



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

ZONA 9

ESTRATEGIA PARA EL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

Expositor: Dr. Silvano Bertozzi
Medico Internista

Resistencia a los Antibióticos

Amenazas para la salud mundial.

Puede afectar a cualquier persona.

Es un fenómeno natural, pero el uso indiscriminado de antibióticos está acelerando el proceso.

Cada vez el tratamiento de infecciones se vuelve más difícil debido a la pérdida de eficacia de los antibióticos.

La resistencia a los antibióticos prolonga las estancias hospitalarias, incrementa los costos médicos y aumenta la mortalidad.



Bacteria	Porcentaje de resistencia	Antibiótico
<i>Escherichia coli</i>	30,8% a 49,3%	Cefalosporina de tercera generación
<i>Klebsiella spp.</i>	9,5% a 10,9%	Carbapenémicos
<i>Acinetobacter baumannii</i>	46,6% a 64 %	Carbapenémicos
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	25,8% a 28,4 %	Carbapenémicos



COMISIÓN DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

Fue creada por el Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Objetivo

Definir estrategias que permitan una mayor efectividad en el tratamiento de enfermedades infecciosas y un mejor uso de los recursos disponibles(antibióticos).

Integrantes del Comisión de Uso Racional de Antibióticos

- Infectólogo (Presidente)
- Microbiólogo (Secretario)
- Bioquímico Farmacéutico
- Epidemiólogo



Lista de antibióticos controlados en el Hospital General Docente de Calderón

- Carbapenémicos (Imipenem y Meropenem)
- Polimixina E (Colistina)
- Glicopéptidos (Vancomicina)
- Cefalosporina de tercera y cuarta generación (Ceftriaxona y Cefepime)
- Oxazolidinonas (Linezolid)
- Inhibidor de Betalactamasa (Piperacilina/Tazobactam)

ESTRATEGIA PARA USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

1. Formulario de autorización de antibióticos de uso controlado.
2. Diagrama de flujo.
3. Cartilla de Resistencia.

Formulario de solicitud de antibióticos controlado

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

 Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS FORMATO	FECHA APROBACIÓN: VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 1 CÓDIGO: HGDC-CAL-FORM-SAR

Proceso:	Fecha/hora de solicitud
----------	-------------------------

DATOS DEL PACIENTE:			
Nombres y Apellidos:			Sexo
N° de Historia Clínica		Cédula/Pasaporte	
Edad:		Peso:	Kg

CUADRO CLINICO	
Diagnóstico:	CIE10
Creatinina sérica:	
Otros antecedentes clínicos	

ANTIBIOTICO (S) SOLICITADO (S)				
Nombre del medicamento	Presentación farmacéutica	Dosis	Vía de administración	Duración del tratamiento

FUNDAMENTACION CLINICA:

RESULTADOS DEL CULTIVO Y ANTILOGRAMA	
Tipo de muestra:	Fecha de toma de la muestra: (dd/mm/aa)
Micorganismo identificado:	
Antibiograma:	

(f.) _____	(f.) _____
MÉDICO TRATANTE	INFECTÓLOGO
Nombre:	Nombre:

Espacio para uso exclusivo del Médico Infectólogo	
Tratamiento pertinente <input type="checkbox"/>	Tratamiento no pertinente <input type="checkbox"/>
Observaciones:	

Nombre y Firma:	Fecha de revisión:
-----------------	--------------------

*En horario de oficina este documento debe tener la autorización de Infectólogo, fuera de este horario se despatcha únicamente con firma de Médico Tratante



 <p>Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN</p>	<p>FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS</p>	<p>FECHA APROBACIÓN: VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 DE 1 CÓDIGO: HGDC-CAL-FORM-SAR</p>
	<p>FORMATO</p>	

Proceso:		Fecha/hora de solicitud	
DATOS DEL PACIENTE:			
Nombres y Apellidos:		Sexo	
Nº de Historia Clínica		Cédula/Pasaporte	
Edad:		Peso:	Kg



Formulario de solicitud de antibióticos controlado

CUADRO CLÍNICO

Diagnóstico:

CIE10

Creatinina sérica:

Otros antecedentes clínicos

ANTIBIOTICO (S) SOLICITADO (S)

Nombre del medicamento	Presentación farmacéutica	Dosis	Vía de administración	Duración del tratamiento

