

Encuesta nacional a intensivistas sobre el manejo de infecciones fúngicas invasivas (IFI) en pacientes críticamente enfermos

Rafael Zaragoza Crespo¹, Ángel Estrella García², Xavier Nuvials Casals³, Mireya Robles Plaza⁴, Araceli Casado Gómez⁴

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz ³Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona ⁴Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Madrid

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones fúngicas Invasivas (IFI) son una **causa importante de morbilidad y mortalidad** en el entorno de la UCI a nivel mundial¹. En consecuencia, es necesario un diagnóstico adecuado y temprano para mejorar la vida de los pacientes^{2,3}. A pesar de ello, su diagnóstico y manejo siguen siendo controvertidos en la actualidad.

OBJETIVO

Conocer, de la mano de los Intensivistas españoles, la **situación actual y las estrategias de diagnóstico y manejo de la IFI en el paciente crítico.**

METODOLOGÍA

- Se realizó una encuesta transversal multicéntrica, dirigida a especialistas en cuidados intensivos pertenecientes a diferentes centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud entre el 22 de abril y el 25 de junio 2024.
- La recogida de datos se realizó mediante una encuesta online en la plataforma Microsoft Forms, donde se incluyeron 13 preguntas con cuatro respuestas cerradas. En la mayoría de las preguntas, era posible seleccionar múltiples respuestas.

RESULTADOS

- La encuesta fue cumplimentada por **63 expertos** (media de años de práctica 23 años) provenientes de **51 hospitales** de 16 comunidades autónomas diferentes.

PREGUNTA 1. La aspergiloel pulmonar (AP) en el paciente crítico:	
En pacientes con Influenza/COVID19 el diagnóstico lo inicio habitualmente cuando hay deterioro clínico que no se explica por otra causa al ingreso en la UCI.	67%
En paciente de alto riesgo ante sospecha clínica habitualmente realizo lavado broncoalveolar broncoscópico para obtención de muestras del tracto respiratorio inferior solicitando galactomanano para guiar el tratamiento.	95%
Inicio tratamiento antifúngico sin esperar a los resultados microbiológicos cuando hay deterioro clínico en paciente de riesgo que no se explica por otra causa al ingreso en la UCI.	68%
Me guio del resultado del galactomanano en aspirado traqueal para iniciar tratamiento.	27%
PREGUNTA 2. Los últimos estudios epidemiológicos sobre resistencias a Aspergillus realizados en España (ASPEIN I y ASPEIN II) confirman la existencia de Aspergillus fumigatus resistentes a azoles.	
Solicito al laboratorio u otra institución estudio sensibilidad a azoles cuando se identifica Aspergillus spp en el cultivo	70%
Solicito al laboratorio u otra institución la determinación de mutaciones de resistencia cuando se identifica Aspergillus spp en el cultivo	11%
Es necesario empezar a plantearse la presencia de resistencias a azoles en pacientes donde no se observa mejoría clínica	67%
La mayoría de las resistencias a azoles observadas son de origen ambiental	27%
PREGUNTA 3. En caso de sospecha de resistencias a azoles en un paciente que está recibiendo tratamiento por aspergiloel, ¿qué estrategia llevarla a cabo?	
Asociación de otro antifúngico de una familia diferente al que está recibiendo	40%
Cambio de familia de antifúngico a otra de amplio espectro	44%
Aumentar la dosis del antifúngico	0%
Tratamiento combinado con dos nuevos antifúngicos de distintas familias que no sean azoles	16%
PREGUNTA 4. En el tratamiento de la aspergiloel en el paciente con Influenza:	
Isavuconazol y anfotericina B liposomal son tratamientos recomendados	86%
Lo iniciaría con un galactomanano (GM) + en lavado broncoalveolar (BAL)	81%
El tratamiento empírico en ausencia de pruebas de laboratorio sigue siendo válido cuando hay alta sospecha clínica	76%

PREGUNTA 7. En su opinión, Candida auris:	
Recomiendo la terapia combinada	73%
Equinocandinas y anfotericina B liposomal son las principales opciones de tratamiento	68%
Presenta mayor mortalidad que otras candidiasis invasoras	76%
Se preocupa como un problema emergente en mi entorno	38%
PREGUNTA 8. ¿En qué situaciones iniciaría tratamiento antifúngico para una Candidiasis Invasora?	
Hasta que no me llega el cultivo y este es positivo no inicio tratamiento	2%
Me baso en la determinación de B-D glucano	35%
Cuando el candida score es > 3 al inicio del tratamiento	73%
Pacientes con fiebre y no respuesta al tratamiento antibiótico y mala evolución sin tener todavía resultados microbiológicos	78%
PREGUNTA 9. ¿Qué opina sobre la monitorización de antifúngicos en el paciente crítico?	
En la práctica es difícil implementarla bien o recibir resultados a tiempo	79%
Los corticoides en dosis altas pueden reducir las concentraciones de azoles	37%
Sería conveniente monitorizar Isavuconazol en situaciones concretas como pacientes obesos (MC > 25m ²) o cuando se usan técnicas como la Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) y las técnicas de depuración renal (TDER)	84%
El uso de ECMO y TDER se puede asociar a niveles bajos de azoles	90%
PREGUNTA 10. En su opinión, respecto a la Candidiasis Intraabdominal:	
Las equinocandinas se asocian a desarrollo de resistencias de C. glabrata, especialmente en esta localización	57%
Los cambios fisiopatológicos propios del paciente crítico afectan especialmente a los fármacos hidrosolubles reduciendo su paso al líquido peritoneal	78%
C. glabrata está aumentando su incidencia en este cuadro	73%
Existe infradiagnóstico	79%
PREGUNTA 11. Inicio tratamiento antifúngico en Candidiasis Intraabdominal:	
Me gustaría disponer de la determinación de B-D glucano en líquido peritoneal	60%
Me baso en el aislamiento de levaduras en el líquido peritoneal	57%

Encuesta nacional a intensivistas sobre el manejo de infecciones fúngicas invasivas (IFI) en pacientes críticamente enfermos

