



marzo 2008 Vol. XVI No 3

El Ache-Ce-O



Política para Manejar el Problema de los Estafilococos Resistentes a la Meticilina Presentes en la Comunidad (MRSA).

- Todas las organizaciones de servicios de salud, incluyendo hospitales y clínicas ambulatorias, y las asociaciones profesionales de la industria de la salud, y también las compañías de seguros de salud tienen la responsabilidad de cooperar para resolver el problema de microorganismos resistentes a tratamiento en la comunidad.
- Se deben establecer sistemas que requieran que los laboratorios clínicos reporten periódicamente a las aseguradoras los patrones de susceptibilidad de los micro-organismos prevalentes en la comunidad.
 - Los contratos con los laboratorios clínicos deben incluir este requisito.
 - Estos reportes deben ser específicos, por facilidad médica o por pueblo o barrio.
 - Los laboratorios de microbiología deben seguir las guías aceptadas en la industria para determinar susceptibilidad, no solamente de MRSA, sino de otros organismos resistentes, como enterococos resistentes a vancomicina.
 - Cuando los laboratorios detecten un nuevo patrón de resistencia a antibióticos en la comunidad, deben reportarlo sin demora a un director médico del seguro de salud pertinente.
- Hay que implementar un proceso multidisciplinario (farmacia, proveedores, sistemas de información) para revisar utilización, monitorear tendencias y asegurar el uso apropiado de agentes antibacterianos.
 - Se deben revisar los patrones de susceptibilidad reportados por los laboratorios para determinar si la resistencia va en aumento, especialmente de MRSA.
 - Los directores médicos del plan de salud deben analizar la utilización de antibióticos de sus médicos continuamente.
 - Si es necesario, se deben ajustar los antibióticos incluidos en el formulario.
- Hay que promover el tratamiento clínico óptimo de infecciones de todo tipo, muy especialmente MRSA, usando las drogas antibacterianas apropiadas.
 - Notas en los reportes de susceptibilidad del laboratorio.
 - Notificaciones a proveedores por farmacéuticos clínicos.
 - Temas abordados en boletines médicos.
- También tenemos que proveer educación a proveedores sobre los riesgos y la prevención de infecciones con MRSA.
 - Hay que proveer anualmente a los médicos proveedores reportes y análisis de patrones de susceptibilidad de los organismos prevalentes en la comunidad.
 - Se deben incluir sugerencias en cuanto al uso apropiado de los antibióticos a la luz de la situación en cada comunidad, con énfasis en la vancomicina, las cefalosporinas de tercera generación y los agentes anti-aeróbicos.
 - Incluir información sobre prevalencias y tasas de infección, y si han habido cambios.
 - Hay que distinguir entre colonización e infección.
- Las aseguradoras tienen que promover todo tipo de precaución disponible para el control de infecciones, MRSA y otras.
 - Hay que insistir en que los hospitales contratados cumplan con sus protocolos para el control de infecciones.
- Estrategias para reducir riesgos en las facilidades de servicios de salud:
 - Hay que identificar personal con experiencia en control de infecciones, personal que posea el liderazgo necesario para diseñar e implementar controles; e intensificar y reforzar su entrenamiento y suplir la financiación necesaria.
 - El personal escogido tiene que desarrollar, implementar y monitorear un plan de acción correctiva para controlar el MRSA en la comunidad.
 - Se tienen que usar mascarillas para procedimientos que puedan salpicar secreciones o líquidos contaminados, especialmente si el médico está bregando con fuentes densamente colonizadas como abscesos o quemaduras.
 - En caso de úlceras o heridas supurando, o incontinencia fecal, hay que usar guantes y batas.
 - Cuando el riesgo para otros es obvio, y si el paciente colonizado no tiene la capacidad o habilidad de tomar las debidas precauciones, se debe limitar su ambulación y socialización.
 - Los pacientes identificados con el mismo MRSA deben ser asignados a la misma habitación, a menos que se les pueda dar un cuarto privado a cada uno.
 - Hay que enfatizar el uso de equipo desechable, hasta en los hogares.
 - Todo el equipo médico duradero, y las superficies de las áreas inmediatas al paciente, como los pomos de las puertas y mesas de noche, deben ser desinfectadas. Esto requiere supervisión e inspección de las áreas afectadas.
 - Hay que asegurar que los hospitales y clínicas ambulatorias implementen un sistema de vigilancia que incluya cultivos de individuos que pertenecen a poblaciones de alto riesgo.
 - Para MRSA usualmente es suficiente coger muestras de la parte anterior de la mucosa nasal, pero también podemos coger muestras de la garganta, aspirar tubo endotraqueal o gastrostomía o del área perianal.
 - Se deben coger muestras seriadas semanalmente hasta que las infecciones disminuyan.
 - Hay que hacer cultivos de los contactos cercanos al paciente, y del personal clínico.
 - También se pueden tomar muestras para cultivos del ambiente en que se mueve el paciente, como por ejemplo carros de tratamiento, barandas, plumas de agua, "patos", equipo médico compartido.
 - En caso de que todo fracasara, hay que proceder a vaciar y esterilizar o desinfectar los cuartos envueltos.

