



ARTÍCULO ESPECIAL

Manejo de las complicaciones infecciosas asociadas con la infección por coronavirus en pacientes graves ingresados en UCI



Á. Estella^{a,*}, P. Vidal-Cortés^b, A. Rodríguez^c, D. Andaluz Ojeda^d, I. Martín-Loeches^e, E. Díaz^f, B. Suberviola^g, M.P. Gracia Arnillas^h, M. Catalán Gonzálezⁱ, F. Álvarez-Lerma^j, P. Ramírez^k, X. Nuvials^l, M. Borges^m y R. Zaragozaⁿ

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Jerez, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de Cádiz, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

^c Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, Tarragona, España

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Sanchinarro de Madrid, Madrid, España

^e PhD JFICMI Consultant in Intensive Care Medicine, CLOD Dublin Midlands group, St James's University Hospital, Trinity Centre for Health Sciences, HRB-Welcome Trust St James's Hospital, Dublín, EIRE, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^f Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España

^g Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España

^h Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

ⁱ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^j Servicio de Medicina Intensiva, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona, España

^k Servicio de Medicina Intensiva, Hospital La Fe de Valencia, Valencia, España

^l Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, España

^m Unidad Multidisciplinar de Sepsis, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Son Llatzer, IDISBA, Enfermedades Infecciosas UIB, Palma de Mallorca, Área de Sepsis e Infecciosas, Federación Ibérica y Panamericana de Medicina Intensiva (FEPIMCTI), Palma de Mallorca, España

ⁿ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

Recibido el 22 de febrero de 2021; aceptado el 17 de abril de 2021

Disponible en Internet el 30 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

SARS-CoV-2;
Prevención
infecciones;

Resumen Las infecciones se han convertido en una de las principales complicaciones de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que ingresan en UCI. El deficiente estado inmunitario, el desarrollo frecuente de fracaso orgánico con necesidad de tratamientos de soporte invasivos y las estancias prolongadas en áreas estructurales en gran medida saturadas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: litoestella@hotmail.com (Á. Estella).

Neumonía;
Nosocomial;
Infecciones
oportunistas

de enfermos son factores de riesgo para el desarrollo de infecciones. El Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis GTEIS de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias SEMICYUC enfatiza la importancia de las medidas de prevención de infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios, y de la detección y tratamiento precoz de las principales infecciones en el paciente con infección por SARS-CoV-2. La coinfección bacteriana, las infecciones respiratorias relacionadas con la ventilación mecánica, bacteriemia relacionada con el catéter, infección del tracto urinario asociado a dispositivo e infecciones oportunistas son desarrolladas.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

SARS-CoV-2;
Infection prevention;
Pneumonia;
Nosocomial;
Opportunistic
infections

Management of infectious complications associated with coronavirus infection in severe patients admitted to ICU

Abstract Infections have become one of the main complications of patients with severe SARS-CoV-2 pneumonia admitted in ICU. Poor immune status, frequent development of organ failure requiring invasive supportive treatments, and prolonged ICU length of stay in saturated structural areas of patients are risk factors for infection development. The Working Group on Infectious Diseases and Sepsis GTEIS of the Spanish Society of Intensive Medicine and Coronary Units SEMICYUC emphasizes the importance of infection prevention measures related to health care, the detection and early treatment of major infections in the patient with SARS-CoV-2 infections. Bacterial co-infection, respiratory infections related to mechanical ventilation, catheter-related bacteremia, device-associated urinary tract infection and opportunistic infections are review in the document.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

Acabamos de sobrepasar un año tras la descripción de los primeros casos de infección respiratoria por el coronavirus

SARS-CoV-2¹. El registro nacional COVID-19/SEMICYUC de los casos ingresados en las UCI españolas ha puesto de manifiesto un alto porcentaje de pacientes que desarrollan fracaso orgánico (100% respiratoria, 44% cardiovascular y 30% renal), estancias en UCI prolongadas (14 días [8-26]) y una mortalidad del 32,6% según los resultados de los primeros 2200 pacientes publicados². Potere et al. en una revisión sistemática y metaanálisis de las primeras series de pacientes en UCI documentan una mortalidad del 34% que asciende hasta el 83% en los enfermos con ventilación mecánica³, significativamente mayor a la observada en el registro COVID-19/SEMICYUC².

Podemos afirmar que los tratamientos empíricos y con escasa evidencia científica que se utilizaron en las fases iniciales de la pandemia desafortunadamente no han demostrado beneficios ni han modificado el curso ominoso de los casos graves atendidos en UCI⁴. Así mismo, los primeros datos aportados por el registro ENVIN-COVID, a partir del análisis de 1.525 pacientes COVID ingresados en UCI entre el 15 de marzo y 30 de mayo han demostrado que el 50% de ellos han presentado una o más infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y que las tasas de las distintas infecciones controladas se han multiplicado entre dos y cuatro veces (Informe ENVIN-COVID, 2020⁵. Por ello, parece prudente enfatizar en las medidas de prevención de infecciones en la UCI, y en la detección precoz de las mismas con la

intención de aplicar medidas de tratamiento adecuadas y precoces en el difícil reto de combatir la alta mortalidad asociada.

Con dicho objetivo el Grupo de Trabajo de Enfermedades infecciosas y Sepsis (GTEIS) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en la última reunión ordinaria celebrada acordó realizar una búsqueda bibliográfica del estado del arte actual y emitir unas recomendaciones de tratamiento emitidas por los autores de este documento que fueron escogidos por los coordinadores del Grupo de Trabajo en base a su experiencia en patología infecciosa.

Papel de los tratamientos inmunomoduladores en la infección nosocomial

Durante los primeros meses de pandemia la reducción de una respuesta inmune disregulada se consideró una diana terapéutica potencial. Para ello, y aún sin evidencia científica clara se utilizaron con frecuencia múltiples fármacos antiinflamatorios e inmunomoduladores, tales como: glucocorticoides, bloqueantes de interleuquinas y/o sus receptores, antimaláricos, antimetabólicos, inhibidores de calcineurina, etc. Sin embargo, estos fármacos no están exentos de efectos secundarios, siendo uno de los más graves la predisposición a la aparición de superinfecciones en el ámbito hospitalario.

El conocimiento respecto al efecto de los corticoides sobre el desarrollo de sobreinfecciones en estos pacientes

con infección por SARS-CoV-2 es actualmente limitado. El metaanálisis de los ensayos clínicos que, hasta la fecha, han evaluado el empleo de corticoides en los pacientes críticos con infección por SARS-CoV-2 realizado por la Organización Mundial de la Salud llegó a la conclusión de que los estudios incluidos en el mismo aportaban escasos datos sobre los efectos adversos y que no podía realizarse un metaanálisis sobre los mismos⁶. Sin embargo, algunos trabajos sugieren que el empleo de corticoides puede asociarse a un incremento en la incidencia de determinadas infecciones como bacteriemias, especialmente cuando estos se asocian a otros inmunosupresores⁷.

En base a la evidencia existente en el momento de redacción de este documento y siguiendo las pautas propuestas, entre otros por la Organización Mundial de la Salud, se recomienda el uso de corticosteroides, preferentemente dexametasona, para el tratamiento de pacientes con formas graves de COVID-19⁸. Debe tenerse en cuenta que, aunque pacientes con grados más leves de insuficiencia respiratoria podrían beneficiarse de este tratamiento el máximo beneficio se ha observado en los pacientes críticos con ventilación mecánica (OR 0,66 [IC 95%, 0,53-0,82]). Monedero et al.⁹ han documentado que la administración de corticoides de forma precoz, antes de las primeras 48 h de estancia en UCI, se asocia con menor riesgo de infección nosocomial (56,3% casos; OR 1,39, p=0,05) que aquellos que los reciben de forma más tardía (69,9% casos; OR=2,5 p<0,001) si bien el riesgo de infección es aún menor en aquellos pacientes que nunca recibieron el fármaco (48,2% de casos, OR=1). En la [tabla 1](#)¹⁰⁻¹⁹ se detallan los principales estudios sobre uso de corticoides y su asociación con el desarrollo de infecciones. Respecto al corticoide a emplear y la dosis, se recomienda preferentemente el uso de dexametasona, a dosis de 6 a 7,5 mg/día entre 7 y 10 días, al ser el principio activo utilizado en más estudios y el que ha demostrado un beneficio clínico estadísticamente significativo⁸.