FUNDAMENTACION CLINICA:

RESULTADOS DEL CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA			
Tipo de muestra:		Fecha de toma de la muestra:	(dd/mm/aa)
Microorganismo identificado:			
Antibiograma:			

(f.) _____
MÉDICO TRATANTE

Nombre:

(f.) _____
INFECTÓLOGO

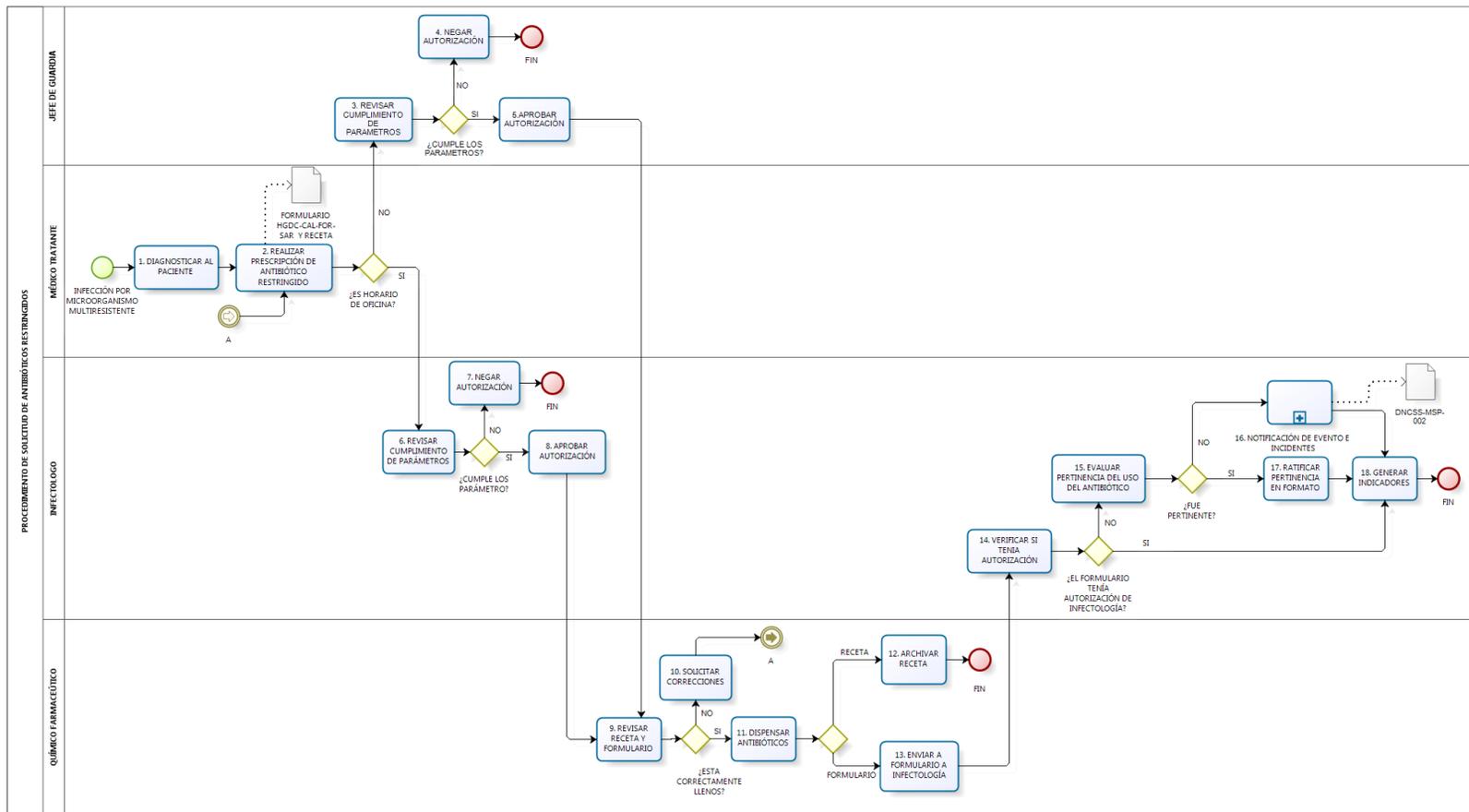
Nombre:

Espacio para uso exclusivo del Médico Infectólogo	
Tratamiento pertinente <input type="checkbox"/>	Tratamiento no pertinente <input type="checkbox"/>
Observaciones: _____	

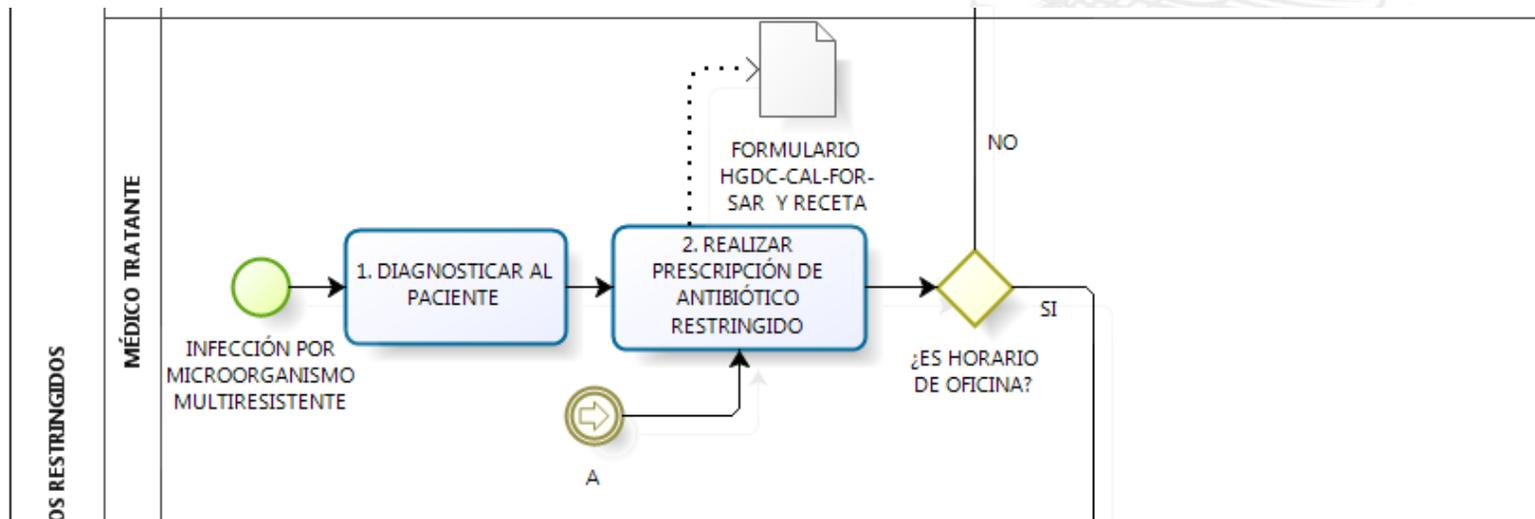
Nombre y Firma:	Fecha de revisión:

* En horario de oficina este documento debe tener la autorización del Infectólogo, fuera de estos horarios se despachará únicamente con firma del Médico Tratante.

