianos⁵. Entre sus objetivos destaca que los clínicos prescriban la terapia antibiótica empírica tan pronto como sea posible, y que esta sea revisada a los 2-3 días después de su inicio (tabla 1). El tratamiento empírico debe ajustarse en ese momento en función de los microorganismos identificados (tratamiento dirigido). Además de reducir de forma adecuada el espectro antibacteriano y de revisar la posología, se deben retirar todos los componentes innecesarios del tratamiento inicial. El cambio de la vía intravenosa (iv) a la vía oral (vo) debe plantearse tan pronto como sea posible. Esta acción redundante en una disminución del coste, facilita el alta del paciente y reduce las potenciales complicaciones del acceso intravenoso^{6,7} (fig. 1). La vo puede seleccionarse desde el principio para las infecciones menos graves y que pueden tratarse de forma ambulatoria empleando fármacos con una excelente biodisponibilidad como quinolonas, azitromicina, cotrimoxazol, metronidazol o fluconazol⁸. En los siguientes apartados abordaremos el tratamiento empírico para adultos de los síndromes infecciosos más frecuentes adquiridos en la comunidad.

Sepsis sin foco

Las infecciones graves se caracterizan por una respuesta inflamatoria y fisiopatológica anómala, y pueden estar causadas por bacterias grampositivas, bacterias gramnegativas y hongos⁹. Los pacientes con sepsis pueden presentar un espectro amplio de gravedad, llegando a producir en los casos más graves *shock* séptico, fallo multiorgánico y el fallecimiento del paciente. La disfunción de órganos o sistemas se define como el incremento de dos o más puntos en el *score Sepsis-related Organ Failure Assessment* (SOFA) sobre la puntuación basal previa¹⁰. Esta escala se emplea en pacientes sépticos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y está basada en parámetros como la presión parcial de oxígeno arterial/fracción de oxígeno inspirado (respiratorio), el recuento de plaquetas (hematología), la bilirrubina sérica (hígado), la

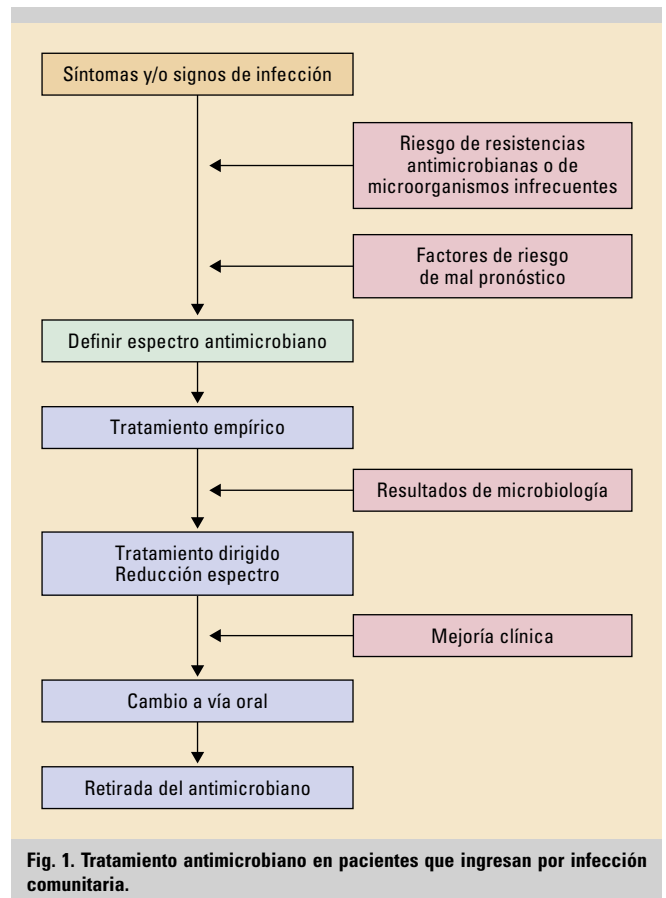


Fig. 1. Tratamiento antimicrobiano en pacientes que ingresan por infección comunitaria.

creatinina sérica (renal), la puntuación de coma de Glasgow (cerebro) y el requerimiento de hipotensión y vasopresor (circulariorio). El *shock* séptico es de naturaleza distributiva y se define por la presencia de niveles séricos de lactato superiores a 2 mmol/l, junto a la necesidad de vasopresores para mantener una presión arterial adecuada, a pesar del suplemento adecuado de líquido en un paciente séptico¹¹.

La identificación temprana de los pacientes con sepsis es un factor determinante para disminuir la mortalidad. Con esta finalidad se ha diseñado una escala (*quickSOFA*) que permite identificar fácilmente a los pacientes con riesgo de fallecer por sepsis, y se calcula asignando un punto a las siguientes alteraciones clínicas: presión arterial sistólica igual o menor a 100 mm Hg, frecuencia respiratoria igual o superior a 22/minuto y confusión mental (escala de Glasgow igual o menor a 13). Una puntuación de 2 o superior se asocia con un pronóstico vital desfavorable¹¹. Como se ha mencionado con anterioridad, el tratamiento antibiótico debe iniciarse lo antes posible (durante las primeras 6 horas) tras la obtención de 2-3 hemocultivos¹².

Tanto el retraso en su administración como la selección de un tratamiento inadecuado se asocia con un incremento de la mortalidad¹³. En casos de sepsis o *shock* séptico sin foco infeccioso identificado y con sospecha baja de infección por *Pseudomonas*, el régimen recomendado sería: vancomicina junto a ceftriaxona o cefepima o betalactámico/inhibidor de betalactamasa como piperacilina-tazobactam (PT), amoxicilina/clavulánico (AC) (tabla 2). En los casos con sospecha de infección por *Pseudomonas* se debería indicar: vancomicina

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681267>

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