Tocilizumab

Su uso se justifica en que podría disminuir el componente inflamatorio asociado a la COVID-19, pero a su vez podría interferir en la respuesta inmunitaria frente a replicación viral (efecto perjudicial). Por ello, su indicación en esta patología resulta comprometida existiendo evidencia tanto a favor como en contra. El principal efecto secundario del fármaco es la predisposición al desarrollo de infecciones. Datos procedentes de la experiencia poscomercialización objetivaron cómo la complicación más frecuente fue la presencia de infecciones del tracto respiratorio superior, incluidas neumonías (>10% de pacientes) seguido de celulitis y reactivaciones herpéticas (1-10%) y más raramente diverticulitis (<1%)^{20,21}. Un 3-7% de pacientes puede sufrir un cuadro infeccioso potencialmente grave²². En el contexto de la COVID-19, en un reciente trabajo Somers et al.²³ evidencian cómo la administración de tocilizumab, en una cohorte de 154 pacientes con ventilación mecánica, se asoció con una mayor proporción de sobreinfecciones (54% frente a 26%; p < 0,001). El foco neumónico (45%) y la bacteriemia (14%) fueron los más frecuentes, mientras que el germen más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (51% de casos) pero sin diferencia en la tasa de

letalidad a 28 días entre los pacientes tratados con tocilizumab con o sin superinfección [22% vs. 15%; p=0,42]. Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se observa una mayor incidencia de infección en aquellos pacientes que recibieron el fármaco. En el mayor metaanálisis publicado, Tleyjeh et al. con 9850 pacientes²⁴, el uso de tocilizumab no presentó una mayor tasa de infección nosocomial que el grupo control y sí se asoció a una menor tasa de mortalidad y/o necesidad de ventilación mecánica. En el mayor ensayo clínico realizado hasta el momento, el estudio RECOVERY, observan una disminución de la mortalidad [RR 0,86 (95% CI 0,77-0,96, p=0,006)], en el subgrupo de pacientes que recibió tocilizumab con PCR>75 y pulsioximetría <92%. Es de reseñar que el 82% de pacientes recibieron corticoides en ambos brazos y no aportan datos sobre la incidencia de infección nosocomial. En la [tabla 2](#) se exponen los principales estudios sobre tocilizumab y su relación con la aparición de infecciones²⁵⁻³⁸.

Finalmente, es necesario recordar que el fármaco produce inhibición de los reactantes de fase aguda de síntesis hepática tales como la proteína C reactiva³⁹, lo que limita el valor de estos en el diagnóstico y respuesta al tratamiento de la infección nosocomial y la sepsis.

Prevención de las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios

La implementación de las recomendaciones de los Proyectos Zero ha demostrado su eficacia para disminuir la aparición de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria durante la estancia de los pacientes en las UCI de nuestro país^{40,41}. Las tasas de las distintas infecciones relacionadas con dispositivos invasores publicadas por el registro ENVIN en el año 2019⁴² cumplieron de forma sobrada los estándares de calidad de la SEMICYUC⁴³. Durante la fase inicial de la pandemia COVID-19 la aplicación de los planes de contingencia, elaborados para atender la creciente demanda asistencial, incorporaron importantes cambios estructurales, funcionales y humanos que han supuesto barreras para el cumplimiento de las medidas de prevención establecidas. En los últimos meses ([tabla 3](#)), se han comunicado importantes incrementos en las tasas de IRAS en los pacientes COVID-19 ingresados en diferentes UCI españolas⁴⁴⁻⁴⁸. El Consejo Asesor de los Proyectos de Seguridad de Pacientes Críticos publicó recientemente un documento⁴⁹ en el que se proponía la adaptación de las recomendaciones de los Proyectos Zero durante la pandemia por SARS-CoV-2. En el [anexo 2](#) se resumen las medidas contempladas en el documento que se complementa con la adaptación de los cuidados de los dispositivos invasores durante el traslado de pacientes o durante el decúbito prono, la prevención de las úlceras por presión y la aplicación de la higiene corporal.

Coinfección bacteriana

A pesar de que se documenta una baja incidencia de coinfección bacteriana en pacientes hospitalizados con SARS-CoV-2⁵⁰, la observada en UCI del Registro COVID-19/SEMICYUC fue del 9,3%², la recomendación que emitimos en este documento va encaminada a contemplar esta posibilidad conoedores del riesgo y aumento de la mortalidad

Tabla 1 Resumen de estudios que evalúan el efecto de los corticoides en la neumonía por SARS-CoV-2. Diseño, desenlace clínico y asociación con el desarrollo de infección

Referencia y diseño del estudio	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados	Tasa de sobreinfecciones
Recovery ⁸ ECA	2104	DXM 6 mg / día x 10 días	Tratamiento estándar	2,8% mortalidad global (OR 0,83) 12,1% mortalidad en VM (OR 0,64)	NA
CoDex ¹⁰ ECA	299	DXM 20 mg / día x 5 d + DXM 10 mg / día x 5d	Tratamiento estándar	2,4% mortalidad o necesidad de VM	Corticoides 21,9% vs. TE 29,1% estándar Bacteriemia 7,9% corticoides frente a 9,5% en TE
Metcovid ¹¹ ECA	416	MPD 0,5 mg/Kg/12h x 5d	Placebo	NS	No diferencias en incidencia de sepsis, bacteriemia ni aclaramiento del virus (PCR +) al día 7
CAPE COVID ¹² ECA	149	HCT 200 mg / día x 7 d y dosis decreciente x 7 d (14d)	Placebo	NS	NA
REMAP-CAP ¹³ ECA	384	HCT 50 mg/6h x 7 d o 100 mg/6h x 7d	Tratamiento estándar	93% y 80% de probabilidad de superioridad en necesidad de soporte de órganos 37% mortalidad	NA
Edalatifard et al. ¹⁴ ECA	68	MPD 250 mg / día x 3 d	Tratamiento estándar		1 caso de infección (2,9%) en corticoides y 0 en TE
Glucocovid ¹⁵ ECA	85	MPD 40 mg/12 h x 3 d y MPD 20 mg/12 h x 3d	Tratamiento estándar	24% variable compuesta (muerte, ingreso en UCI o necesidad VM)	NA
Kim, et al. ¹⁶ Metaanálisis	49569	Varias pautas	Tratamiento estándar	OR 0,78 (0,66 a 0,91) mortalidad global OR 0,54 (0,40 to 0,73) mortalidad pacientes UCI	NA
Van Paassen et al. ¹⁷ Metaanálisis	20197	Varias pautas	Tratamiento estándar	OR 0,72 (0,57-0,87) para mortalidad RR 0,71 (0,54-0,97) para uso VM Mayor tasa de infecciones y sepsis	INS
OMS ¹⁸ Metaanálisis	1703	Varias pautas	Tratamiento estándar	OR 0,66 (0,53-0,82) para mortalidad OR 0,64 (0,50-0,82) para DXM OR 0,69 (0,43-1,12) para HCT OR 0,91 (0,29-2,87) para MPD	INS
Pasin et al. ¹⁹ Metaanálisis	7692	Varias pautas	Tratamiento estándar	RR 0,89 (0,82-0,96) para mortalidad RR 0,85 (0,72-1,00) para mortalidad en pacientes ventilados	NA

d: días; DXM: dexametasona; ECA: ensayo clínico aleatorizado; HCT: hidrocortisona; INS: información insuficiente; MPD: metilprednisolona; NA: no aporta datos; NS: no significativo; OR: odds ratio; P: placebo; RR: riesgo relativo; VM: ventilación mecánica.

Tabla 2 Resumen de estudios que evalúan el efecto de tocilizumab en la neumonía por SARS-CoV-2: diseño, desenlace clínico y asociación con el desarrollo de infección

Referencia y diseño del estudio	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados	Tasa de sobreinfecciones
Salama et al. ²⁵ EMPACTA, ECA	377	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, 1-2 dosis)	Placebo	MV/ECMO/mortalidad 28d. 19,3%TCZ, vs.: 12% P, $p=0,004$	TCZ 10% vs. P 12,6%
Rosas et al. ²⁶ , COVACTA, ECA	438	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, 1-2 dosis)	Placebo	Mortalidad: NS Estancia hospital. TCZ: 20, P: 28 d ($p=0,037$) Ingreso UCI. TCZ: 23,6%, SC: 40,6% ($p=0,01$) Estancia UCI. TCZ: 9,8, SC: 15,5 d ($p=0,045$)	TCZ 21% vs. P 25,9%
Stone et al. ²⁷ , BACC Bay Tocilizumab, ECA	242	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, una dosis)	Placebo	NS	TCZ 8,15 vs. P 17,1%
Salvarani et al. ²⁸ , RCT-TCZ-COVID, ECA	123	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, 1-2 dosis)	Tratamiento estándar	NS	TCZ 1,7% vs. TE 6,3%
Hermine et al. ²⁹ , CORIMUNO-19, ECA	131	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, 1-2 dosis)	Tratamiento estándar	NS	TCZ 3,2% vs. TE 16,4%
Horby et al. ³⁰ , RECOVERY, ECA	4166	TCZ (varias pautas)	Tratamiento estándar (incluye corticoides)	Mortalidad 28 d: TCZ: RR 0,86 (95% CI 0,77-0,96, $p=0,006$)	NA
Gordon et al. ³¹ , REMAP-CAP ECA	826	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg, 1-2 dosis) ($n=366$) Sarilumab (400 mg) ($n=48$)	Tratamiento estándar	Días libre de ventilación y/o soporte hemodinámico a día 21: TCZ: 10, sarilumab: 11, TE: 0 Mortalidad hospitalaria: TCZ: 28%, sarilumab: 22,2% TE: 35,8%	TCZ 0,2% vs. TE 0%
Veiga et al. ³² , TOCIBRAS, ECA	129	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg)	Tratamiento estándar	Interrumpido precozmente por mayor mortalidad en pacientes tratados con tocilizumab	PB 15% vs. TE 16%
Tleyjeh et al. ²⁴ Metaanálisis	9850	TCz (varias pautas)	Tratamiento estándar	Mortalidad. TCZ: OR 0,58 (0,51-0,66)	TCZ: RR 0,63 (0,38-1,06)
Gupta et al. ³³ , STOP-COVID, EO	3491	TCZ (no especifican dosis)	Tratamiento estándar	Mortalidad hospitalaria. TCZ: HR 0,71 (95% CI, 0,56-0,92)	TCZ 32,3% vs. TE 31,1%
Somers et al. ²³ , EO	154	TCZ (8 mg/kg, máx. 800 mg)	Tratamiento estándar	Mortalidad. TCZ HR: 0,54 (95% CI, 0,35-0,84)	TCZ 54% vs. TE 26% Neumonía 45% vs. 20% Bacteriemia 14% vs. 9%
Fisher et al. ³⁴ , EO	115	TCZ (400 mg)	Tratamiento estándar	Mortalidad a los 30 días. TCZ: OR 1,04 (95% CI, 0,27-3,75)	TCZ 28,9% vs. TE 25,7%
Biran et al. ³⁵ , EO	764	TCZ (400 mg, 1-2 dosis)	Tratamiento estándar	Mortalidad hospitalaria. TCZ: HR: 0,64 (95% CI 95% 0,47-0,87, $p=0,004$)	TCZ 17% vs. TE 13%
Guaraldi et al. ³⁶ , TESEO, EO	544	TCZ (8mg/kg, max 800 mg, 2 dosis) ($n=179$)	Tratamiento estándar	Muerte/Ventilación mecánica. TCZ: HR 0,61 (95% CI, 0,4-0,92), $p=0,020$	TCZ 13% vs. TE 4%
Rossotti et al. ³⁷ , EO	222	TCZ (8mg/kg, max 800 mg, 1-2 dosis) ($n=74$)	Tratamiento estándar	Supervivencia: TCZ: HR: 2.004 (1,05-3,81) Supervivencia en UCI: HR: 30.055 (95% CI 1,42-636,28)	TCZ 24,4%; TE: NA
Rojas-Martee et al. ³⁸ , EO	193	TCZ Régimen no especificado	Tratamiento estándar	Mortalidad: TCZ: 52%, SC: 62%, $p=0,09$ Mortalidad en no ventilados: TCZ: 6,1%, SC: 26,5%, $p=0,024$	Bacteriemia: TCZ 12,5% vs. TE 23,7% Fungemia: TCZ 4,2% vs. TE Fungemia 3,1%

