

Por otro lado, en el estudio no se especifica si la estancia media en el hospital de 2,5 días fue incluyendo, o no, a los pacientes admitidos directamente en hospitalización a domicilio desde Urgencias. En caso de no estar incluidos, la estancia fue suficientemente corta como para que el facultativo de HaD hubiera tomado la decisión de una desescalada o una terapia secuencial con la misma diligencia que los pacientes no hospitalizados previamente, y sería otro argumento en favor de que las diferencias observadas fueron debidas al perfil de los pacientes. En caso de haber incluido en el cálculo de la estancia media a los pacientes admitidos desde Urgencias (en cuyo caso sería mayor la estancia media, considerando solo a los pacientes hospitalizados convencionalmente), la inadecuación del tratamiento podría haberse producido ya en la planta de hospitalización.

En resumen, un trabajo necesario que alerta sobre la necesidad de aplicar en hospitalización a domicilio los programas de uso racional de antimicrobianos con el mismo rigor que en el hospital.

Bibliografía

1. Sánchez Fabra D, Ger Buil A, Torres Courchoud I, Martínez-Murgui R, Matía Sanz MT, Fiteni Mera I, et al. Manejo antibiótico en neumonía adquirida en la comunidad en la hospitalización a domicilio: ¿Hay margen de mejora? [published online ahead of print 5]. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;2020.
2. Marks M, Bell LCK, Jones I, Rampling T, Kranzer K, Morris-Jones S, et al. Clinical and Economic Impact of Implementing OVIVA Criteria on Patients With Bone and Joint Infections in Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *Clin Infect Dis.* 2020;71:207–10.

3. Gilchrist M, Seaton RA. Outpatient parenteral antimicrobial therapy and antimicrobial stewardship: challenges and checklists. *J Antimicrob Chemother.* 2015;70:965–70.
4. Heintz BH, Halilovic J, Christensen CL. Impact of a multidisciplinary team review of potential outpatient parenteral antimicrobial therapy prior to discharge from an academic medical center. *Ann Pharmacother.* 2011;45:1329–37.
5. Jorgensen SCJ, Lagnf AM, Bhatia S, Shamim MD, Rybak MJ. Sequential intravenous-to-oral outpatient antibiotic therapy for MRSA bacteraemia: one step closer. *J Antimicrob Chemother.* 2019;74:489–98.
6. Mahatumarat T, Pinmanee N, Injai W, Chaiwarith R. Inappropriateness of Intravenous Antibiotic Prescriptions at Hospital Discharge at a Tertiary Care hospital in Thailand. *Drug Healthc Patient Saf.* 2019;11:125–9.
7. Shrestha NK, Shrestha J, Everett A, Carroll D, Gordon SM, Butler RS, et al. Vascular access complications during outpatient parenteral antimicrobial therapy at home: a retrospective cohort study. *J Antimicrob Chemother.* 2016;71:506–12.
8. Mirón-Rubio M, González-Ramallo V, Estrada-Cuxart O, Sanroma-Mendizábal P, Segado-Soriano A, Muijal-Martínez A, et al. Intravenous antimicrobial therapy in the hospital-at-home setting: data from the Spanish Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy Registry. *Future Microbiol.* 2016;11:375–90.

Manuel Mirón-Rubio

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Correo electrónico: mmrubio@torrejonosalud.com

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.11.008>

0213-005X/ © 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta a «Uso racional de antimicrobianos en hospitalización a domicilio»



Reply to «Rational use of antimicrobials in home hospitalization»

Sr. Editor:

En respuesta a la Carta al Editor publicada por Mirón Rubio¹ hemos querido responder con el siguiente documento para aclarar las dudas, comentarios y matizaciones surgidas sobre nuestro trabajo.