Ref: Management of multidrug – resistant organisms in healthcare settings; 2006. Centers for Disease Control and Prevention. National Guideline Clearinghouse.

Luis F. Montaner, MD
Comunicaciones a Proveedores

HUMANA
Su consejero cuando más lo necesita



Estafilococos Resistentes a la Meticilina (MRSA): Una Perspectiva Clínica

☐ Recientemente el "CDC" comentó un estudio muy bien documentado que demuestra que MRSA es responsable de más muertes al año que VIH/SIDA: **90,000 muertes anuales debido a MRSA en los EEUU.**

☐ Este micro-organismo (MRSA) se ha convertido en un issue que afecta nuestras vidas y nuestras prácticas de una manera u otra, seamos cirujanos, médicos de familia, internistas, obstetras o pediatras.

- No hay duda de la amenaza que representa MRSA, y las autoridades, incluyendo a las compañías de seguros de salud, tienen que exigirle a las facilidades de servicios de salud que tomen acción correctiva.

☐ El estafilococo dorado estaf aureo ha sido conocido patógeno para los humanos desde tiempo inmemorable.

- Etiología de pulmonías adquiridas en hospitales, celulitis y otras infecciones de piel, y también de septicemias.
- El estafilococo es el patógeno #1 o #2 de estas infecciones una y otra vez.

☐ Lo nuevo no es que el estafilococo va aumentando como causa de estas infecciones. **Lo nuevo es que la proporción de estafilococos resistentes a la meticilina (MRSA) va en aumento, y ahora predomina.**

☐ Otro factor importante: según aumenta la población de envejecientes con sus comorbilidades, aumentan los contactos con el sistema de salud; y por ende, aumentan las infecciones con estos organismos (MRSA).

☐ Desde los años '50 y '60 el estafilococo dorado estaf aureo comenzó a desarrollar resistencia a la penicilina y antibióticos relacionados.

- Cambios genéticos en el genoma del micro-organismo afectan su susceptibilidad a los antibióticos betalactámicos.

☐ Para el tratamiento de infecciones con estafilococos sensitivos a la penicilina (MSSA), las alternativas son amplias: betalactámicos, quinolonas, carbapenemes.

- Para bacteremia, endocarditis o infecciones de piel por MSSA, se utiliza la nafcilina (**Unipen**).

☐ MRSA en un patógenos importante en los hospitales:

- En pulmonías adquiridas, y en pulmonías asociadas al uso de ventiladores.
- En infecciones relacionadas a catéteres, y en infecciones post-operatorias de heridas.
- En unidades de cuidado intensivo hasta un 80% de los estafilococos son MRSA.

☐ **¡OJO! Ahora se esta viendo MRSA en pacientes que vienen al hospital procedentes de la comunidad** (sepa USA300).

- Usualmente son pacientes con historial de múltiples y frecuentes contactos con el sistema de salud o con mucha exposición a antibióticos, como por ejemplo:
 - Pacientes en diálisis.
 - Pacientes con VIH.
 - Personas inmunosuprimidos (quimioterapia).
 - Recibiendo tratamiento de heridas infectadas (antibióticos tópicos).