d: días; ECA: ensayo clínico aleatorizado; ECMO: oxigenación con membrana extracorpórea; EO: estudio observacional; INS: información insuficiente; NA: no aporta datos; NS: no significativo; OR: odds ratio; P: placebo; RR: riesgo relativo; TCZ: tocilizumab; VM: ventilación mecánica; VNI: ventilación no invasiva.

Tabla 3 Incidencia documentada de complicaciones infecciosas en series de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2

Serie	N.º pacientes UCI	Tipo de estudio	Infección	Indicencia/prevalencia	Microbiología
ENVIN-COVID ⁵	n = 1.525	Retrospectivo observacional Multicéntrico (n = 54)	n.º infecciones / total pacientes: 62,75%	NAV n.º NAV / 1000 días VM: 14,31‰ n.º NAV / 100 pacientes: 22,16% n.º NAV / 1000 días de estancia: 10,43‰	NAV <i>P. aeruginosa</i> 32,52% <i>S. aureus</i> 10,33% <i>K. pneumoniae</i> 8,51%
			n.º infecciones / 1000 días estancia: 19,5	BP n.º BP / 1000 días dispositivo: 12,42‰ n.º BP / 100 pacientes: 24,20% n.º BP / 1000 días estancia: 10,24‰	BP/BRC <i>S. epidermidis</i> 29,41% <i>E. faecalis</i> 19,12% <i>E. faecium</i> 8,53% <i>C. albicans</i> 7,06%
			NAV (n = 332)	BRC n.º BRC / 1000 días dispositivo: 6,32‰	ITU-SU <i>E. faecalis</i> 21,16% <i>C. albicans</i> 13,23% <i>E. faecium</i> 12,70% <i>P. aeruginosa</i> 12,17% <i>E. coli</i> 11,11%
			BRC (n = 169)	ITU-SU n.º ITU / 1000 días de SU: 6,54 ‰ n.º ITU / 100 pacientes: 18,87% n.º ITU / 1000 días estancia: 5,58 ‰	No descrita
			ITU-SU (n = 181)	NAV n.º NAV / total de pacientes: 42,16% n.º NAV / total de estancias: 18,19%	
Soriano et al. ⁴⁴	n = 83	Retrospectivo observacional (1 centro)	n.º infecciones / total pacientes: 131,32%	BP/BRC n.º BP/ 100 pacientes: 33,73% n.º BP / 1000 días estancia: 15,1 ‰ n.º BRC/100 pacientes: 8,43% n.º BRC/1000 días estancia: 3,71%	
			n.º infecciones / 1000 días estancia: 59,61%	ITU-SU N.º ITU / 100 pacientes: 38,55% n.º ITU / 1000 días estancia: 17,18 ‰	

Tabla 3 (continuación)

Serie	N.º pacientes UCI	Tipo de estudio	Infección	Indicencia/prevalencia	Microbiología
Nebreda-Mayoral et al. ⁴⁵	n = 50	Retrospectivo observacional (1 centro) Cohorte de 113 pacientes hospitalizados con 50 ingresados en UCI	N.º infecciones / total pacientes: 204%	pacientes con infección respiratoria x100: 64% pacientes con BRC x 100: 20% pacientes con ITU x 100: 60%	<p>Infección respiratoria <i>A. baumannii</i> 33,3% <i>P. aeruginosa</i> 25,63% Otros BGN 20,51 <i>S. aureus</i> 12,82%</p> <p>BRC SCN 87,5% <i>S. aureus</i> 6,25% <i>A. baumannii</i> 6,25%</p> <p>ITU <i>E. faecium</i> 30,18% <i>E. faecalis</i> 24,52% <i>E. coli</i> 11,32% <i>Candida</i> spp. 11,32%</p>
Ramírez et al. ⁴⁶	n = 44	Retrospectivo observacional. Pacientes COVID-19	Infección nosocomial en el 29,5% de los pacientes	NAV en el 23,5% de los pacientes TAV en 2,9% de los pacientes CRB en 6,8% de los pacientes	<i>P. aeruginosa</i> 46,7% <i>S. aureus</i> (20%) <i>E. coli</i> 6,7%
Rodríguez et al. ⁴⁷	n = 44	Prospectivo observacional (1 centro)		NAV en el 30,2% de los pacientes N.º NAV / 100 días de VM: 13,3 ‰	<i>S. anginosus</i> (n = 3) <i>P. aeruginosa</i> (n = 3) <i>S. aureus</i> (n = 2) <i>E. coli</i> (n = 1) <i>S. oralis</i> (n = 1) <i>K. pneumoniae</i> (n = 1) <i>E. faecalis</i> (n = 1)

Tabla 3 (continuación)

Serie	N.º pacientes UCI	Tipo de estudio	Infección	Indicencia/prevalencia	Microbiología
Bardi et al. ⁴⁸	N = 140	Prospectivo observacional (1 centro)	Infección nosocomial en el 40,7% de los pacientes 91 episodios de infección nosocomial en 57 pacientes	BP 31% BRC 25% NAV 23% NAH/TB 10% ITU 8%	BP <i>E. faecium</i> 43% <i>E. faecalis</i> 31% SCN 11% <i>P. aeruginosa</i> 7% SARM 3,5% <i>C. glabrata</i> 3,5% BRC SCN 54% <i>E. faecium</i> 17% <i>C. albicans</i> 17% <i>E. faecalis</i> 8% SARM 4% NAV <i>P. aeruginosa</i> 38% SARM 24% <i>A. fumigatus</i> 9% <i>S. maltophilia</i> 9% NAH/TB <i>P. aeruginosa</i> 33% SAMR 21% <i>A. fumigatus</i> 9% <i>H. influenza</i> 9% SAMS 9% <i>S. maltophilia</i> 9% ITU <i>E. faecalis</i> 44% <i>E. faecium</i> 28% <i>P. aeruginosa</i> 14% <i>A. baumannii</i> 14%

BP: bacteriemia primaria; BRC: bacteriemia relacionada con catéter; ITU-SU: infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral; NAH: neumonía adquirida en el hospital; NAV: neumonía asociada a ventilación mecánica; SAMS: *S. aureus* meticilinsensible; SARM: *S. aureus* resistente a meticilina; SCN: *Staphylococcus coagulasa negativa*; SU sonda uretral; TB: traqueobronquitis.

Tabla 4 Estudio microbiológico de muestra respiratoria

Gram y cultivo microbiológico
Determinación de presencia de coronavirus
PCR de virus influenza y VRS
Tinción KOH y/o calcofluor
PCR tiempo real <i>Aspergillus</i> *
LFA*/ Ag galactomanano
Tinción y cultivos micobacterias

LFA: ensayo de flujo lateral.

* Según disponibilidad del centro.

que supone retrasar el tratamiento de una complicación de este tipo⁵¹.