En primer lugar, y tal y como reconocimos en la discusión, pudo existir la pérdida de información que todos los estudios observacionales de revisión de historias clínicas presentan. En segundo lugar, y en relación a su comentario sobre el potencial aumento de espectro antimicrobiano al adecuar tratamientos de la hospitalización convencional (HC) a la hospitalización a domicilio (HAD), consideramos que hay un riesgo real de que esta inercia de tratamiento se lleve a cabo. Es por este motivo por lo que encontramos imprescindible que los facultativos dominen los conceptos de uso racional de los antibióticos y tengan adecuados conocimientos sobre las propiedades farmacológicas de los antibióticos, especialmente en lo tocante a la biodisponibilidad oral. También, por otro lado, la disponibilidad de un buen equipo de enfermería y de los dispositivos pertinentes de trabajo (bombas electrónicas y elastoméricas) podrían facilitar que el uso de antimicrobianos en la HAD fuera equiparable al de HC. Este asunto se hilvana con el siguiente punto referido en su carta, el que pone en tela de juicio nuestros hallazgos sobre la mejora del manejo antibiótico en los pacientes que se trasladan a HAD desde urgencias. Reconocemos que los casos no fueron aleatorizados y que no se llevó a cabo un análisis multivariante, pero en defensa de nuestra conclusión creemos que habría que tener en cuenta que nuestra variable de buena calidad de prescripción empleaba datos objetivos y subjetivos y que se encontraba protegida por otras variables como la tolerancia a vía oral, la probabilidad de resistencias y la estabilidad clínica. De nuevo, nos gustaría reseñar

que cabe la posibilidad de que un manejo integral del enfermo por un mismo médico, especialmente si al inicio del ingreso se establecen de una manera relativamente automática las fechas de cambios en el tratamiento y los procesos de buena calidad de prescripción para el supuesto de que «el enfermo vaya bien» podría conllevar una optimización en el uso de antimicrobianos. Cabe destacar que son varios los trabajos que han explorado este tipo de medidas, con sorprendentes conclusiones^{2–4}. En la prescripción de antimicrobianos existen muchos sesgos cognitivos que minan su optimización como por ejemplo, y atendiendo al prototipo de paciente añoso y comórbido de nuestro estudio, el hecho de que pueda confundirse la fragilidad del enfermo y el deterioro general causado por una neumonía con los condicionantes infecciosos de la misma; es decir, no por más antibióticos el paciente se va a curar más rápido, quizá sean más importantes las medidas de movilización⁵, alta precoz⁶, asesoramiento nutricional o rehabilitación respiratoria. También deseamos haber abierto la reflexión de si hay ocasiones en las que se busque en la administración de antibióticos intravenosos la justificación para ingresar a un paciente en HAD. En este sentido, nos gustaría recordar que es perfectamente posible efectuar un ingreso en HAD con un tratamiento antibiótico vía oral para todos aquellos pacientes que presentan condiciones infecciosas pero cuyo motivo de ingreso pueda ser la fragilidad, la necesidad de otros tratamientos o la supervisión estrecha por un hospitalista con capacidad de identificar más rápido un fracaso del tratamiento.

Por último, respecto a la duda sobre cómo se midió la estancia en el hospital aclaramos que se incluyeron los pacientes que fueron directamente a HAD desde urgencias. No nos cabe duda de que parte de los condicionantes de mala calidad de prescripción se llevaron a cabo durante la estancia en HC.

Como conclusión, nos agrada que encuentre necesario nuestro trabajo; también nosotros pensamos que hay un gran margen para la investigación y la mejora en la HAD. Es nuestra intención ampliar este hilo de trabajo con futuros artículos que exploren otros puntos del uso de antimicrobianos en HAD.

Bibliografía

1. Mirón Rubio M. Uso racional de antimicrobianos en hospitalización a domicilio. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.11.008>.
2. Carratalà J, García-Vidal C, Ortega L, Fernández-Sabé N, Clemente M, Albero G, et al. Effect of a 3-step critical pathway to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay in community-acquired pneumonia: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2012;172:922–928.
3. Avdic E, Cushinotto LA, Hughes AH, Hansen AR, Efird LE, Bartlett JG, et al. Impact of an antimicrobial stewardship intervention on shortening the duration of therapy for community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis.* 2012;54:1581–7.
4. Murray C, Shaw A, Lloyd M, Smith RP, Fardon TC, Schembri S, et al. A multidisciplinary intervention to reduce antibiotic duration in lower respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69:515–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24022067>.
5. Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest.* 2003;124:883–9.
6. Lee RWW, Lindstrom ST. Early switch to oral antibiotics and early discharge guidelines in the management of community-acquired pneumonia. *Respirology.* 2007;12:111–6.

David Sánchez Fabra *, Adriana Ger Buil, Isabel Torres Courchoud y Teresa Rubio Obanos

Servicio de Medicina Interna, Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidsanchezfabra@gmail.com

(D. Sánchez Fabra).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.11.017>

0213-005X/ © 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.