☐ Esta sepa de MRSA-comunitario (USA300), PVL-positivo (toxina que produce necrosis de tejidos), es ahora responsable de un 20-30% de las infecciones nosocomiales de acuerdo a recientes estudios del CDC.

☐ Al presente tenemos varias opciones para tratar MRSA, dependiendo de su genotipo y su presentación clínica y severidad de la infección.

- El MRSA tradicional y nosocomial de los hospitales, sepa conocida como "USA100", responde a vancomicina (ha ido aumentando la concentración mínima inhibitoria o "MIC" necesaria) o a linezolid (**Zyvox**) o a daptomicina (**Cubicin**).
- El MRSA asociado al sistema de salud en la comunidad – y ahora también a veces nosocomial – **el MRSA-comunitario, sepa "USA300", es un micro-organismo diferente.**

- Como ya señalamos, produce una toxina ("PVL") que causa necrosis del órgano infectado, ya sea piel (equipos deportivos, prisioneros, pacientes VIH) o pulmón.

• **Esta sepa USA300 es susceptible a antibióticos orales. Empíricamente, para el tratamiento de infecciones de piel y tejidos blandos, el trimetoprim-sulfa (Septra) es la mejor alternativa; y también la clindamicina.** Otras alternativas para terapia oral: doxiciclina, minociclina, ciprofloxacina o linezolid; pero hay que recordar que la incisión y drenaje (I&D) podría ser suficiente tratamiento para abscesos y furúnculos.

• El MRSA-comunitario (CA-MRSA), USA300, puede ser muy virulento como causa de pulmonía necrotizante rápidamente progresiva - ¡ojo con las infecciones secundarias por MRSA-comunitario en pacientes con influenza, especialmente si se ven muy tóxicos y tienen hemoptisis!

• Para el tratamiento de pacientes que están muy severamente enfermos o con pulmonías que presentan con necrosis severa de tejido pulmonar, ahora se utiliza la linezolid (**Zyvox**), ya que con clindamicina el organismo desarrolla resistencia rápidamente durante la terapia.

• Otras posibles terapias para sepsis severa, pulmonías e infecciones multifocales por MRSA: vancomicina y rifampin o linezolid y daptomicina.

• Los datos disponibles nos dicen que la linezolid es efectiva en las pulmonías, pero no en sepsis. En sepsis y endocarditis con MRSA, la daptomicina (**Cubicin**) es el antibiótico indicado.

Ref:

1. MRSA – A Clinical Perspective: Andrew F. Shorr, MD, MPH, FCCPP. Associate Professor of Medicine at Georgetown University. --- from Medscape Pulmonary Medicine, Jan 2008.
2. Community-Associated MRSA Infections: May 2006. Medscape Infectious Diseases.
3. Emerging Options for... Pharmacotherapy. 2007; 27:227-249.
4. Vancomycin and Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis. 2007; 44:1543-1548.

Luis F. Montaner, MD
Comunicaciones a Proveedores



FARMACO-cinética en medicina primaria



marzo 2008 Vol II: No 3

Hablemos Sobre la Terapia Escalonada y las Preautorizaciones

❑ Por **terapia escalonada** entendemos un plan de tratamiento que podemos ir escalonando paso a paso, cosa que si un medicamento de "primera línea" no funciona, no produce los efectos esperados en el paciente, pasamos a utilizar otro medicamento que le llamamos de "segunda línea", y así sucesivamente.

- La idea de la **terapia escalonada** es usar primero el tratamiento más sencillo, el tratamiento que tiene menor probabilidad de causar efectos indeseables, usualmente la terapia más costo efectiva.

❑ En Humana la Unidad de Revisión Clínica de Farmacia (HCPR por sus siglas en ingles) es la sección encargada de velar por que estos procesos se cumplan.

- **Terapia escalonada** es un proceso electrónico automatizado de autorización que ocurre cuando la farmacia procesa una reclamación.
- El sistema busca en las reclamaciones del asegurado, y si encuentra utilización de un medicamento de primera línea aprueba la medicina de segunda línea. De no ser así el sistema rechaza la reclamación, y por ende, rebota la receta.