Ha de considerarse prioritario realizar una búsqueda diagnóstica proactiva de la coinfección en las formas clínicas graves. Los criterios clínicos clásicos de fiebre, insuficiencia respiratoria e infiltrado radiológico son comunes a la neumonía viral y por tanto no discriminan la posibilidad de coinfección bacteriana. Probablemente el signo clínico diferenciador sean las características de las secreciones que son escasas o inexistentes en la fase precoz de las neumonías víricas sin coinfección. Los pacientes que ingresan en UCI pueden provenir directamente del servicio de Urgencias, o proceder de planta de hospitalización, en estos últimos según los días de ingreso en planta, tratamientos previos y dispositivos invasivos utilizados podría plantearse la posibilidad de presentar infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios, pero indistintamente la recomendación de búsqueda activa de complicaciones infecciosas al ingreso permanece invariable.

Aunque los valores de procalcitonina de forma aislada no se recomiendan para iniciar el tratamiento antibiótico⁵² es una herramienta más específica que la PCR, y sirve de ayuda junto con los datos clínicos y radiológicos para considerar la posibilidad de coinfección por lo que es recomendable su determinación al ingreso en UCI, hay autores que han determinado el punto de corte $< 0,1$ ug/l para sugerir el diagnóstico de neumonía viral^{53,54} por su alto valor predictivo negativo, además será útil conocer su aclaramiento posterior en las decisiones de retirada de tratamiento antibiótico pautado de forma empírica. Indicamos por tanto la toma de muestras respiratorias al ingreso en UCI, al menos un aspirado traqueal en intubados y una muestra de esputo en los que no lo están. En la [tabla 4](#) se detallan las peticiones al laboratorio de microbiología recomendadas para el estudio de la muestra respiratoria.

Langford et al. evaluaron la presencia de coinfección bacteriana en un metaanálisis⁵⁵ que contemplaba el análisis de más de 3000 pacientes. El 3,5% de los pacientes presentó coinfección, inferior a lo descrito en pacientes con infección por influenza. Analizando los pacientes críticos presentaron datos de 5 estudios documentando coinfección en 14 de los 144 pacientes totales de este grupo, representando un 9,7%. No aportan datos etiológicos en pacientes críticos, pero parece razonable contemplar *Streptococcus pneumoniae* y *S. aureus* como posibles bacterias más frecuentes en las neumonías adquiridas en la comunidad. Con estos datos se ha planteado un debate en si es recomendable iniciar un tratamiento antibiótico empírico o no. Lo que no genera dudas es que se ha de investigar la potencial presencia de

coinfección bacteriana en todos los casos. Una postura, que consideramos prudente, puede ser iniciar tratamiento antibiótico considerando los patógenos habituales de neumonía adquirida en la comunidad y en función de la información microbiológica ajustar o retirar a las 48-72 h. En caso de iniciar una pauta antibiótica empírica recomendamos tratamiento en combinación de una cefalosporina de tercera generación como ceftriaxona o cefotaxima asociando levofloxacino o azitromicina, aunque también podría indicarse una cefalosporina de quinta generación como la ceftarolina.

Infecciones respiratorias relacionadas con la ventilación mecánica

Las infecciones respiratorias relacionadas con la ventilación mecánica (IRVM), incluida la traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica y la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) son comunes en pacientes críticamente enfermos que reciben ventilación mecánica⁵⁶. Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 podrían tener un mayor riesgo de IRVM⁵⁷, debido al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y a la larga duración de la ventilación mecánica. El SDRA es un factor de riesgo bien conocido de NAV^{58,59}, y se ha publicado que su incidencia en pacientes ventilados mecánicamente con neumonía por SARS-CoV-2 es elevada con cifras entre 42-89%^{60,61}. Asimismo, el SARS-CoV-2 es responsable de alteraciones de la respuesta inmune del paciente.

Recientemente dos grupos de nuestro país^{62,63} han publicado su experiencia con una incidencia que alcanza para las infecciones adquiridas en UCI hasta incluso en el casi 52% de los pacientes siendo el foco respiratorio el más frecuente en ambas series, conllevando en uno de ellos una mortalidad significativamente superior⁶². *Pseudomonas aeruginosa* fue el microorganismo más frecuentemente aislado^{30,40}.

Rouze et al.⁶⁴ llevaron a cabo un estudio multicéntrico para determinar la relación entre la infección por SARS-CoV-2 y la incidencia y etiología de IRVM. El estudio se realizó en 36 UCI en Europa (28 centros en Francia, 3 en España, 3 en Grecia, 1 en Portugal y 1 en Irlanda). Lo interesante de este estudio es que incluyeron el mismo número de pacientes con ventilación mecánica por centro con infección por SARS-CoV-2, influenza o ausencia de infección viral. El hallazgo más interesante es que la incidencia de traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica y NAV era mayor en pacientes con SARS-CoV-2 comparándolos con influenza o sin virus. Los bacilos gramnegativos fueron responsables de la mayoría de los primeros episodios de IRVM en los tres grupos de estudio. *P. aeruginosa*, *Enterobacter* spp. y *Klebsiella* spp. fueron las bacterias más comúnmente identificadas. La tasa de pacientes con IRVM con infecciones por bacterias multirresistentes fueron menores en la neumonía por SARS-CoV-2 que en los otros dos grupos.

Para la elección del tratamiento empírico y/o dirigido, nos deberíamos basar en entidades clínicas y la gravedad de la presentación clínica, la presencia de factores de riesgo para una infección causada por un MMR, la existencia de comorbilidades y el conocimiento de la flora local y la tasa de multirresistencias del propio centro según su algoritmo propuesto⁶⁵. El aumento de resistencias bacterianas, la alta incidencia demostrada en estas infecciones por

Tabla 5 Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias asociadas a la ventilación mecánica en el paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2

- Debido a su alta incidencia se debe tener un alto índice de sospecha e iniciar tratamiento antibiótico precoz
- El tratamiento empírico y/ o dirigido se debe basar en entidades clínicas y la gravedad de la presentación clínica, la presencia de factores de riesgo para una infección causada por un MMR, la existencia de comorbilidades, el posible uso de técnicas rápidas y el conocimiento de la flora local y la tasa de multirresistencias del propio centro
- Deberá realizarse cobertura combinada inicial empírica con betalactámicos antipseudomónicos incluyendo ceftacídima avibactam o ceftolozano-tazobactam más quinolonas o aminoglucósidos
- No es preciso la cobertura empírica de SAMR si su incidencia en el centro es baja o nula
- Con el objeto de evitar un uso no racional de los antibióticos se deberá suspender el tratamiento si no se documenta infección
- En el tratamiento dirigido se recomienda monoterapia y la posibilidad de reducción de espectro
- La duración del tratamiento debe ser individualizada, puede ser necesario en estos enfermos una mayor duración que dependerá de la evolución clínica, uso de biomarcadores y presencia de multirresistencia

bacilos gramnegativos como *Klebsiella* spp. y *Pseudomonas* spp. nos llevan a contemplar tratamientos empíricos con actividad frente a esta etiología entre los que se encuentra carbapenémicos, cuya aparición de resistencias va en aumento, ceftacídima avibactam y ceftolozano tazobactam cuyo espectro de actividad cubre estas posibilidades. La duración del tratamiento no está claramente definida y en esta infección en especial debido al importante daño pulmonar causado y debe ser individualizado. Debemos así mismo tener presente siempre la posibilidad tanto de disminuir la duración del tratamiento como de desescalada con el uso de escalas tales como Clinical Pulmonary Infection score CPIS y biomarcadores como PCR y sobre todo PCT⁶⁵ en combinación pueden ser de ayuda.

En la [tabla 5](#) se enumeran de forma resumida las recomendaciones de manejo de la NAVM en pacientes con COVID.

Bacteriemia relacionada con el catéter

Bacteriemia-Zero ha reducido la incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter (BRC)⁴⁰ pero en los momentos de máxima ocupación y expansión de camas de críticos, ha sido difícil mantener el cumplimiento de las medidas recomendadas por este y otros programas similares en nuestras unidades⁴⁹. Se ha detectado una mayor incidencia de bacteriemia nosocomial en pacientes

COVID-19 ingresados en el hospital que en pacientes no COVID (5,3% vs. 1,4%, $p < 0,001$) siendo, además, el ingreso en UCI un factor de riesgo⁶⁶. El informe

ENVIN-COVID 2020 ha descrito una tasa de incidencia de 6,32 casos por 1000 días de catéter venoso central⁵, mucho

mayor a la habitual en nuestras unidades. Resultados similares, e incluso peores, se han descrito en otros estudios: Giacobbe et al. han documentado una incidencia de bacteriemia nosocomial de 47 episodios por 1000 pacientes-día, correspondiendo un 73% a bacteriemias primarias y relacionadas con catéter⁶⁷; sin embargo, Buetti et al., en su estudio de casos-controles, encuentran que los pacientes COVID-19 no tienen mayor riesgo de BRC que los no COVID-19⁶⁸. En lo que coinciden ambos estudios es en describir un mayor riesgo de BRC en pacientes tratados con corticoides, tocilizumab o anakinra, hallazgos que no han podido ser confirmados en los ensayos clínicos de dichos fármacos.

