



CARTAS AL DIRECTOR

Incorporación del farmacéutico de hospital al proyecto "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España"

Incorporation of the hospital pharmacist into the project "Commitment to quality of the Spanish scientific societies"

Alberto Frutos Pérez-Surio^{1,2}, María Ángeles Allende-Bandrés^{1,3}, Isabel Puértolas-Tena³, Mercedes Arenere-Mendoza¹

¹Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. España. ²Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza. España. ³Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. España.

Sra. Directora:

La iniciativa *Choosing Wisely*, del American Board of Internal Medicine¹, fue el inspirador del proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas", proyecto que la Sociedad Española de Medicina Interna lideró, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), y al que se han adherido 48 sociedades científicas². Se puede acceder a la información sobre el proyecto a través de la sección Excelencia Clínica del MSSSI³: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/excelencia/home.htm>

Este proyecto tiene el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, que tienen escasa o dudosa eficiencia, y, por tanto, no serían prioritarias^{4,5}. En pacientes pluripatológicos las sociedades científicas han elaborado numerosas recomendaciones de "no hacer" relacionadas con medicamentos (Tabla 1). En este sentido, como especialistas en Farmacia Hospitalaria, consideramos fundamental aportar nuestra dilatada experiencia en el campo del medicamento, con el fin de involucramos activamente en el proyecto.

Algunos ejemplos de estas iniciativas son la conciliación de los tratamientos al ingreso y al alta, en pacientes crónicos polimedicados, así como la detección de medicamentos inapropiados, basados en los criterios de Beers y START/STOPP y que recientemente han sido actualizados. La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en este campo

refrenda la propuesta de participación, con el Plan Estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico.

Por otra parte, con los modelos de estratificación y actuación selectiva, en función del impacto que puedan tener las intervenciones de atención farmacéutica a los pacientes con enfermedades crónicas, destaca el proyecto colaborativo denominado Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (MAPEX). Cabe destacar a su vez las estrategias de prescripción prudente, disponible en <https://prescripcionprudente.wordpress.com/>, por las repercusiones de los errores de medicación, tercera causa de muerte en los Estados Unidos⁶, y que justifica las medidas de la seguridad del paciente, o el proyecto, que ha recibido financiación desde el Programa de Salud 2014-2020 de la Unión Europea denominado *Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly (SIMPATHE)*⁷, accesible en: <http://www.simpathe.eu/>

Otro campo en el que el farmacéutico ha cobrado un papel fundamental es la optimización del uso de antibióticos, que están recogidos en varias de las recomendaciones presentadas en el Compromiso por la Calidad, y con la posibilidad de participar en los Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA), así como la participación en el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y, en un paso más allá, la monitorización farmacocinética de los mismos. Algunos ejemplos a destacar son: colaboración en la elaboración de guías de uso de antibióticos

Autor para correspondencia

Alberto Frutos Pérez-Surio
Servicio de Farmacia, Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa
Avda. San Juan Bosco 15, 50009, Zaragoza.
España

Correo electrónico:
ajfrutos@salud.aragon.es

Recibido el 4 de octubre de 2017;
aceptado el 25 de octubre de 2017.

DOI: 10.7399/fh.10911



Tabla 1. Recomendaciones de “no hacer” que implican farmacoterapia.

