

Fundamentos de política antibiótica hospitalaria

R. Martí Massó, J. Honorato, J. Giráldez, O. Sánchez, J. Velasco

El objeto de esta comunicación está basado sobre unas consideraciones generales teórico-prácticas en las que pretendemos exponer los mecanismos de supervisión y control de la Terapéutica Antiinfecciosa, que se viene efectuando desde 1970 en nuestro ambiente hospitalario.

Esta supervisión y control vienen ejercidos por la labor conjuntada de varios Departamentos como integrantes ejecutivos de la COMISION DE FARMACIA Y TERAPEUTICA en orden específicamente al apartado que nos ocupa, son los departamentos de Farmacia Hospitalaria, Microbiología Clínica y Farmacología Clínica.

Creemos de interés la exposición de forma práctica de las líneas esenciales de esta política partiendo de la directriz primaria, establecida en la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Como integrantes de esta comisión están:

- Dirección Hospitalaria.
- Dirección Económica.
- Farmacia Hospitalaria.
- Microbiología Clínica.
- Farmacología Clínica.

—Un elemento procedente del bloque Médico.

—Un elemento procedente del bloque quirúrgico.

Las funciones de la Comisión quedan especificadas en los siguientes puntos:

F. Generadora. Trazado de las directrices del plan.

Programación.

F. Rectora. Vigilancia periódica de la realización de los programas.

F. Supervisora y Coordinadora. Cuidado de las relaciones interdepartamentales.

F. Receptora e integradora de datos procedentes de la práctica médica, de la bibliografía y de los propios ensayos farmacológicos elaborados.

F. elaboradora de datos como centro receptor, analítico y emisor.

F. ejecutiva. Bien directamente a través de la propia comisión mediante circulares internas denominadas I. P., bien a través de los miembros ejecutivos de la comisión para este plan.

Habitualmente la frecuencia de reunión es bimensual, sin embargo puede ser convocada en cualquier momento

por cada uno de los miembros integrantes.

Del conjunto de normas dictadas por esta comisión entresacamos en lo referente a la P. A. H. una serie de puntos cardinales para dar una somera idea de conjunto.

Ante un cuadro febril de entrada se aconseja la realización con un máximo de posibilidades de un diagnóstico etiológico, con lo cual eludimos la antibioterapia en una serie de procesos febriles de otra etiología. Tipificación del agente causal y adaptación de la terapéutica al estudio antibiográfico. Caso de no ser posible, ante la sospecha clínica más próxima, utilización de un Atb. de espectro reducido o medio y desde luego bactericida. Normalmente utilizamos las Penicilinas y sus derivados. El cambio por cefalosporinas como de hecho viene siendo propugnado por escuelas anglosajonas, hemos visto que en la actualidad no es todavía necesario. En los casos que se precise de una terapéutica urgente y agresiva de entrada la utilización del Antibiótico queda supeditada a la procedencia de la infección.

Restricción de bactericidas y bacteriostáticos de amplio espectro y en general de bacteriostáticos en medio hospitalario, a excepción de casos muy concretos.

Control de asociaciones, teniendo en cuenta los criterios generales conocidos y siempre bajo control del Microbiólogo Clínico.

Cuidar las dosis pensando que es preferible pecar por exceso que por defecto a excepción de algunos casos concretos.

Vigilancia de yatrogenia y de interacción medicamentosa cuando en el paciente se dé la situación tan común de la polifarmacia.

Habitualmente tenemos una serie de antibióticos en uso y otros en reserva, adaptando los de uno a otro grupo de

acuerdo con los resultados obtenidos a partir de estudios sistematizados de resistencias y sensibilidades para los gérmenes más comunes en clínica.

Un punto de interés remarcable es la utilidad y procedencia de la profilaxis antibiótica en intervenciones quirúrgicas. Pensamos que exclusivamente merece discusión la posibilidad de efectuarla en cirugía altamente traumática, en donde la práctica así nos lo ha demostrado o en aquellos casos de empleo de materiales altamente susceptibles de interferencia en el sentido de producir infecciones.

En nuestro caso especial, se ha elaborado un estudio desde Noviembre de 1972 en intervenciones torácicas importantes, exactamente en cirugía cardíaca. Durante este período se han llevado a cabo 1422 actos quirúrgicos, en las cuales sistemáticamente se ha empleado a fines profiláctico la asociación Penicilina-Kanamicina a dosis de un millón cada ocho horas y 1/2 gr. cada doce respectivamente, por sinergismo bactericida, sin que se den resistencias cruzadas entre sí, de espectros bacterianos complementarios, de mecanismos de acción distintos, no hay sumación de efectos tóxicos, la adquisición de resistencias es escalonada y ambos antibióticos suelen estar siempre dentro del grupo en uso habitual.

Durante este período la incidencia de infecciones ha sido mínima, sólo 2 pacientes, ambos por estafilococo aureus coagulasa positivo, uno de localización en sutura valvular y otro en sutura esternal. Desgraciadamente no poseemos datos anteriores al estudio fidedignos, para comparar incidencias, pero sí podemos afirmar a groso modo la eficacia del uso de esta asociación.

El segundo de los estudios realizados sí nos permite datos comparativos. Se trata de pacientes intervenidos de cadera con acoplamiento de prótesis. Con anterioridad al uso de una profilaxis, de

153 intervenciones, 54 pacientes presentaron infección, siendo el germen más persistente el Estafilococo productor de penicilinasa, de ahí que se estableciera la necesidad de emplear Dicloxacilina. Los resultados tras el establecimiento de la pauta profiláctica en Agosto de 1974 son de desaparición radical de infecciones postquirúrgica en este tipo de intervenciones 86.