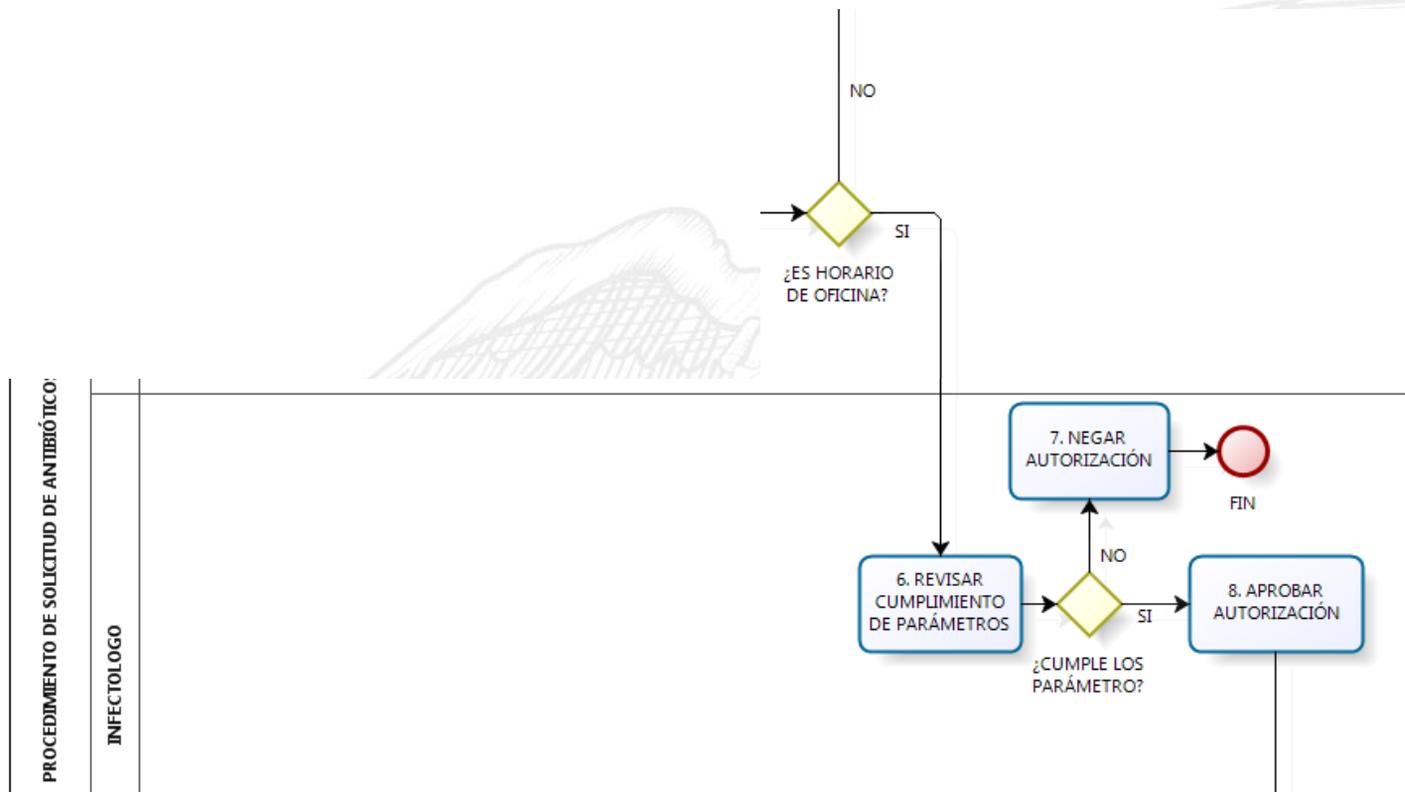
FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



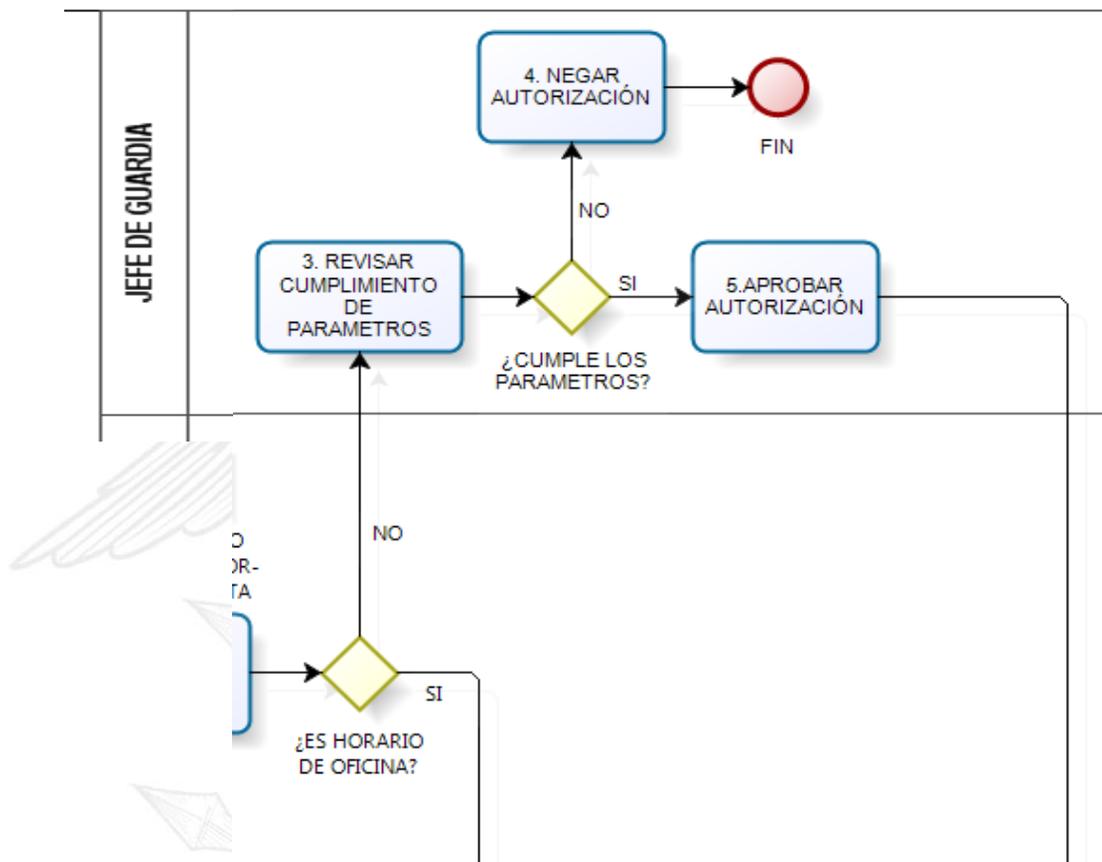
FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



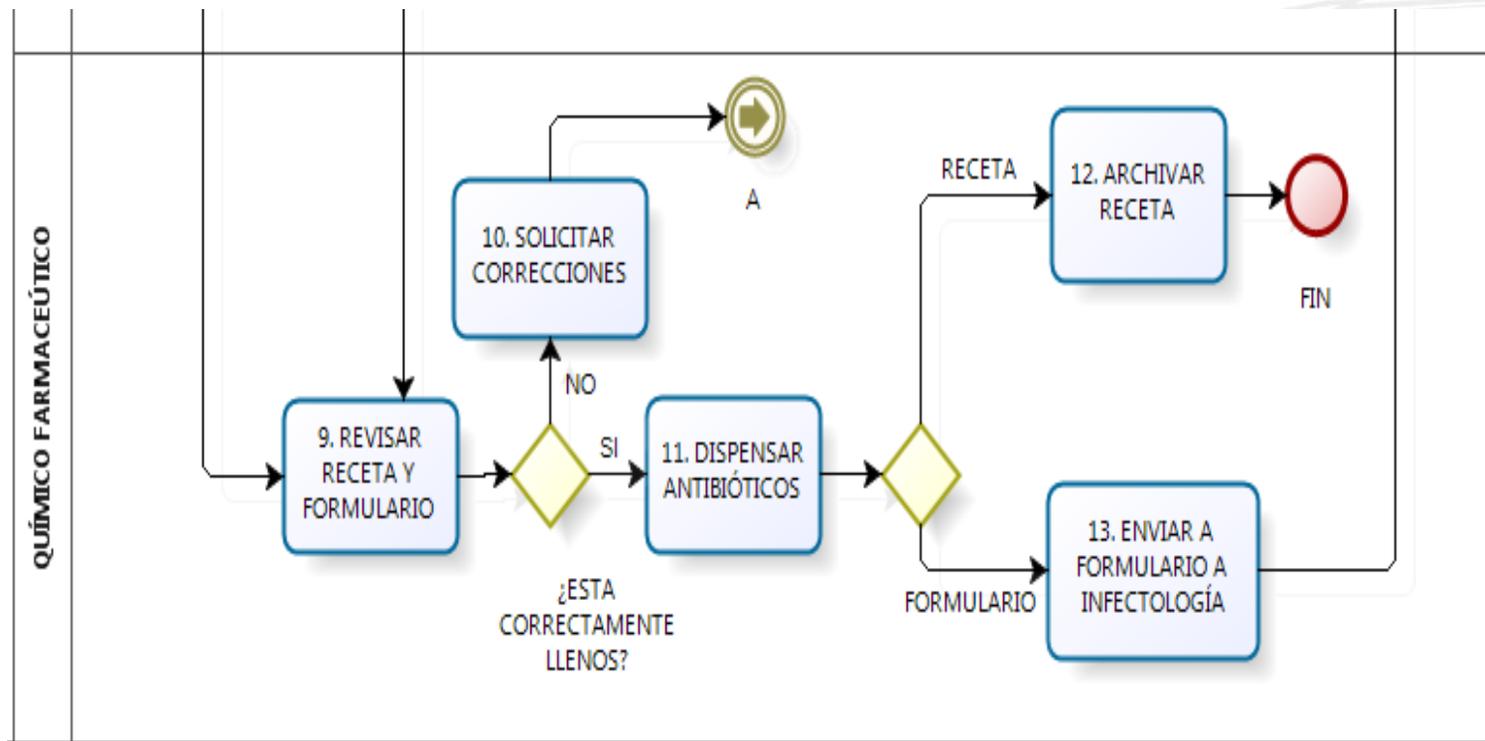
FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



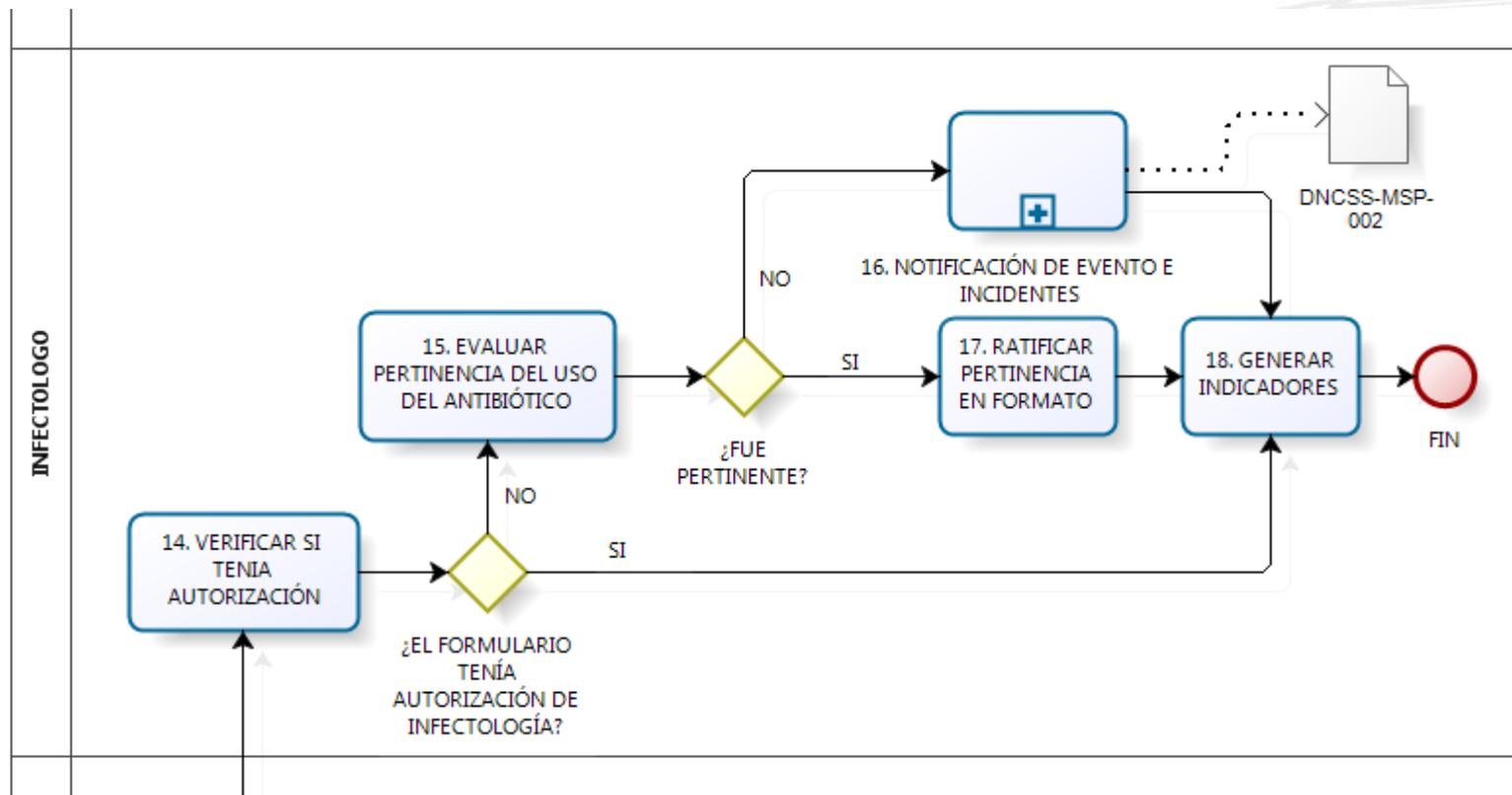
FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



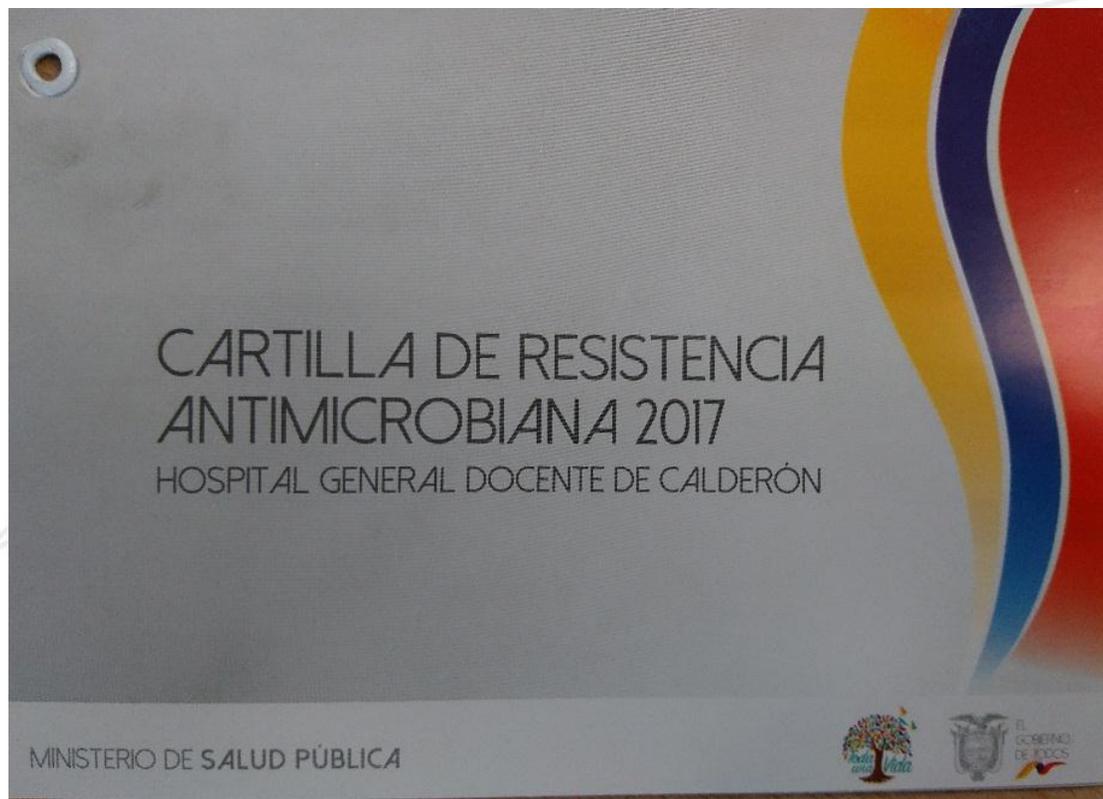
FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



FLUJOGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS CONTROLADOS



Cartilla de resistencia a los antibióticos



Conclusiones

- La implementación de la estrategia con más de una herramienta asegura mejores resultados.
- Los datos obtenidos de la implementación de la estrategia serán la base para estudios de morbilidad, resistencia antimicrobiana, estancias hospitalarias y otros.

Compromisos

- Obtener resultados validados que permitan tomar decisiones para el mejoramiento de atención en salud.
- Disminuir la resistencia a antibióticos de amplio espectro.
- Lograr el uso racional de antibióticos en el Hospital General Docente de Calderón.

“Hay reglas sencillas para el uso de la penicilina: usarla solo para los microbios que sean vulnerables a ella, aplicar la dosis indicada y que el tratamiento dure lo suficiente para eliminar la infección”

A. Fleming