Las situaciones en las que debemos sospechar BRC, así como los procedimientos diagnósticos a seguir, no son distintas de los pacientes no COVID-19⁶⁹. En cuanto al tratamiento, no existe evidencia que nos haga establecer unas pautas de tratamiento distintas a las habituales, pero debemos tener en cuenta algunas consideraciones. A efectos de selección de la terapia antimicrobiana y de retirada de catéter, los pacientes tratados con corticoides o tocilizumab deben considerarse inmunosuprimidos, al menos durante el tratamiento con corticoides y entre 2 y 4 semanas tras la administración de tocilizumab. Debemos adaptar el tratamiento antimicrobiano al perfil de resistencias local, con especial atención a los cambios en la microbiología que puedan aparecer tanto derivados de las peculiaridades del paciente COVID-19 ([tabla 3](#)), alta frecuencia de tratamiento con cefalosporinas al ingreso, como de la asistencia a pacientes críticos en áreas distintas a las habituales.

Infección del tracto urinario asociado a dispositivo

En los datos del ENVIN-HELICS del año 2020⁵ que recoge el análisis de 1525 pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en la primera oleada, 19% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria ITU-SU con una tasa de incidencia de 6,54 ITU-SU por mil días de sonda uretral. Existen múltiples factores que pueden estar involucrados en la predisposición a desarrollar ITU-SU, en los que cabe destacar su larga estancia en UCI, alteración de la inmunidad, necesidad de ser portadores de sonda urinaria y el haber recibido antibióticos. La estrategia de prevención de ITU-SU en UCI está ampliamente desarrollada en el proyecto ITU-ZERO⁷⁰ y no presenta aspectos diferenciales en el paciente con infección por SARS-CoV-2. El germen más frecuentemente aislado ha sido *Enterococcus faecalis* ([tabla 3](#)). El cambio observado en la microbiología en las ITU-SV en los pacientes con neumonía SARS-CoV-2, debe interpretarse con cautela puesto que puede estar justificado por el abordaje terapéutico inicial que se hizo con las cefalosporinas y que en la actualidad ha cambiado. Por lo que, hasta nuevos datos, el tratamiento antibiótico en estos pacientes debe asegurar la cobertura de BGN, teniendo en cuenta el porcentaje nada despreciable de aislamiento de *P. aeruginosa*. El tratamiento antifúngico puede realizarse con fluconazol en pacientes con candiduria sintomática y en aquellos con candiduria asintomática con riesgo de enfermedad diseminada como los pacientes neutropénicos, inmunosuprimidos o pacientes con manipulaciones urológicas. En caso de infección por *Candida krusei* o *Candida glabrata* resistente a azoles puede emplearse

anfotericina B deoxicolato iv. Las equinocandinas han sido eficaces en algunos casos a pesar de su escasa eliminación urinaria. La tendencia actual respecto a la duración del tratamiento son pautas de ciclos cortos entre 3 y 7 días^{71,72}.

Infecciones oportunistas con especial énfasis a la infección fúngica invasora

La neumonía por SARS-CoV-2 en sus formas más graves se ha asociado a un aumento de la incidencia de infecciones de este tipo, aunque la estancia prolongada en UCI, los tratamientos con corticoides y/o inmunomoduladores pueden identificarse como factores de riesgo en estos enfermos cada vez cobra más fuerza la teoría de que la infección por este virus y el desarrollo de SDRA ocasionan una disfunción linfocitaria⁷³ que puede favorecer el desarrollo de infecciones oportunistas. Nos centraremos en las dos infecciones oportunistas más frecuentes en el paciente COVID-19: aspergilosis pulmonar invasiva y reactivación de *Herpesviridae*. Se ha observado un notable aumento de los aislamientos por *Candida* spp. pero su manejo no difiere del de los pacientes sin infección por SARS-CoV-2.

Aspergilosis pulmonar asociada a la infección por SARS-CoV-2

La aspergilosis pulmonar es una temida complicación por su alta mortalidad en el paciente crítico en ventilación mecánica, ya en la pandemia por Influenza A H1N1 v en el año 2009 hubo autores que describieron un aumento de su incidencia en los pacientes que desarrollaron síndrome de distrés respiratorio⁷⁴. Este hallazgo también ha sido documentado en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2^{75,76}, por tanto, hemos de incluir este perfil clínico como de riesgo y por tanto recomendar una búsqueda activa de la aspergilosis.

Los criterios clínicos y radiológicos pueden ser de ayuda en el reto diagnóstico de esta complicación, pero en ningún modo ofrecen la especificidad suficiente para llegar por se al diagnóstico^{77,78}. Las dificultades en su detección han motivado la urgencia de recomendaciones específicas para pacientes con SARS-CoV-2 que sugieren estrategias diagnósticas^{79,80}. Por ello hemos de recomendar en primer lugar considerar estos pacientes de riesgo para iniciar una búsqueda activa de aspergilosis e indicar la toma de muestras respiratorias, ya que la determinación de galactomanano en suero en pacientes no neutropénicos presenta una baja sensibilidad, preferiblemente invasiva mediante fibrobroncoscopia para afinar en la diferenciación entre colonización e infección, solicitando al laboratorio de microbiología la realización de tinción de calcofluor y/o KOH en busca de presencia de elementos fúngicos en la muestra directa, la determinación cuantitativa de galactomanano y el cultivo. La pandemia por

SARS-CoV-2 está suponiendo una importante sobrecarga de trabajo y no todos los días de la semana hay disponibilidad para montar la cuantificación de Ag galactomanano, los resultados del crecimiento del hongo en el cultivo pueden tardar y por ello hemos de plantear la posibilidad de realizar otras técnicas más rápidas y de aceptable sensibilidad como el ensayo de flujo lateral (LFA) cuyos resultados ofrecerían

Tabla 6 Recomendaciones para el manejo de aspergilosis pulmonar en el paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2

1. Considere a todo paciente con neumonía grave por SARS-CoV-2 de riesgo para presentar aspergilosis pulmonar
2. Indique búsqueda activa de aspergilosis tomando muestra respiratoria preferentemente invasiva mediante fibrobroncoscopia
3. Evalúe la presencia de los siguientes criterios diagnósticos y si están presentes inicie tratamiento antifúngico precozmente:
 - Criterios clínicos: fiebre, y/o empeoramiento de la función respiratoria determinada por la relación paO_2/FiO_2 no justificadas por otras causas
 - Criterios radiológicos: presencia de infiltrado radiológico en la radiografía simple de tórax
 - Criterios microbiológicos (cualquiera de ellos justifica iniciar tratamiento):
 - DetECCIÓN de niveles de galactomanano en muestra respiratoria > 0,5
 - PCR tiempo real /ensayo de flujo lateral (LFA) positivo*
 - Visión directa de elementos fúngicos, hifas, en la muestra respiratoria. (Tinción de calcofluor)
 - Crecimiento de *Aspergillus* spp. en cultivo

* Según disponibilidad del centro.

al clínico una información muy valiosa para iniciar precozmente el tratamiento antifúngico⁸¹. Otros procedimientos diagnósticos como la determinación del hongo mediante PCR, técnica de espectrometría de masas o la determinación de antígeno en orina no están disponibles en la mayoría de los laboratorios actualmente, pero sin duda suponen un futuro prometedor en el reto diagnóstico que supone esta enfermedad⁸². En la [tabla 6](#) detallamos las recomendaciones para el manejo de la aspergilosis en pacientes críticos con neumonía por SARS-CoV-2. No difieren de las actualmente establecidas independientemente de presentar neumonía por SARS-CoV-2. Voriconazol e isavuconazol son considerados el tratamiento de primera línea⁸³, si bien hemos de destacar un mejor perfil de seguridad para isavuconazol en el paciente crítico que suele desarrollar complicaciones como la disfunción renal o hepática. Además, voriconazol precisa para su uso adecuado de la necesidad de monitorizar sus niveles plasmáticos. Anfotericina B en su formulación lipídica es una posibilidad ante el creciente aumento de cepas resistentes a azoles en nuestro país⁸⁴. Recientemente han sido publicadas las recomendaciones de la ECMM/ISHAM en la que recomiendan este tratamiento con anfotericina B o la posibilidad de tratamiento combinado de azoles con una equinocandina en aquellos casos con resistencia a azoles⁸⁵.

Como corolario hemos de destacar que la clave para combatir la alta mortalidad descrita en la aspergilosis pulmonar en el paciente crítico está en el inicio precoz del tratamiento y para ello será clave identificar al paciente con SARS-CoV-2 como perfil de riesgo e iniciar precozmente una búsqueda activa de esta complicación infecciosa.

Reactivación Herpesviridae en el paciente crítico COVID-19

La familia *Herpesviridae* incluye diversos virus de los cuales el virus herpes simplex (VHS) y el citomegalovirus (CMV) serán el objeto de esta revisión. Estos virus tienen la capacidad de mantenerse en un estado de latencia tras la primoinfección, latencia desde la que es posible la reactivación si las circunstancias son propicias. La posibilidad de infección sistémica o confinada a un órgano por VHS o CMV en el paciente crítico inmunocompetente es un tema sometido a intenso debate. Algunos autores consideran que la detección, por PCR cuantitativa o cualitativa, de la presencia del virus no debe considerarse indicación de tratamiento ya que no todos los trabajos han mostrado un efecto beneficioso del mismo en términos de mortalidad⁸⁶. No obstante, un reciente metaanálisis concluyó que el tratamiento con aciclovir se asociaba a una disminución de mortalidad hospitalaria y a los 30 días⁸⁷. Factores como un elevado número de copias del virus, la ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico o la presencia de datos citológicos en el lavado broncoalveolar apoyarían la existencia de una neumonía por VHS y por tanto el inicio del tratamiento^{88,89}.

En el caso del paciente COVID-19 cada vez existen más publicaciones que apuntan a una elevada frecuencia de reactivación de VHS y CMV^{90,91}. Una vez más la interpretación del resultado puede ser compleja. No obstante, dado el estado de relativa inmunosupresión causado por la linfopenia y el uso de medicación, y la publicación de casos clínicos que demuestran histológicamente la afectación tisular profunda^{92,93}, el tratamiento debe considerarse de forma precoz.

El diagnóstico microbiológico, por PCR preferiblemente cuantitativa, debe perseguirse en todo paciente que sufra un deterioro respiratorio +/- un proceso infeccioso, sobre todo si se descarta el origen bacteriológico o no hay respuesta a los antibióticos^{88,89}. Se recomienda el uso de muestras invasivas, lavado broncoalveolar o minilavado. El estudio serológico para VHS y CMV y la cuantificación de CMV en plasma pueden ser de apoyo en la evaluación del caso.

El tratamiento de la infección por VHS se realizará con aciclovir. Ganciclovir es el fármaco de elección para CMV aunque la presencia de resistencias o la falta de respuesta podrían hacer necesario el uso de foscarnet.

Consideraciones finales

La principal limitación de este documento radica en que las recomendaciones emitidas no se sustentan en ningún análisis de evidencia debido a que actualmente queda mucho por conocerse respecto al manejo de esta pandemia y apenas hay estudios de adecuado diseño que nos permitan emitir soportarlas, es por ello que deban considerarse de bajo grado. Sin embargo, podemos concluir que las escasas evidencias sobre tratamientos eficaces dirigidos frente a la infección viral por SARS-CoV-2 en pacientes graves soportan que la base del tratamiento del enfermo crítico sea el tratamiento de soporte, la prevención de aparición de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la precocidad en la detección y tratamiento de las complicaciones infecciosas que se ha documentado son frecuentes en estos enfermos.

Autoría/colaboradores

Todos los autores forman parte del GTEI de la SEMICYUC y fueron seleccionados por sus coordinadores para la elaboración del documento.

Han participado en el desarrollo de todas las secciones y han aprobado la versión final. AE y RZ han coordinado el proyecto del que ha resultado este documento.

Conflicto de intereses

AE ha participado en ponencias/actividades formativas organizadas por Pfizer, Gilead, MSD.

PVC ha participado en ponencias/actividades formativas organizadas por Pfizer, Shionogi, MSD.

RZ ha participado en ponencias/actividades formativas organizadas por Pfizer, Shionogi, MSD, Gilead.

El resto de los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2021.04.007](https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.04.007).

Bibliografía

- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al., China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727–33, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
- Rodríguez A, Ruiz-Botella M, Martín-Loeches I, Jiménez Herrera M, Solé-Violan J, Gómez J, et al., COVID-19 SEMICYUC Working Group. Deploying unsupervised clustering analysis to derive clinical phenotypes and risk factors associated with mortality risk in 2022 critically ill patients with COVID-19 in Spain. *Crit Care.* 2021;25:63, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-021-03487-8>. PMID: 33588914; PMCID: PMC7883885.
- Potere N, Valeriani E, Candeloro M, Tana M, Porreca E, Abbate A, et al. Acute complications and mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2020;24:389, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03022-1>.
- Estella Á, Garnacho-Montero J. From empiricism to scientific evidence in antiviral treatment in severe cases of coronavirus infection in times of epidemic. *Med Intensiva.* 2020;44:509–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.009>. Spanish.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis.(GTEIS). Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial. ENVIN-COVID 2020 [consultado 13 Abr 2021]. Disponible en: <https://hws.vhebron.net/envin-helics/>.
- Sterne JAC, Murthy S, Diaz JV, Slutsky AS, Villar J, Angus DC, et al., WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA.* 2020;324:1330–41.
- Giacobbe DR, Battaglini D, Ball L, Brunetti I, Bruzzone B, Cotta G, et al. Bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *Eur J Clin Invest.* 2020;50:e13319,

- <http://dx.doi.org/10.1111/eci.13319>. Epub: 2020 Aug 11; PMID: 32535894; PMCID: PMC7323143.
8. Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al., RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;384:693–704, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>. Publicación electrónica 17 Jul 2020; PMID: 32678530; PMCID: PMC7383595.
 9. Monedero P, Gea A, Castro P, Candela-Toha AM, Hernández-Sanz ML, Arruti E. COVID-19 Spanish ICU Network et al. Early corticosteroids are associated with lower mortality in critically ill patients with COVID-19: a cohort study. *Crit Care.* 2021;25:2, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03422-3>. PMID: 33397463; PMCID: PMC7780210.
 10. Tomazini BM, Maia IS, Cavalcanti AB, Berwanger O, Rosa RG, Veiga VC, COALITION COVID-19 Brazil III Investigators et al. Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19: The CODEX Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;324:1307–16, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.17021>. PMID: 32876695; PMCID: PMC7489411.
 11. Jeronimo CMP, Farias MEL, Val FFA, Sampaio VS, Alexandre MAA, Melo GC, for the Metcovid Team et al. Methylprednisolone as Adjunctive Therapy for Patients Hospitalized With COVID-19 (Metcovid): A Randomised, Double-Blind, Phase IIb. Placebo-Controlled Trial. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1177, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1177>. Publicación electrónica. PMID: 32785710; PMCID: PMC7454320.
 12. Dequin PF, Heming N, Meziani F, Plantefève G, Voiriot G, Badié J, CAPE COVID Trial Group and the CRICS-TriGGERSep Network et al. Effect of Hydrocortisone on 21-Day Mortality or Respiratory Support Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;324:1298–306, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.16761>. PMID: 32876689; PMCID: PMC7489432.
 13. Angus DC, Derde L, Al-Beidh F, Annane D, Arabi Y, Beane A, et al. Effect of Hydrocortisone on Mortality and Organ Support in Patients with Severe COVID-19: The REMAP-CAP COVID-19 Corticosteroid Domain Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;(1317–1329.).
 14. Edalatifard M, Akhtari M, Salehi M, Naderi Z, Jamshidi A, Mostafaei S, et al. Intravenous methylprednisolone pulse as a treatment for hospitalised severe COVID-19 patients: results from a randomised controlled clinical trial. *Eur Respir J.* 2020;56:2002808.
 15. Corral-gudino L, Bahamonde A, Arnaiz-revillas F, Gómez-barquero J. GLUCOCOVID?: A controlled trial of methylprednisolone in adults hospitalized with COVID-19 pneumonia. *MedRxiv.* 2020;(1–24.).
 16. Kim MS, An MH, Kim WJ, Hwang TH. Comparative efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of COVID-19: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17:e1003501.
 17. Van Paassen J, Vos JS, Hoekstra EM, Neumann KMI, Boot PC, Arbous SM. Corticosteroid use in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis on clinical outcomes. *Crit Care.* 2020;24:e696, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03400-9>. PMID: 33317589; PMCID: PMC7735177.
 18. WHO., Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA.* 2020;324:1330–41.
 19. Pasin L, Navalesi P, Zangrillo A, Kuzovlev A, Likhvantsev V, Hajjar LA, et al. Corticosteroids for Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) With Different Disease Severity: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2021;35:578–84, <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2020.11.057>. Epub 2020 Nov 28; PMID: 33298370; PMCID: PMC7698829.
 20. European Medicines Agency. Tocilizumab (RoActemra) 20 mg/mL concentrate solution for infusion/162 mg solution for injection in pre-filled syringe: summary of product characteristics. 2016 [consultado 13 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu>.
 21. Genentech Inc. Actemra (tocilizumab): US prescribing information. 2017 [consultado 13 Abr 2021]. Disponible en: https://www.gene.com/download/pdf/actemra_prescribing.pdf.
 22. Lesley J. Scott Tocilizumab: A review in rheumatoid arthritis drugs. 2017;77:1865–79.
 23. Somers EC, Eschenauer GA, Troost JP, Golob JL, Gandhi TN, Wang L, et al. Tocilizumab for treatment of mechanically ventilated patients with COVID-19. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa954.
 24. Tleyjeh IM, Kashour Z, Damlaj M, Riaz M, Tlayjeh H, Altannir M, et al. Efficacy and safety of tocilizumab in COVID-19 patients: A living systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection.* 2020;S1198–743X, 30690-X.
 25. Salama C, Han J, Yau L, Reiss WG, Kramer B, Neidhart JD, et al. Tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19 Pneumonia. *N Engl J Med.* 2021;384:20–30, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2030340>.
 26. Rosas IO, Bräu N, Waters M, Go RC, Hunter BD, Bhagani S, et al. Tocilizumab in hospitalized patients with severe Covid-19 Pneumonia. *N Engl J Med.* 2021, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2028700>. *NEJMoa2028700*.
 27. Salvarani C, Dolci G, Massari M, Merlo DF, Cavuto S, Savoldi L, et al. Effect of tocilizumab vs standard care on clinical worsening in patients hospitalized with COVID-19 Pneumonia: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181:24–31.
 28. Hermine O, Mariette X, Tharaux P-L, Resche-Rigon M, Porcher R, Ravaut P, et al. Effect of tocilizumab vs usual care in adults hospitalized with COVID-19 and moderate or severe pneumonia: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181:32–40.
 29. RECOVERY Collaborative Group, Horby PW, Pessoa-Amorim G, Peto L, Brightling CE, et al. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): preliminary results of a randomised, controlled, open-label, platform trial | medRxiv [Internet]. [consultado 17 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.11.21249258v1.full>.
 30. Gordon AC, Mouncey PR, Al-Beidh F, Rowan KM, Nichol AD, Arabi YM, et al. Interleukin-6 Receptor Antagonists in Critically Ill Patients with Covid-19 – Preliminary report [Internet]. *Intensive Care and Critical Care Medicine*; 2021 [consultado 1 Feb 2021].
 31. Veiga VC, Prats JAGG, Farias DLC, Rosa RG, Dourado LK, Zampieri FG, et al. Effect of tocilizumab on clinical outcomes at 15 days in patients with severe or critical coronavirus disease 2019: randomised controlled trial. *BMJ [Internet].* 2021 [consultado 1 Feb 2021];n84. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n84>.
 32. Gupta S, Wang W, Hayek SS, Chan L, Mathews KS, Melamed ML, et al. Association between early treatment with tocilizumab and mortality among critically ill patients with COVID-19. *JAMA Intern Med.* 2021;181:41–51.
 33. Fisher MJ, Marcos Raymundo LA, Monteforte M, Taub EM, Go R. Tocilizumab in the treatment of critical COVID-19 pneumonia: A retrospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Int J Infect Dis.* 2020;103:536–9, 7175.
 34. Biran N, Ip A, Ahn J, Go RC, Wang S, Mathura S, et al. Tocilizumab among patients with COVID-19 in the intensive care unit: a multicentre observational study. *Lancet Rheumatol.* 2020;2:e603–12.
 35. Guaraldi G, Meschiari M, Cozzi-Lepri A, Milic J, Tonelli R, Menozzi M, et al. Tocilizumab in patients with severe

