



PUNTO DE VISTA

Terapia secuencial con medicamentos. Conversión de la vía intravenosa a la vía oral. ¿Una buena estrategia para disminuir la bacteriemia relacionada con catéter?



Sequential drug therapy. Switching from the intravenous to the oral route. A good strategy for reducing catheter-related bacteremia?

Dolores Escudero*, Armando Blanco y Brígida Quindós

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Recibido el 4 de septiembre de 2013; aceptado el 14 de septiembre de 2013

«Nada hay tan poderoso como el hábito». Ovidio

Bacteriemia relacionada con catéter

Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son habitualmente portadores de un catéter venoso central (CVC). Su cateterización puede producir complicaciones infecciosas y mecánicas; entre las infecciosas, se encuentra la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) que es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes^{1,2}. Desde hace años se han puesto en marcha múltiples estrategias destinadas a disminuir su incidencia³⁻⁶. Pronovost et al.³ demostraron la posibilidad de reducir la BRC prácticamente a cero con un programa que incluía, entre otras medidas, 5 procedimientos relacionados con los catéteres: higiene de manos, barreras durante la inserción, asepsia de la piel con clorhexidina, evitar la vía femoral y retirar todos los CVC innecesarios.

La tasa de BRC en España ha ido disminuyendo en los últimos años, especialmente desde la implantación del

proyecto «Bacteriemia-Zero»⁵, desde 4,89 BRC por 1.000 días de CVC en el año 2008, hasta 2,25 en el año 2012⁷. A pesar de todas las recomendaciones y la existencia de múltiples protocolos de inserción y mantenimiento de los catéteres, la BRC sigue produciéndose. Se ha descrito también para su prevención el uso de conexiones desinfectables, o catéteres impregnados en sustancias antisépticas o antibióticos. Estas medidas son caras y no han demostrado mayor eficacia que la aplicación de programas educativos para la prevención de la infección. A partir de los datos obtenidos en el registro ENVIN-HELICS, se estima que en España anualmente se producen entre 5.000 y 8.000 BRC, lo que supone un grave problema sanitario ya que en estos casos la mortalidad global es del 25% y la mortalidad atribuible, del 9%⁸. Los pacientes con BRC tienen una estancia adicional en la UCI que va desde 6,5 a 20 días, siendo numerosos los estudios que demuestran el incremento sustancial en coste económico que cada episodio de BRC supone al sistema sanitario⁹⁻¹⁵. En España, algunos estudios⁹ encuentran un aumento en la estancia hospitalaria de 19,6 días y un coste estimado añadido de 18.000 euros por episodio de BRC^{9,11}.

Los datos del estudio ENVIN muestran que el tiempo medio de aparición de BRC es cercano a las 2 semanas tras el ingreso del paciente en UCI, lo que sugiere que, en la génesis de la bacteriemia, la vía endoluminal, asociada al

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: dolores.escudero@sespa.princast.es,
lolaescudero@telefonica.net (D. Escudero).

cuidado del catéter, puede tener más importancia que la vía exoluminal, que está más relacionada con la técnica de inserción. Por esta razón, se ha destacado la importancia de reforzar el manejo higiénico de los catéteres² y, dentro de lo posible, evitar o minimizar su manipulación.

Terapia secuencial

Los programas de conversión temprana de tratamiento intravenoso (iv) a tratamiento por vía oral (vo) con fármacos de biodisponibilidad oral alta se denominan *terapia secuencial* (TS) o *switch therapy*. La vo en casos seleccionados tiene igual efectividad terapéutica que el tratamiento iv, evita todos sus riesgos y además supone un importante ahorro económico¹⁶⁻¹⁹. En 1988, Nightingale et al.¹⁶, en Connecticut, propusieron las bases para un programa de TS con antibióticos, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Desde entonces, muchos hospitales aplican TS ya que aporta todos los beneficios derivados del uso de la vía digestiva y un menor riesgo para los pacientes, tal como se ha demostrado en numerosos estudios. La mayoría de ellos se centra en terapia antimicrobiana^{16,17,20-22}, pero desde la década de los noventa existen numerosos trabajos con antiulcerosos, analgésicos, diuréticos, corticoides, antiarrítmicos y otros grupos farmacológicos^{23,24}. En algunos estudios, se ha visto que hasta el 55% de los pacientes tratados con inhibidores de la bomba de protones eran subsidiarios de realizar TS. Los criterios para TS con otros grupos farmacológicos son menos restrictivos que en el caso de los antibióticos. En algunos países como EE. UU., la TS tiene una amplia implantación. Goldwater et al. encuentran que hasta el 81% de los hospitales de Washington D.C. realizaban algún programa de conversión iv a vo²². En España, existen hospitales que tienen ya incluida la TS como un objetivo prioritario en seguridad y calidad.

El sistema más utilizado para promover los programas de TS es el de comunicación mediante una nota informativa de diseño atractivo, que se introduce en la historia clínica próxima a las órdenes médicas del paciente. En ella se explican sus ventajas y cómo realizar la conversión iv a la vo. En algunos estudios, se han propuesto sistemas de cambio automático, que requieren la informatización total de la asistencia. Partiendo del programa informático de *Dosis Unitaria*, se limita la duración del tratamiento iv con los fármacos previamente seleccionados a 72 h. A partir del tercer día, desde el Servicio de Farmacia se dispensa automáticamente la preparación oral, excepto si el médico prescriptor considera que el paciente debe continuar con el tratamiento iv, en cuyo caso, debe notificarlo específicamente al Servicio de Farmacia. Estos modelos son útiles en pacientes ingresados en planta de hospitalización convencional; en la UCI, dada la complejidad e inestabilidad de los pacientes, debe ser el médico responsable quien valore individualmente y a diario la opción de pasar el tratamiento iv a la vía digestiva.

Los objetivos de la TS son conseguir una buena evolución clínica, disminuyendo los riesgos derivados de la administración iv, la estancia y los costes sanitarios. Una de sus grandes ventajas es que minimiza la manipulación de la vía venosa, y por consiguiente, puede disminuir los riesgos de infección del catéter. Desde este punto de vista, la TS puede ser una estrategia más a tener en cuenta en la lista de recomendaciones existentes para disminuir la BRC. Si conseguimos

Tabla 1 Cómo implementar un programa de terapia secuencial

Implantación de un programa de terapia secuencial en UCI
Los medicamentos seleccionados deben tener una elevada biodisponibilidad oral
La pauta posológica para la conversión debe ser simple
Considerar en la inclusión, fármacos con importante diferencia de coste entre la formulación iv y la oral
Se debe impartir al estamento médico y de enfermería la tarea educativa correspondiente
Se debe aportar por escrito la información técnica específica para la implantación de la TS en cada tipo de fármaco
Se trabajará conjuntamente con la Comisión de Farmacia y Terapéutica en la implantación y seguimiento del programa
Se trabajará conjuntamente con la Comisión de Infección Hospitalaria y Política Antibiótica la implantación y seguimiento del programa de TS con antibióticos
El programa se puede implantar de forma escalonada y progresiva con un primer grupo de fármacos. Según se vayan cambiando los hábitos y rutinas clínicas, se irá ampliando el número de fármacos
Se monitorizará la evolución y resultados del programa con la evaluación económica del ahorro en el gasto en medicamentos
Se comunicará periódicamente tanto a los profesionales implicados como al equipo directivo los resultados obtenidos y el punto de evolución del programa
Si en el hospital existe informatización completa, se desarrollarán programas que permitan y faciliten una implementación automática
Se repetirán de forma periódica la información, justificación y necesidad del programa para que la labor educativa y los resultados obtenidos no se pierdan con el paso del tiempo

TS: terapia secuencial; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

disminuir las manipulaciones de la vía venosa, minimizamos el riesgo de BRC. No hay que olvidar que muchos pacientes ingresados en UCI toleran perfectamente 1.500 cc/d de una dieta enteral y, sin embargo, continúan con fármacos iv de forma rutinaria (antiulcerosos, antitérmicos, antimicrobiales, analgésicos, etc.).

En la [tabla 1](#) se pueden ver las normas generales para iniciar un programa de TS y en la [tabla 2](#) algunos de los medicamentos utilizados en TS, formas de presentación y recomendaciones de administración.

Para iniciar la TS se necesitan unos requisitos tanto por parte del paciente como del medicamento a administrar.

Paciente

- Tracto gastrointestinal funcional: ausencia de síndrome de malabsorción, gastroparesia, íleo posquirúrgico, hemorragia digestiva o síndrome de intestino corto.
- Capacidad de deglución con ingesta de alimentos o medicamentos por vo en las últimas 24 h.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112769>

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