

c. Pregunta 3: ¿La selección de un régimen de antibióticos empíricos para NIH/NAV debe ser guiada por datos locales de resistencia a antibióticos?

Resumen de la evidencia: Se encontró que una de las dos guías identificadas y seleccionadas mediante la evaluación AGREE II establecía la recomendación para esta pregunta: la guía de IDSA (2016)(16).

La guía de la IDSA no muestra evidencia directa sobre si la selección de los antibióticos empíricos es basada de los datos locales de resistencia a antibióticos, sino que usan evidencia indirecta que muestra que hay diferencias en las prevalencia de los agentes infecciosos y su resistencia antibiótica dependiendo del servicio, región y países, así como de tipo de muestra de la cual se aísla el agente(35-38). Por ejemplo, cita un estudio realizado en 4 instituciones diferentes mostró que la prevalencia de los agentes infecciosos asociados a NAV fue diferente en cada institución(35). Otro estudio encontró que realizando diferente tipo de vigilancia (basado en registros de laboratorio comparado en vigilancia basado en infecciones detectadas) se tenía diferentes frecuencias de resistencias a antibióticos(37) y otro estudio mostró variación de los agentes infecciosos y sus patrones de resistencia en una misma institución entre diferentes UCI(36). Asimismo, otro estudio mostró que dentro de un mismo sistema de salud existe variación entre hospitales(38). Esta evidencia indirecta muestra que hay diferentes patrones de resistencia por instituciones e incluso entre servicios de un mismo centro de salud.

Se realizó una actualización de la búsqueda de evidencia de la guía de la IDSA a partir del 01 de noviembre del 2015 al 31 de diciembre del 2017, usando en una primera etapa el buscador Pubmed, con la finalidad de recopilar artículos que contesten la pregunta, no encontrándose evidencia que responda directamente la pregunta (uso de tratamiento empírico basado en antibiograma local vs tratamiento empírico no usando antibiograma local).

Debido a que la evidencia indirecta de la GPC del IDSA tenía más de 10 años (el estudio más nuevo se publicó el 2003), se buscó en Scopus los artículos que hayan usado de referencias los estudios usados como evidencia indirecta por la GPC del IDSA, encontrándose los siguientes estudios:

- Un estudio muestra diferencias en la prevalencia de patógenos respiratorios en cada servicio de un hospital en pacientes con NIH(39),
- Un estudio muestra diferencias en la prevalencia de patógenos respiratorios y patrones de resistencia en dos hospitales cercanos en Holanda(40).
- Un estudio indica la necesidad de tener un antibiograma local para poder decir el manejo empírico de los pacientes con NAV y también en aquellos con NIH(41).

Asimismo, se buscó en Scielo y en Google Scholar estudios realizados en Perú que indiquen distribución de resistencias en hospitales y centros de salud, encontrándose cinco estudios nacionales también muestran que la distribución de los patógenos respiratorios varían de acuerdo a cada institución (8-12, 42). Estos estudios eran en su mayoría descriptivos y observacionales, por lo que tienen un alto riesgo de sesgo de información y sesgo de selección, sin embargo, es la única evidencia disponible que se ha encontrado sobre distribución de patógenos resistentes en pacientes con neumonía.

Debido a la falta de estudios que hayan respondido a la pregunta en cuestión, se decidió no emitir una recomendación, pero sí emitir puntos de buena práctica clínica.

Justificación de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local consideró que, para tener la evidencia requerida para tomar una decisión terapéutica adecuada, es necesario tener datos sobre resistencia a antibióticos en cada hospital, esta evidencia debe ser usada en concordancia con los esfuerzos para el uso racional de antibióticos, que idealmente debería ser por servicio, ya que la frecuencia de patógenos resistentes puede ser diferente en cada servicio de un mismo hospital. Esta información servirá de base para generar un mapa microbiológico local, el cual debe ser actualizado y difundido regularmente, ya que las poblaciones de patógenos resistentes cambian en el tiempo.
2. El GEG-Local consideró que el tratamiento empírico basado en antibiograma local disminuirá el riesgo de daño por el uso de un antibiótico al cual probablemente no sea sensible el agente, así como la exposición a eventos adversos por el uso de antibióticos que no eran necesarios según el antibiograma local.
3. El GEG-Local entiende que la implementación de un sistema de vigilancia activa puede ser complejo y que no todos los hospitales cuentan con la tecnología adecuada ni los recursos necesarios, por lo que se estableció que la actualización dependerá de la complejidad y de consideraciones como la tasa de cambio, los recursos y la cantidad de datos disponibles para el análisis.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Puntos de buena práctica clínica:

1. Todos los establecimientos con internamiento deben generar y difundir regularmente mapas microbiológicos, idealmente aquellos específicos para su población de cuidados intensivos.
2. Los regímenes de tratamiento empírico deberán ser definidos de acuerdo con la distribución local de patógenos asociados con NIH/NAV y sus respectivos perfiles de susceptibilidad antimicrobiana.
3. La frecuencia con la que se actualiza la distribución de patógenos y sus susceptibilidades antimicrobianas debe ser determinada por la institución. Las consideraciones deben incluir la tasa de cambio, los recursos y la cantidad de datos disponibles para el análisis.