- COVID-19: a retrospective cohort study. *Lancet Rheumatol.* 2020;2:e474–84.
36. Stone JH, Frigault MJ, Serling-Boyd NJ, Fernandes AD, Harvey L, Foulkes AS, et al. Efficacy of tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;383:2333–44.
 37. Rossotti R, Travi G, Ughi N, Corradin M, Baiguera C, Fumagalli R, et al. Safety and efficacy of anti-il6-receptor tocilizumab use in severe and critical patients affected by coronavirus disease 2019: A comparative analysis. *J Infect.* 2020;81:e11–7.
 38. Rojas-Martel G, Khalid M, Mukhtar O, Hashmi AT, Waheed MA, Ehrlich S, et al. Outcomes in patients with severe COVID-19 disease treated with tocilizumab: a case-controlled study. *QJM.* 2020;113:546–50.
 39. Bari SF, Khan A, Lawson T. C reactive protein may not be reliable as a marker of severe bacterial infection in patients receiving tocilizumab. *BMJ Case Rep.* 2013;31:2013.
 40. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz MT, Torres F, Agra Y, Bacteremia Zero Working Group et al. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med.* 2013;41:2364–72.
 41. Álvarez-Lerma F, Palomar-Martínez M, Sánchez-García M, Martínez-Alonso M, Álvarez-Rodríguez J, Lorente L, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia: The multimodal approach of the Spanish ICU "Pneumonia Zero" Program. *Crit Care Med.* 2018;46:181–8.
 42. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (GTEIS). Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Informe del registro ENVIN. 2019 [consultado 15 Feb 2021]. Disponible en: <https://hws.vhebron.net/envin-helics/>.
 43. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de Calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017 [consultado 15 Feb 2021]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017.semicyuc.spa-1.pdf>.
 44. Soriano MC, Vaquero C, Ortiz-Fernández A, Caballero A, Blandino-Ortiz A, de Pablo R. Low incidence of co-infection, but high incidence of ICU-acquired infections in critically ill patients with COVID-19. *J Infect.* 2021;82:e20–1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.09.010>. Publicación electrónica 19 Sep 2020: PMID: 32956729; PMCID: PMC7501527.
 45. Nebreda-Mayoral T, Miguel-Gómez MA, March-Rosselló GA, Puente-Fuertes L, Cantón-Benito E, Martínez-García AM, et al. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;S0213–005X:30404–13. English, Spanish. doi: 10.1016/j.eimc.2020.11.003. Publicación electrónica. PMID: 33413990; PMCID: PMC7713607.
 46. Ramírez P, Gordón M, Martín-Cerezuela M, Villarreal E, Sancho E, Padrós M, et al. Acute respiratory distress syndrome due to COVID-19. Clinical and prognostic features from a medical Critical Care Unit in Valencia. Spain. *Med Intensiva.* 2021;45:27–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.015>. Publicación electrónica 11 Jul 2020: PMID: 32919796; PMCID: PMC7836701.
 47. Rodríguez A, Moreno G, Gómez J, Carbonell R, Picó-Plana E, Benavent Bofill C, et al. Severe infection due to the SARS-CoV-2 coronavirus: Experience of a tertiary hospital with COVID-19 patients during the 2020 pandemic. *Med Intensiva.* 2020;44:525–33. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2020.05.018. Publicación electrónica 19 Jun 2020: PMID: 32654921; PMCID: PMC7303662.
 48. Bardi T, Pintado V, Gomez-Rojo M, Escudero-Sanchez R, Azzam Lopez A, Diez-Remesal Y, et al. Nosocomial infections associated to COVID-19 in the intensive care unit: clinical characteristics and outcome. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2021;40:495–502, <http://dx.doi.org/10.1007/s10096-020-04142-w>. Publicación electrónica 3 Ene 2021: PMID: 33389263; PMCID: PMC7778834.
 49. Consejo Asesor del Programa de Seguridad de Pacientes Críticos. Octubre 2020. Adaptación en la UCI de las recomendaciones de los Proyectos Zero durante la pandemia por SARS-CoV-2. Web del Ministerio de Sanidad, sección [consultado 1 Abr 2021]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION_EN_LA_UCI_DE_LAS_RECOMENDACIONES_DE_LOS_PROYECTOS_ZERO-COVID19-V1.pdf.
 50. Hughes S, Troise O, Donaldson H, Mughal N, Moore LSP. Bacterial and fungal coinfection among hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study in a UK secondary-care setting. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26:1395–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.025>. Publicación electrónica 27 Jun 2020: PMID: 32603803; PMCID: PMC7320692.
 51. Menendez R, Torres A. Treatment failure in community-acquired pneumonia. *Chest.* 2007;132:1348–55, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.06-1995>. PMID: 17934120.
 52. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019;200:e45–67, <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201908-1581ST>. PMID: 31573350; PMCID: PMC6812437.
 53. Schuetz P, Muller B, Christ-Crain M, Stolz D, Tamm M, Bouadma L, et al. Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012:CD007498.
 54. Christ-Crain M, Stolz D, Bingisser R, Müller M, Miedinger C, Huber DPR, et al. Procalcitonin guidance of antibiotic therapy in community acquired pneumonia: a randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174:84–93.
 55. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, MacFadden DR, et al. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26:1622–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.07.016>.
 56. Martin-Loeches I, Povoas P, Rodríguez A, Curcio D, Suarez D, Mira JP, et al. Incidence and prognosis of ventilator-associated tracheobronchitis (TAVeM): a multicentre, prospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2015;3:859–68, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)0032](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)0032).
 57. Blonz G, Kouatchet A, Chudeau N, Pontis E, Lorber J, Lemeur A et al. Epidemiology and microbiology of ventilator-associated pneumonia in COVID-19 patients: a multicenter retrospective study in 188 patients in an un-inundated French region. *Crit Care.* 2021;25:72, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-021-03493-w>. PMID: 33602296.
 58. Forel JM, Voillet F, Pulina D, Gacouin A, Perrin G, Barrau K, et al. Ventilator-associated pneumonia and ICU mortality in severe ARDS patients ventilated according to a lung protective strategy. *Crit Care.* 2012;16:R65, <http://dx.doi.org/10.1186/cc11312>.
 59. Chastre J, Fagon J-Y. Ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165:867–903, <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.165.7.2105078>.
 60. Argenziano MG, Bruce SL, Slater CL, Tiao JR, Baldwin MR, Barr RG, et al. Characterization and clinical course of 1000 patients with COVID-19 in New York: retrospective case series. *medRxiv Prepr Serv Heal Sci.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.20.20072116>.
 61. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>.

