FALLA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA EN CONTEXTO HEMATO-ONCOLÓGICO: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y LA CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Jorge Amador-Carrasco[1], Luis Contardo-Soto[1], Rubén Hernández-Mazurek[1], Francisca Ríos-Campano[1]

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes hemato-oncológicos críticos representan un escenario de alta complejidad farmacoterapéutica. La coexistencia de inmunosupresión, neutropenia febril de alto riesgo e infecciones por bacterias multirresistentes expone a los pacientes a polifarmacia con aumento de riesgo de toxicidad, interacciones y fracaso terapéutico. En este contexto, la intervención del farmacéutico clínico, particularmente en el seguimiento farmacoterapéutico, la conciliación farmacéutica y la monitorización farmacocinética/farmacodinámica (PK/PD), resulta determinante para optimizar resultados clínicos y minimizar eventos adversos.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 27 años, con leucemia linfoblástica aguda (LLA) en fase de mantención (mercaptopurina, metotrexato, vincristina, dexametasona), ingresa a UCI del HCSBA por síndrome de distrés respiratorio agudo en el contexto de neutropenia febril e infección diseminada por citomegalovirus. Evolucionó con pancitopenia severa, diarrea por Clostridioides difficile y neumonía por Klebsiella pneumoniae BLEE y NDM, sensible sólo a amikacina. La conciliación farmacéutica inicial permitió integrar la terapia oncológica de mantención con la prescripción aguda en UCI, identificando discrepancias que ponían en riesgo la continuidad de tratamientos relevantes y la seguridad del paciente. Se ajustaron fármacos de mantención, se suspendieron medicamentos no pertinentes al estado crítico y se priorizó el uso racional de antimicrobianos.

DISCUSIÓN:

Las intervenciones del farmacéutico clínico se centraron en la prevención de toxicidad e incremento de la efectividad. Debido a la interacción entre voriconazol y omeprazol, se suspendió este último, y se recomendó protección gástrica con famotidina, y además se ajustó voriconazol mediante monitorización plasmática. A su vez, se recomendó suspender leucovorina por interacción con cotrimoxazol. Con respecto al tratamiento antimicrobiano, se recomendó administrar simultáneamente ceftazidima/avibactam y aztreonam para sinergia frente a NDM; además se sugirió a enfermería la administración a mediante infusión prolongada para optimizar T>CIM. Finalmente, se sugirió suspender dexmedetomidina debido a su interacción con noradrenalina, recomendando transición a ketamina, con el fin de preservar la estabilidad hemodinámica. Estas intervenciones fueron consideradas en el manejo del paciente, con buena evolución y egreso posterior desde la UCI.

CONCLUSIONES:

Este caso refleja el rol del farmacéutico clínico en UCI como actor clave en la continuidad terapéutica y la seguridad farmacológica en pacientes hemato-oncológicos críticos. La conciliación farmacéutica, junto con la identificación y resolución de interacciones farmacológicas, la aplicación de principios PK/PD y la coordinación interdisciplinaria, permitieron optimizar la efectividad antimicrobiana, reducir toxicidad y reforzar la seguridad en un escenario de falla respiratoria catastrófica y multiresistencia antimicrobiana.