❑ Presentemente los medicamentos en terapia escalonada incluyen los inhibidores de la bomba de protón, antihistamínicos de acción prolongada, inhaladores de esteroides nasales. Ultram ER, Glumetza, Lunesta, Ambien CR, Sonata, y Rozerem.

<u>Medicamentos con Terapia Escalonada</u>	<u>Alternativas Disponibles</u>
Prevacid®, Prilosec®, Protonix®, Zegerid®, Aciphex® y Prevacid NapraPac®, Allegra®,	Nexium® u Omeprazole 10 ó 20mg
Allegra D R, Clarinex®, Zyrtec® y Clarinex D®	Fexofenadine (Allegra genérico) o fluticasone o Nasonex®
Nasarel®, Nasacort®, Beconase AQ®, Veramyst® y Nasacort AQ®	Nasonex® o fluticasone (Flonase genérico)
Ultram ER®	Tramadol o Tramadol/Acetaminophen (Ultracet)
Glumetza®	Metformin ER
Lunesta®	Zolpidem (Ambien genérico)
Ambien CR®, Sonata® y Rozerem®	Zolpidem y Lunesta® (Debe usar ambos antes)

- Si solicitan autorizaciones previo al despacho, la cantidad de rechazos disminuyen y el paciente obtiene sus medicinas sin problema. ¡Es muy fácil, la información esta ahí para su acceso!
- Cuando el paciente llega a la farmacia con receta de una de estas medicinas sin preautorización y se le rechaza, esto le causa mucha molestia, peor si tiene que volver al médico para corregir la situación.
- No hay duda de que se afecta la satisfacción del paciente con su médico, e impacta la percepción de nuestro nivel de servicio.

❑ En adición, los siguientes medicamentos necesitan pre-autorización, sin relación a terapia escalonada alguna.

- Mezclas con un costo mayor de \$50.00 dólares
- Actimmune (Interferon Gamma-1b, Recomb.)
- Aranesp (Darbeoetin Alfa In Polysorbat)
- Avonex (Interferon Beta-1a)
- Betaseron (Inerferon Beta-1b)
- Byetta (Exenatide)
- Coreg Cr (Carvedilol Phosphate)
- Eligard (Leuprolide Acetate)
- Epogen (Epoetin Alfa)
- Fentora (Fentanyl Citrate)
- Forteo (Teriparatide)
- Infergen (Interferon Alfacon-1)
- Intron A (Interferon Alfa-2b, Recomb.)
- Januvia (Sitagliptin-phosphote)
- Janumet (Sitagliptin-metformin Hcl)
- Lamisil (Terbinafine Hcl)
- Lupron Depot-ped (Leuprolide Acetate)
- Penlac (Ciclopirox Solution)
- Procrit (Epoetin Alfa)
- Rebetol (Bavirin)
- Rebetron (Ribavirin/ Interferon A-2b)
- Rebif (Interferon Beta-1a/ Albumin)
- Revatio (Sildenafil Citrate)
- Revlimid (Lenalidomide)
- Ribatab (Ribavirin)
- Ribavirin (Ribavirin)
- Roferon-a (Interferon Alfa-2a, Recomb.)
- Sandostatin (Octreotide Acetate)
- Sporanox (Itraconazole)
- Sprycel (Dasatinib)
- Sutent (Sunitinib Malate)
- Symlin (Pramlintide Acetate)
- Tracleer (Bosentan)
- Trelstar Depot (Triptorelin Pamoate)
- Ventavis (Iloprost)

❑ Los formularios de autorización están en la página de Humana.com. Específicamente la página de autorizaciones para Puerto Rico está en http://www.humana.com/providers/tools/prescription_tools/prior_authorization_pr.asp.

- Luego de completar el formulario lo envían a la unidad de HCPR por fax – al 1-866-423-0486, de lunes a viernes entre las 8:00am y las 6:00pm.
- Si necesitan hablar con el personal clínico de la unidad, llamen al 1-866-488-5991.

❑ Necesitamos que ustedes, como nuestros proveedores médicos, cooperen con estos programas de calidad y control de costos según su compromiso contractual, operando dentro de las normas establecidas.

Luis F. Montaner, MD
Comunicaciones a Proveedores

HUMANA
Su consejero cuando más lo necesita