62. Soriano MC, Vaquero C, Ortiz-Fernández A, Caballero A, Blandino-Ortiz A, de Pablo R. Low incidence of co-infection, but high incidence of ICU-acquired infections in critically ill patients with COVID-19. *J Infect.* 2020;S0163–4453:30594–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.09.010>. Publicación electrónica. PMID:PMCID: PMC7501527.
63. Barrasa H, Martín A, Maynar J, Rello J, Fernández-Torres M, Aguirre-Quinonero A et al, Alava COVID-19 Study Investigators. High rate of infections during ICU admission of patients with severe SARS-CoV-2 pneumonia: A matter of time? *J Infect.* 2020;S0163–4453:30761–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.12.001>. Publicación electrónica. PMID: 33285217.
64. Rouzé A, Martin-Loeches I, Povoa P, Makris D, Artigas A, Bouchereau M, et al. Relationship between SARS-CoV-2 infection and the incidence of ventilator-associated lower respiratory tract infections: a European multicenter cohort study. *Intensive Care Med.* 2021;47:188–98, <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06323-9>. Epub 2021 Jan 3. PMID: 33388794; PMCID: PMC7778569.
65. Zaragoza R, Vidal-Cortés P, Aguilar G, Borges M, Diaz E, Ferrer R et al. Update of the treatment of nosocomial pneumonia in the ICU. *Crit Care.* 2020;24:383, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03091-2>. PMID: 32600375; PMCID: PMC7322703.
66. Engsbro AL, Israelsen SB, Pedersen M, Tingsgaard S, Lisby G, Andersen CØ, et al. Predominance of hospital-acquired bloodstream infection in patients with Covid-19 pneumonia. *Infect Dis (Lond).* 2020;52:919–22.
67. Giacobbe DR, Battagliani D, Ball L, Brunetti I, Bruzzone B, Codda G, et al. Bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation [Internet].* 2020;50:e13319 [consultado 13 Nov 2020]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13319>.
68. Buetti N, Ruckly S, de Montmollin E, Reignier J, Terzi N, Cohen Y, et al. COVID-19 increased the risk of ICU-acquired bloodstream infections: a case-cohort study from the multicentric OUTCOMEREA network. *Intensive Care Med.* 2021;47:180–7.
69. Chaves F, Garnacho-Montero J, Del Pozo JL, Bouza E, Capdevila JA, de Cueto M, et al. Diagnosis and treatment of catheter-related bloodstream infection: Clinical guidelines of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology and (SEIMC) and the Spanish Society of Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2018;42:5–36.
70. Proyecto: "Prevención de la infección urinaria relacionada con sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos". ITU- ZERO. (seguridaddelpaciente.es) [consultado 1 Feb 2021]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/ituzero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>.
71. European Centre for Disease Prevention and Control. European surveillance of healthcare-associated infections in intensive care units – HAI-Net ICU protocol, version 1.02. Stockholm: ECDC; 2015 [consultado 1 Feb 2021]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/european-surveillance-healthcare-associated-infections-intensive-care-units-hainet-icu-protocol>.
72. De Waele JJ, Martin-Loeches I. Optimal duration of antibiotic treatment in Gram-negative infections. *Curr Opin Infect Dis.* 2018;31:606–11, <http://dx.doi.org/10.1097/QCO.0000000000000491>. PMID: 30382951.
73. Jouan Y, Guillon A, Gonzalez L, Perez Y, Boisseau C, Ehrmann S, et al. Phenotypical and functional alteration of unconventional T cells in severe COVID-19 patients. *J Exp Med.* 2020;217:e20200872, <http://dx.doi.org/10.1084/jem.20200872>. PMID: 32886755; PMCID: PMC7472174.
74. Schauwvlieghe AFAD, Rijnders BJA, Philips N, Verwijs R, Vanderbeke L, Van Tienen C, Dutch-Belgian Mycosis study group et al. Invasive aspergillosis in patients admitted to the intensive care unit with severe influenza: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med.* 2018;6:782–92, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30274-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30274-1). Publicación electrónica 31 Jul 2018; PMID: 30076119.
75. Marr KA, Platt A, Tornheim JA, Zhang SX, Datta K, Cardozo C, et al. Aspergillosis complicating severe coronavirus disease. *Emerg Infect Dis.* 2021, <http://dx.doi.org/10.3201/eid2701.202896>.
76. Bartoletti M, Pascale R, Cricca M, Rinaldi M, Maccaro A, Bussini L, PREDICO Study Group et al. Epidemiology of Invasive Pulmonary Aspergillosis Among Intubated Patients With COVID-19: A Prospective Study. *Clinical Infectious Diseases.* 2020;ciaa1065, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1065>.
77. Donnelly JP, Chen SC, Kauffman CA, Steinbach WJ, Baddley JW, Verweij PE, et al. Revision and Update of the Consensus Definitions of Invasive Fungal Disease From the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Clin Infect Dis.* 2020;71:1367–76, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciz1008>. PMID: 31802125; PMCID: PMC7486838.
78. Blot SI, Taccone FS, van den Abeele AM, Bulpa P, Meersseman W, Brusselsaers N, AspICU Study Investigators et al. A clinical algorithm to diagnose invasive pulmonary aspergillosis in critically ill patients *Am J Respir Crit Care Med.* 2012 Jul 1; 186 (1):56–64. doi: 10.1164/rccm.201111-1978OC. Publicación electrónica 19 Abr 2012. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;186:808. PMID: 22517788.
79. Verweij PE, Rijnders BJA, Brüggemann RJM, Azoulay E, Bassetti M, Blot S, et al. Review of influenza-associated pulmonary aspergillosis in ICU patients and proposal for a case definition: an expert opinion. *Intensive Care Med.* 2020;46:1524–35, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-06091-6>. Publicación electrónica 22 Jun 2020; PMID: 32572532; PMCID: PMC7306567.
80. White PL, Dhillon R, Cordey A, Hughes H, Faggian F, Soni S, et al. A national strategy to diagnose COVID-19 associated invasive fungal disease in the ICU. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1298, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1298>.
81. Lass-Flörl C, Lo Cascio G, Nucci M, Camargo Dos Santos M, Colombo AL, Vossen M, et al. Respiratory specimens and the diagnostic accuracy of Aspergillus lateral flow assays (LFA-IMMY™): real-life data from a multicentre study. *Clin Microbiol Infect.* 2019;25, 1563.e1-1563.e3. doi: 10.1016/j.cmi.2019.08.009. Epub 2019 Aug 22; PMID: 31445208.
82. Marr KA, Datta K, Mehta S, Ostrander DB, Rock M, Francis J, et al. Urine antigen detection as an aid to diagnose invasive aspergillosis. *Clin Infect Dis.* 2018;67:1705–11, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciy326>. PMID: 29684106; PMCID: PMC6233688.
83. Jenks JD, Hoenigl M. Treatment of Aspergillosis. *J Fungi (Basel).* 2018;4:98, <http://dx.doi.org/10.3390/jof4030098>. PMID: 30126229; PMCID: PMC6162797.
84. Escribano P, Rodríguez-Sánchez B, Díaz-García J, Martín-Gómez MT, Ibáñez-Martínez E, Rodríguez-Mayo M, et al., ASPEIN study group. Azole resistance survey on clinical Aspergillus fumigatus isolates in Spain. *Clin Microbiol Infect.* 2020;S1198–743X:30596–606, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.042>. Publicación electrónica. PMID: 33010446.
85. Koehler P, Bassetti M, Chakrabarti A, Chen SCA, Colombo AL, Hoenigl M, et al. Defining and managing COVID-19-associated pulmonary aspergillosis: the 2020 ECMM/ISHAM consensus criteria for research and clinical guidance. *Lancet Infect Dis.* 2020;S1473–3099:30847–51,

- [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30847-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30847-1). Publicación electrónica. PMID: 33333012; PMCID: PMC7833078.
86. Chanques G, Jaber S. Treating HSV and CMV reactivations in critically ill patients who are not immunocompromised: con. *Intensive Care Med.* 2014;40:1950–3.
87. Hagel S, Scherag A, Schuierer L, Hoffmann R, Luyt CE, Pletz MW, et al. Effect of antiviral therapy on the outcomes of mechanically ventilated patients with herpes simplex virus detected in the respiratory tract: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2020;24:584.
88. Luyt CE, Combes A, Deback C, Aubriot-Lorton MH, Nieszkowska A, Trouillet JL, et al. Herpes simplex virus lung infection in patients undergoing prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:935–42.
89. Schuierer L, Gebhard M, Ruf HG, Jaschinski U, Berghaus TM, Wittmann M, et al. Impact of acyclovir use on survival of patients with ventilator-associated pneumonia and high load herpes simplex virus replication. *Crit Care.* 2020;24:12, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-019-2701-5>. PMID: 31924246; PMCID: PMC6954562.
90. Xu R, Zhou Y, Cai L, Wang L, Han J, Yang X, et al. Co-Reactivation of human herpesvirus alpha subfamily (HSV 1 and VZV) in critically ill patients with COVID-19. *Br J Dermatol.* 2020;183:1145–7.
91. Le Balc'h P, Pinceaux K, Pronier C, Seguin P, Tadié JM, Reizine F. Herpes simplex virus and cytomegalovirus reactivations among severe COVID-19 patients. *Crit Care.* 2020;24:530, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-03252-3>. PMID: 32859241; PMCID: PMC7453668.
92. Busani S, Bedini A, Biagioni E, Serio L, Tonelli R, Meschiari M, et al. Two fatal cases of acute liver failure due to HSV-1 infection in COVID-19 patients following immunomodulatory therapies. *Clin Infect Dis.* 2020, ciaa1246.
93. Carll WC, Rady MY, Salomao MA, Patel B, Singh VP, Sen A. Cytomegalovirus haemorrhagic enterocolitis associated with severe infection with COVID-19. *BMJ Open Gastroenterol.* 2021;8:e000556, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgast-2020-000556>. PMID: 33436481; PMCID: PMC7804824.