MEDICINA INTERNA
No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.
No usar benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.
En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.
PATOLOGÍA DIGESTIVA
No dar profilaxis antibiótica a personas con pancreatitis aguda leve.
No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales.
REUMATOLOGÍA
No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.
No utilizar sustancias terapéuticas inyectables a nivel local para el dolor lumbar inespecífico.
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
No utilizar glitazonas en pacientes diabéticos con insuficiencia cardiaca.
No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal.
NEUMOLOGÍA
En pacientes con EPOC, con presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO ₂) mayor de 55 mmHg y sin desaturación por ejercicio, no prescribir tratamiento ambulatorio con oxígeno .
En el asma bronquial, no utilizar LABA (broncodilatadores betamiméticos inhalados de acción prolongada) como único tratamiento.
No utilizar sistemáticamente antibióticos para el tratamiento de pacientes con agudizaciones de EPOC sin datos de gravedad y con un solo criterio de Antonhisen (que no sea la purulencia de esputo).
En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo.
PEDIATRÍA
No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).
No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.
NEFROLOGÍA
No se deberá usar de forma rutinaria la asociación de un inhibidor directo de la renina y un inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAII) .
No prescribir suplementos de ácido fólico , ni vitamina C específicamente para el tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica (ERC).
CARDIOLOGÍA
No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio.
No prescribir fibratos de forma rutinaria para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.
No utilizar de forma rutinaria antagonistas de canales de calcio para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio.
No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda, por sus efectos adversos (empeoramiento de la insuficiencia cardiaca, proarritmia, muerte) agentes antiarrítmicos (con especial énfasis en los del grupo I-C).
En pacientes con fibrilación auricular persistente en los cuales se ha corregido la causa de la misma (p. ej., infección pulmonar o fiebre) y se ha llevado a cabo con éxito cardioversión, no se recomienda el uso de antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal, a no ser que haya factores de riesgo para la recurrencia.
NEUROLOGÍA
No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson.
No usar anticoagulantes de forma rutinaria en el tratamiento del ictus agudo.
En pacientes con esclerosis múltiple no usar tratamiento con corticoesteroides de larga duración.
MEDICINA DE FAMILIA (SE Medicina de Familia y Comunitaria, SE de Atención Primaria y SE de Médicos Generales y de Familia)
No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.
No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes , salvo situaciones de control glucémico inestable.
No emplear la rifampicina junto con pirazinamida por su elevada toxicidad para la quimioprofilaxis primaria de la tuberculosis en las personas inmunocompetentes.

adaptadas a la flora local de cada hospital y monitorización de la duración máxima en profilaxis quirúrgica en función del tipo de intervención; optimización del tratamiento según criterios farmacocinéticos/farmacodinámicos (PK/PD); la monitorización farmacocinética de antibióticos, con la consiguiente individualización posológica, evita situaciones de toxicidad,

y ayuda a aumentar la efectividad y respuesta clínica en los pacientes y, en un término, prevenir los casos de multiresistencia; entre otros. La monitorización de niveles de diversos fármacos favorece la optimización de la dosis en determinadas situaciones antes de utilizar tratamientos de reciente incorporación en los que no existe tanta experiencia de uso, y que muchas

veces tienen un impacto económico mayor. Además, la farmacogenética, como parte de la medicina personalizada, contribuye a adoptar las mejores estrategias en los tratamientos oncológicos, entre otros, no utilizando tratamientos no eficaces en ese paciente concreto.

En conclusión, consideramos que, como parte de un equipo clínico multidisciplinar, y con un enfoque metodológico riguroso, los profesionales sanitarios especialistas en Farmacia Hospitalaria podemos colaborar en el proyecto.

Financiación

No existen fuentes de financiación.

Bibliografía

1. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
2. García-Alegría J. El reto de no hacer. *Rev Clin Esp*. 2017;217(4):208-9.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. 2017. [Consultado 05/10/2017]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/excelencia/home.htm>
4. Morgan DJ, Dhruva SS, Wright SM, Korenstein D. 2016 update on medical overuse: A systematic review. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1687-92.
5. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD, Publishing; 2017.
6. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Br Med J*. 2016;353:i2139.
7. Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly (SIMPATY). 2017. [Consultado 05/10/2017]. Disponible en: <http://www.simpaty.eu/>

Conflicto de intereses

Sin conflictos de interés.

Agradecimientos

Al Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, así como a los profesionales que están detrás del proyecto "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España".

Todos los autores, A. Frutos Pérez-Surio, M. Á. Allende-Bandrés, I. Puértolas-Tena, y M. Arenere-Mendoza han participado en todas las fases elaboración del manuscrito, desde la concepción y diseño del manuscrito, hasta la redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido.