

REVISTA DE LA  
**AAFH**

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN  
ARGENTINA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL

## Sumario

**01**

### TRABAJO ORIGINAL

Intervención Farmacéutica en el monitoreo de la terapia con vancomicina en pacientes adultos.

Autores:

LUCERO, M; GIUNTA, L; PISAPIA, J  
Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Buenos Aires.

**02**

### TRABAJO ORIGINAL

Medicamentos libres de gluten:  
Situación en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires

Autores:

CORREA, G; BONAFINA, V; CASTILLO, C; SMITH, MR; MENDEZ SIGNORI, F  
División Farmacia, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú (HGAET). Ciudad de Buenos Aires.

**03**

### DOCUMENTOS DE CONSENSO AAFH

Recomendaciones para la validación farmacéutica de prescripciones oncológicas y oncohematológicas

Autores:

Grupo de Farmacéuticos en Oncología de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital: Farm. Adrián Ruiz; Farm. Agustina Rubini; Farm. Andrea Massa; Farm. Julieta Wright; Farm. Mariana Abraham; Farm. María Elisabet Fuentes; Farm. Daiana Noelí Campo; Farm. Yanina Larrarte; Farm. María Eugenia Martínez Mónaco; Farm. María de los Ángeles Yrbas; Farm. Santiago Isolabella; Farm. María Eugenia Giugovaz; Farm. Cecilia Villalba.

# EDITORIAL



**50** años para una persona pueden significar la sabiduría y la experiencia de su vida, 50 años en la existencia de una sociedad científica pueden significar la sabiduría y la experiencia profesional de decenas, cientos de personas que de forma casual o impensada algún día de sus vidas coincidieron en la elección de la misma profesión, y en otros días volvieron a coincidir en la elección del contexto de la actividad y los sitios en que querían o deseaban moverse.

En síntesis, de las elecciones individuales a la construcción colectiva.

El camino que ha transitado la AAFH desde aquel viernes 24 de octubre de 1969 es un compendio de acciones destinadas a lograr cada día un mejor ejercicio de la farmacia hospitalaria; y es partir de las convicciones más profundas de los farmacéuticos de hospital, de su ímpetu, sus ambiciones e inspiraciones, que se ha logrado un crecimiento sostenido que hoy nos posiciona como actores sociales principales en la seguridad de las personas en el sistema sanitario.

El reconocimiento gubernamental mediante Res. 1186/2013 de la Especialidad Farmacia Hospitalaria ha sido una oportunidad única para dar el marco de referencia al desarrollo logrado en nuestro ejercicio vislumbrando un futuro auspicioso para el colectivo profesional, en tanto que la Res. 2137-E/2016 reconociendo a la AAFH como entidad científica certificante de la especialidad farmacéutica Farmacia Hospitalaria significa la comprobación de la representatividad y la calidad en los procesos de formación que desarrolla asistiendo a los farmacéuticos de hospital.

La práctica farmacéutica hospitalaria no ha estado ni está exenta de las tensiones que se producen en el sistema sanitario pues forma parte del mismo, pero es nuestra vocación de sostenibilidad y responsabilidad sociosanitaria la que nos sigue marcando el rumbo. Así cómo ayer la formulación magistral fue el sello distintivo, hoy la adherencia a los tratamientos, la educación al paciente, la terapia individualizada, nuestro rol en la atención domiciliaria, entre otras, son las actividades que sumadas a la gestión económica visibilizan un profesional que desde sus competencias contribuye en gran medida a los resultados en salud.

Sobre esa línea temporal de lo que todavía no ha sucedido, sólo es posible manifestarnos en deseos y quizás el deseo más grande sea un futuro tan brillante como nuestro pasado y tan potente como nuestro presente.

Siempre daremos las gracias

A los visionarios que fundaron la AAFH

Y a los obsecuentes de la pasión por la farmacia hospitalaria

**Dra. Viviana Bernabei**

Farmacéutica Especialista

Tesorera de la AAFH



---

## COMISIÓN DIRECTIVA AAFH

### **PRESIDENTE**

Farm. Esp. Pamela Bertoldo

### **VICEPRESIDENTE**

Farm. Esp. Viviana Pazos

### **SECRETARIA**

Farm. Esp. Marcela Noemi Rousseau

### **PRO SECRETARIA**

Farm. Esp. Silvia Campos

### **TESORERA**

Farm. Esp. Viviana Bernabei

### **PRO TESORERA**

Farm. Esp. María Rosa Bay

### **VOCAL TITULAR**

Farm. Esp. Sandra Agüero

### **ORGANISMO FISCALIZADOR TITULAR**

Farm. Esp. Gabriela Lemonnier

### **ORGANISMO FISCALIZADOR TITULAR**

Farm. Esp. Ramiro Roberts

### **ORGANISMO FISCALIZADOR SUPLENTE**

Farm. Matías Quiroga

## COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AAFH

### **PRESIDENTE**

Farm. Esp. Gabriela Lemonnier

### **INTEGRANTES**

Farm. Esp. Alicia Noemí Avila

Farm. Roxana Mabel Beragua

Farm. Esp. Karen Rodríguez

Farm. Lucía Hervera

Farm. Esp. Jorgelina Montemarani

Farm. Esp. Giannina Carla Cinqui

Farm. Marisel Meder

Farm. Esp. Luciana Raquel Parisia

Farm. Esp. María Julia Meschini

Farm. Esp. Irene Mc Carthy

---

© Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH). 2014 Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción o transmisión, total o parcial de los artículos publicados en este número, ya sea por medio digital, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización expresa de los editores.

La Revista de la AAFH es la publicación científica oficial de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital. La AAFH no se responsabiliza ni comparte necesariamente las opiniones vertidas por los autores de los trabajos publicados en este medio ni por las presuntas violaciones de derechos de propiedad intelectual. Así como no tendrá responsabilidad alguna por la utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en la actual edición.

Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital

No de Resolución de la Inspección General de Justicia (I.G.J.): 0000337 Expediente No 1.515.116.  
Av. Scalabrini Ortiz N° 1330 1° piso A (1414)  
C.A.B.A.

Comunicación con la Revista de la AAFH  
[publicaciones@aafhospitallaria.org.ar](mailto:publicaciones@aafhospitallaria.org.ar)  
[www.aafhospitallaria.org.ar](http://www.aafhospitallaria.org.ar)  
ISSN 2451-7488

Diseño & Maquetación:  
FLIPA | Comunidad Creativa

# DOI

---

# TRABAJO ORIGINAL

---

**Intervención Farmacéutica en el monitoreo de la terapia con vancomicina en pacientes adultos.**

**AUTORES:**

LUCERO, M; GIUNTA, L; PISAPIA, J

Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Buenos Aires. [matiashernan.lucero@swissmedical.com.ar](mailto:matiashernan.lucero@swissmedical.com.ar)

# Intervención Farmacéutica en el monitoreo de la terapia con vancomicina en pacientes adultos.

## AUTORES:

LUCERO, M; GIUNTA, L; PISAPIA, J

Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Buenos Aires. [matiashernan.lucero@swissmedical.com.ar](mailto:matiashernan.lucero@swissmedical.com.ar)

## Resumen

Estudio antes-después, prospectivo luego de una Intervención Farmacéutica (IF) que compara los períodos marzo 2014 a febrero de 2015 versus marzo de 2015 a febrero de 2016, sustentado en un Consenso Internacional de Farmacéuticos Especializados de distintas asociaciones americanas sobre la terapéutica con vancomicina (VC). Se incluyeron todos los pacientes de Clínica Médica, UCI y UTI adultos, áreas en las que se efectuó la IF (seguimiento de todos los pacientes con VC, identificación de los pacientes que necesitaban control de vancocinemia (VCM) según el Consenso y su solicitud, análisis y discusión de los resultados con correcciones posológicas sugeridas). Las variables para verificar el cumplimiento del Consenso, en ambos períodos fueron: número de pacientes con VC, número de pacientes que deberían haberse controlado VCM, los controlados reales, en qué momento, número de VCM promedio/paciente, valor de VCM promedio/paciente, % VCM fuera de rango terapéutico y días de tratamiento.

El farmacéutico identificó los pacientes con indicación de VC que requerían determinación de VCM según el Consenso; así como también relevó datos de laboratorio junto con datos de diagnóstico, cultivos, fecha inicio tratamiento, días de tratamiento, posología. Tras la valoración farmacéutica de los datos de interés, por Intervención Farmacéutica se recomendó al médico tratante la realización de

cambios posológicos para adecuar las VCM registrando y cuantificando los cambios efectuados.

De un total de 285 pacientes tratados con VC se identificaron 62 pacientes que requerían control de VCM según el Consenso. Esto ocurrió solo en 28 (45,2%) aunque en comparación con el año anterior (24%) representa un aumento del 88% estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

De los pacientes controlados, el 64% (18/28) tuvo cambio posológico según la IF, y 10 pacientes no tuvieron cambios (7 por no necesitarlo y 3 por finalizar el tratamiento sin modificación). Comparado con el año anterior, hubo un aumento significativo ( $p < 0.05$ ) en el porcentaje de pacientes controlados que tuvieron cambios posológicos (64% vs 20%), 13 cambios fueron por valores por encima y 5 pacientes por debajo del rango terapéutico vs el año anterior en el que todos los cambios fueron por valores supraterapéuticos.

La IF tuvo un impacto muy positivo reflejado en un aumento importante en la adherencia al Consenso y en el número de cambios posológicos efectuados, evidenciando el rol clave del farmacéutico clínico en el control y seguimiento farmacocinético en la terapia individualizada del paciente.

## Palabras clave:

VC, monitoreo farmacocinético.

## Abstract

A before-after, prospective study after a pharmacist clinical intervention which compares the periods March 2014 to February 2015 versus March 2015 to February 2016, based on an International Consensus of Specialized Pharmacists from different American associations on vancomycin (VC) therapeutics. All the patients from the Medical Clinic unit, ICU and adult UTI were included, areas in which the intervention was performed follow-up of all patients with VC, identification of the patients who needed vancocinemia control (VCM) according to the Consensus and its request, analysis and discussion of the results with suggested dose corrections. The variables to verify compliance with this Consensus, in both periods were: number of patients with VC, number of patients that should have been controlled VCM, the ones who were really controlled, at what time, number VCM average / patient, average VCM value / patient, percentage of VCM outside therapeutic range and days of treatment with VC.

The pharmacist identified the patients with indication of VC who required VCM; as well as relieving the laboratory and diagnostic data, cultures, days of treatment, posology. After the pharmacist evaluation of the data of interest, the clinical pharmacist intervention consisted in recommending dose and posology changes, recording and quantifying the changes carried out.

From a total of 285 patients treated with VC, 62 patients were identified who required control of VCM according to the Consensus. This occurred only in 28 (45.2%) although in comparison with the previous year (24%) it represents a statistically significant 88% increase ( $p < 0.05$ ).

Of the controlled patients, 64% (18/28) had posology change according to IF, and 10 patients had no change (7 because they did not need it and 3 patients completed the treatment without modification). Compared to the previous year, there was a significant increase ( $p < 0.05$ ) in the percentage of controlled patients who had posology changes (64% vs 20%), 13 changes were due to values above and 5 patients below the therapeutic range vs the previous year in which all the changes were by suprathreshold values.

The IF had a very positive impact reflected in a significant increase in the adherence to the Consensus and in the number of posological changes carried out, evidencing the key role of the clinical pharmacist in the control and pharmacokinetic monitoring in the patient individualized therapy.

### Keywords:

Vancomycin, pharmacokinetic monitoring.

## INTRODUCCIÓN

En la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2015 se aprobó un plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos (ATB), que es el tipo de farmacorresistencia que más urge atender (1).

Recientes publicaciones de la OMS vuelven a remarcar la problemática a nivel mundial de la creciente resistencia microbiana por el uso inadecuado de los ATB, siendo de especial interés en internación la del *Staphylococcus aureus* Meticilino Resistente (SAMR).

La Vancomicina (VC) es actualmente el tratamiento de primera línea para las infecciones causadas por SAMR. Existe bibliografía que sustenta que el monitoreo terapéutico de VC aumenta significativamente la tasa de eficacia clínica y disminuye la tasa de la nefrotoxicidad (2). Sin embargo, la práctica del monitoreo farmacocinético rutinario de VC ha sido objeto de debate durante muchos años.

La Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y la Sociedad de Farmacéuticos en Enfermedades Infecciosas de EE.UU publicaron un Consenso (3) en 2009 en el cual establecen cuáles son los niveles plasmáticos terapéuticos adecuados en el tratamiento con VC, y pautas para su control y seguimiento, con recomendaciones basadas en la evidencia.

Determinaron que la relación entre el área bajo la curva de concentración sobre la concentración mínima inhibitoria es el parámetro farmacocinético más útil para predecir la eficacia del tratamiento con VC, y se sugirió una relación objetivo de 400 o mayor para erradicar SAMR. En cuanto al seguimiento de las concentraciones séricas en pacientes hemodinámicamente estables con infecciones menores y en tratamientos que superen los 5 días se busca un valor de valle de vancocinemia (VCM) por encima de 10 mg/L. En los casos de infecciones severas, como bacteriemia, endocarditis, osteomielitis, meningitis y neumonía por SAMR, se recomiendan concentraciones en el valle de 15-20 mg/L, con pautas específicas sobre los momentos de toma de muestras (4). En un trabajo anterior (5) habíamos evaluado el grado de adherencia en nuestra institución a este Consenso Internacional de Farmacéuticos Especializados y observamos muy baja adherencia por lo que se decidió la Intervención Farmacéutica (IF) diaria a fin de lograr mayor adherencia, además de la optimización de los tratamientos.

El monitoreo de drogas para una individualización de la terapia es de suma importancia dentro del rol de los farmacéuticos como integrantes del grupo de profesionales tratantes, es por ello que la OMS propone la formación de equipos multidisciplinarios como una de las estrategias más eficaces para la optimización del uso de los ATB, con activa participación y liderazgo por parte de los farmacéuticos clínicos.

- **OBJETIVOS**

- Evaluar el grado de adherencia al Consenso (3) publicado en la bibliografía en pacientes adultos con IF y compararlo con el obtenido anteriormente sin IF.

- Comparar los cambios posológicos efectuados para adecuar los tratamientos, con y sin IF.

- **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio antes-después, prospectivo luego de una IF, que compara los periodos marzo 2014 a febrero de 2015 versus marzo de 2015 a febrero de 2016. Se incluyeron todos los pacientes de Clínica Médica, UCI y UTI adultos, áreas en las que se efectuó la IF, la que consistió en seguimiento de todos los pacientes con prescripción de VC, identificación de los pacientes que necesitaban control de VCM según el Consenso y su solicitud, análisis y discusión de los resultados con correcciones posológicas sugeridas.

El farmacéutico identificó los pacientes con indicación de VC que requerían determinación de VCM; además se relevaron los datos de laboratorio y de las historias clínicas en una planilla con datos de diagnóstico, cultivos, fecha inicio tratamiento, días de tratamiento, posología. Tras la valoración farmacéutica de los datos de interés, de acuerdo a la IF se recomendó al médico tratante la realización de cambios posológicos consensuados registrando y cuantificando los cambios efectuados.

Las variables para verificar el cumplimiento del Consenso, en ambos periodos fueron: número de pacientes con VC, número de pacientes que deberían haberse controlado, los controlados reales, en qué momento,

número de VCM promedio/paciente, VCM promedio/paciente, % VCM fuera de rango terapéutico y días de tratamiento.

Se incluyeron todos los pacientes de Clínica Médica, UCI y UTI adultos, áreas en las que se efectuó la IF. Se registraron y cuantificaron los cambios posológicos efectuados.

Se comparó el % de pacientes controlados y el % de pacientes con cambios posológicos efectuados en ambos periodos; y se verificó la significancia estadística (test x<sup>2</sup>).

- **RESULTADOS**

De un total de 285 pacientes tratados con VC se hallaron 62 pacientes a los que según el Consenso se les debería haber determinado VCM. Esto ocurrió solo en 28 (45,2%), que en comparación con el año anterior (24%) representa un aumento del 88% estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

De los pacientes controlados, el 64% (18/28) tuvo cambio posológico según la IF, y 10 pacientes no (7 por no necesitarlo y 3 por finalizar el tratamiento sin modificación). Comparado con al año anterior, hubo un aumento significativo ( $p < 0.05$ ) en el porcentaje de pacientes controlados que tuvieron cambios posológicos (64% vs 20%), 13 cambios fueron por valores por encima y 5 por debajo del rango terapéutico recomendado por el Consenso, versus el año anterior en el que todos los cambios fueron por valores supraterapéuticos. (Tabla 1)



	2014/2015	2015/2016
N° ptes con VC	195	285
Control según consenso	41 (21%)	62 (22%)
Controlados reales	10	28
% Controlados reales	24%	45%
N° ptes con cambio posol.	2	18
% ptes con cambio posol.	20%	64%
N° VCM promedio/pte	3.4	2.1
VCM promedio/pte	10.6	15.9
N° VCM fuera de rango	16/34	22/59
% VCM fuera de rango	47%	37%
Días prom. tratamiento	8.5	10.3
N° ptes c/ VCM en rango	*	10
% N° ptes c/ VCM en rango	*	36%

## p<0.05

Tabla 1: Comparación de variables para verificar cumplimiento del consenso internacional de Farmacéuticos sobre terapéutica con VC

### • DISCUSIÓN

En las últimas décadas en numerosas publicaciones otros autores claramente demostraron el valor y el impacto sanitario y económico que tienen las IF; entre ellas en la reducción de efectos adversos prevenibles (6), en la disminución de tiempos de estadía en internación (7), en la reducción de la mortalidad (8) y en la reducción de los gastos asociados a medicamentos (9). En nuestra institución los datos obtenidos muestran que la IF propició un aumento muy importante en el número de cambios posológicos lo que

demuestra la efectividad de la IF en la optimización de los tratamientos.

Si bien la adherencia al Consenso casi se duplicó (45,2% vs 24%), todavía se mantuvo baja, esto en parte se puede deber a la baja adherencia en la UTI, en la que además el pedido de las VCM debía realizarlo solo el terapeuta; se lograría mayor adherencia si todos los pedidos de VCM los pudiera realizar el farmacéutico clínico.

Es importante señalar que la nefrotoxicidad asociada a VC relacionada con los

valores por encima del rango terapéutico recomendado, se asocia con un aumento de los costos médicos directos (10), y las concentraciones plasmáticas por debajo de los valores mínimos no solo complican la eficacia del tratamiento sino también influyen para aumentar la resistencia, lo que también conlleva a un aumento de costos a futuro, ambas situaciones podrían evitarse con la optimización de los tratamientos a través de monitoreos farmacocinéticos que aseguren que el régimen posológico elegido es el adecuado para mantener los niveles plasmáticos dentro de los valores recomendados.

El monitoreo de drogas para la individualización de las terapias hace imprescindible el rol del farmacéutico clínico como integrante del grupo interdisciplinario tratante, encargándose del seguimiento, control y de las modificaciones necesarias para su optimización.

- **CONCLUSIONES**

La IF tuvo un impacto muy positivo reflejado en un aumento importante en la adherencia al Consenso y en el número de cambios posológicos efectuados, evidenciando el rol clave del farmacéutico clínico en el control y seguimiento farmacocinético en la terapia individualizada del paciente.

# Referencias bibliográficas

1- Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos (2015), World Health Organization Ginebra, Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/>

2- Therapeutic drug monitoring of vancomycin: a guideline of the Division of Therapeutic Drug Monitoring, Chinese Pharmacological Society.

Zhi-Kang Ye, Yao-Long Chen, Ken Chen, Xiang-Lin Zhang, Guan-Hua Du, Bei He, Da-Kui Li, You-Ning Liu, Ke-Hu Yang, Ying-Yuan Zhang, et al.

*J Antimicrob Chemother.* 2016 Jul 11; dkw254. Published online 2016 Jul 11. doi: 10.1093/jac/dkw254

3- Vancomycin therapeutic guidelines: a summary of consensus recommendations from the infectious diseases Society of America, the American Society of Health-System Pharmacists, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists.

Michael J. Rybak, Ben M. Lomaestro, John C. Rotschafer, Robert C. Moellering, William A. Craig, Marianne Billeter, Joseph R. Dalovisio, Donald P. Levine

*Clin Infect Dis.* 2009 Aug 1; 49(3): 325–327. doi: 10.1086/600877

4 - Recomendaciones para la monitorización de ATB en pacientes críticos ingresados en UCI.

Francisco Alvarez-Lerma, Pedro Olaechea, Santiago Grau, Mónica Marín, Alfonso Domínguez, José Martínez-Lanao, Dolores Soy, Manuel Alos, María Victoria Calvo, Belén Sádaba, et al.

*Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008 Apr; 26(4): 230–239.

5- Monitoreo terapéutico de VC en pacientes adultos hospitalizados.

Lucero M; Giunta L; Pisapia J. XV Congreso Argentino de Farmacia Hospitalaria. AAFH 2015. Rosario Nov. 2015. Argentina.

6- The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II.

L. L. Leape, T. A. Brennan, N. Laird, A. G. Lawthers, A. R. Localio, B. A. Barnes, L. Hebert, J. P. Newhouse, P. C. Weiler, H. Hiatt

*N Engl J Med.* 1991 Feb 7; 324(6): 377–384. doi: 10.1056/NEJM199102073240605

7- Pharmacist influence on economic and morbidity outcomes in a tertiary care teaching hospital.

W. L. Boyko, Jr, P. J. Yurkowski, M. F. Ivey, J. A. Armitstead, B. L. Roberts

*Am J Health Syst Pharm.* 1997 Jul 15; 54(14): 1591–1595.

8- Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates.

C. A. Bond, Cynthia L. Raehl

*Pharmacotherapy.* 2007 Apr; 27(4): 481–493. doi: 10.1592/phco.27.4.481

9- Cost savings from having a clinical pharmacist work part-time in a medical intensive care unit.

S. L. Baldinger, M. S. Chow, R. H. Gannon, E. T. Kelly, 3rd

*Am J Health Syst Pharm.* 1997 Dec 15; 54(24): 2811–2814.

Bond CA, Raehl CL. Clinical and economic outcomes of pharmacist-managed aminoglycoside or vancomycin therapy. *Am J Health-Syst Pharm.* 2005;62(15):1596–1605.

10- The Whole Price of Vancomycin: Toxicities, Troughs, and Time.

Jeffres M. N. (2017). *Drugs*, 77(11), 1143–1154.



---

# TRABAJO ORIGINAL

---

**Medicamentos libres de gluten:  
Situación en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.**

**Autores:**

CORREA, G; BONAFINA, V; CASTILLO, C; SMITH, MR; MENDEZ SIGNORI, F

División Farmacia, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú (HGAET). Ciudad de Buenos Aires.

# Medicamentos libres de gluten: Situación en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

## **Autores:**

CORREA, G; BONAFINA, V; CASTILLO, C; SMITH, MR; MENDEZ SIGNORI, F

División Farmacia, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú (HGAET). Ciudad de Buenos Aires.

## **Resumen**

### • ANTECEDENTES

La Enfermedad Celíaca (EC) es la enfermedad intestinal crónica más frecuente; es una enfermedad autoinmune y sistémica que se caracteriza por la intolerancia al gluten. El único tratamiento es la dieta libre de gluten (LG).

Se define medicamento LG aquella especialidad medicinal (EM) preparada únicamente con ingredientes que no contienen prolaminas del gluten ni presentan contaminación cruzada. Las mismas deben estar identificadas con el mismo símbolo de los alimentos libres de gluten.

### • OBJETIVO

Identificar aquellas EM orales que forman parte del vademécum del HGAET y que, por presentar información adecuada, fueron aptas para ser utilizadas por pacientes con EC.

### • MÉTODO

Se realizó el relevamiento de la información de los envases primarios, secundarios y de los prospectos de todas las EM disponibles. Se comparó la información obtenida con los datos brindados por el buscador de la ANMAT para medicamentos libres de gluten.

### • RESULTADOS

Se evaluaron 123 EM orales. De estas sólo 4 (3.3%) tuvieron el símbolo LG en su envase secundario. El número de EM aptas para celíacos hallados en el buscador de la ANMAT fue de 14 (11.4%), de las cuales sólo una presentó el símbolo LG en su envase secundario.

### • CONCLUSIÓN

Se observó muy baja prevalencia en los medicamentos estudiados con información adecuada para enfermos con EC.

Al analizar los resultados obtenidos y la discrepancia entre la información provista por el fabricante con la obtenida del buscador de ANMAT, se vuelve relevante el rol del farmacéutico para interpretar la composición de las EM no rotuladas como libres de gluten, para asesorar a pacientes y médicos en la identificación de los medicamentos aptos para celíacos.

### • PALABRAS CLAVES

Medicamentos libres de gluten.

## ABSTRACT:

### • BACKGROUND

Celiac disease (CD) is the most frequent chronic intestinal disease; It is an autoimmune and systemic disease that is characterized by gluten intolerance. The only treatment is the gluten-free diet (FG). FG medicine is defined as a medicine (M) prepared only with ingredients that do not contain gluten prolamines and do not present cross contamination. They must be identified with the same symbol of gluten-free foods.

### • OBJECTIVE

To identify those oral M that are part of the HGAT vademécum and that, due to presenting adequate information, were suitable for use by patients with CD.

Method: The information of the primary and secondary packaging and leaflets of all the available M was surveyed. The information obtained was compared with the data provided by the ANMAT search engine for gluten-free medicines.

### • RESULTS

123 oral Ms were evaluated. Of these only 4 (3.3%) had the symbol FG in its secondary packaging. The number of eligible M for celiacs found in the search engine of the ANMAT was 14 (11.4%), of which only one presented the FG symbol in its secondary packaging.

### • CONCLUSION

Very low prevalence was observed in the studied drugs with adequate information for patients with CD.

By analyzing the results obtained and the discrepancy between the information provided by the manufacturer and the one obtained from the ANMAT search engine, the role of the pharmacist to interpret the composition of non-labeled M as gluten-free to advise patients and physicians becomes relevant in the identification of drugs suitable for celiacs.

### • KEY WORDS

Gluten-free medication.

*\*El presente trabajo ha sido presentado en el XVIII Congreso Argentino de Farmacia Hospitalaria, realizado en la ciudad de Córdoba en noviembre de 2018.*

## • INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Celíaca (EC) es un problema importante para la Salud Pública por ser la enfermedad intestinal crónica más frecuente.<sup>1</sup> Es una enfermedad autoinmune y sistémica que se caracteriza por la intolerancia al gluten, complejo proteico presente en los siguientes cereales: trigo, avena, centeno y cebada.<sup>2</sup>

La prevalencia en la población general es del 1%.<sup>2,5</sup> y se presenta en personas genéticamente predispuestas y de diferentes grupos etarios.

En su presentación clásica evoluciona con síntomas gastrointestinales (diarrea, estomatitis, malabsorción, pérdida de peso, desnutrición, distensión abdominal), producto de la alteración de la arquitectura de las vellosidades del intestino delgado.<sup>2,3,4</sup>

El único tratamiento disponible y efectivo es una dieta libre de gluten.<sup>2</sup> Debido a que el mismo debe ser de por vida, su efectividad depende de la adherencia a la dieta libre de gluten.<sup>2,3</sup> La misma incluye no solo a los alimentos sino también a los medicamentos, sean estos ingeridos en forma eventual o en forma crónica.

Se define a un medicamento Libre de gluten a aquella especialidad medicinal (EM) preparada únicamente con ingredientes que por su origen natural, o por su tratamiento de purificación, no contienen prolaminas procedentes del trigo.<sup>1</sup> Las especialidades medicinales libres de gluten deben ser identificadas con el mismo símbolo con el que se identifican a los alimentos libres de gluten.<sup>1</sup>

Los formas farmacéuticas orales (comprimidos, cápsulas, soluciones y

jarabes) disponibles en Argentina pueden contener entre sus excipientes algún tipo de almidón, ya sea como diluyente, aglutinante, desintegrante o carrier en formas de liberación controlada. Solo los almidones provenientes del trigo, la avena, el centeno o la cebada contienen gluten, mientras que los otros tipos de almidones, como el proveniente del maíz, no lo contienen y son inocuos para las personas con EC.

## • OBJETIVOS

Se propone identificar aquellas EM orales, presentes en el vademécum del Servicio de Farmacia del HGAET, que presentan información adecuada para ser utilizadas por pacientes con EC, tanto internados como ambulatorios.

Además, se propone realizar un análisis de la composición de los excipientes que constituyen las diferentes EM consideradas, con el fin de identificar aquellos medicamentos aptos para pacientes con EC pero carentes de la información adecuada.

## • MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el cual se relevaron<sup>123</sup> EM orales. Se clasificaron según su forma farmacéutica (comprimidos, comprimidos recubiertos, comprimidos dispersables, cápsulas, aerosoles, gotas orales, gotas para nebulizar, jarabes). Además, se realizó una lectura y evaluación detallada de la información presentada, tanto en los envases primarios y secundarios, como en los prospectos de las distintas EM. Luego, la mencionada información se cotejó con el listado brindado por el buscador de la ANMAT para medicamentos libres de gluten.

Además, por medio de la lectura de los prospectos y de la información exhibida en los diferentes envases, se realizó el relevamiento de los excipientes que se hallaban presentes en las EM evaluadas, con el fin de constatar su aptitud para enfermos celíacos.

Se consideraron medicamentos aptos, por la presencia de información adecuada, para pacientes celíacos a aquellas EM que presentaron el logotipo correspondiente, se encontraron en el listado de medicamentos aptos para enfermos celíacos obtenido por el buscador de ANMAT o presentaron una composición de excipientes adecuada para la enfermedad en estudio.

**• RESULTADOS**

Se relevaron 123 EM provenientes de 46 laboratorios distintos con la siguiente distribución de formas farmacéuticas: 51.2% (63) comprimidos, 35%(43) comprimidos recubiertos, 7.3%(9) cápsulas, 0.8%(1) comprimido dispersable, 0.8%(1) aerosol,

0.8%(1) gota oral, 1.6%(2) gotas para nebulizar, 2.4%(3) jarabes.

Del total de medicamentos relevados solo el 4 (3.3%) tuvieron el símbolo de libre de gluten en su envase secundario. Las cuatro especialidades arriba mencionadas pertenecieron a dos laboratorios diferentes.

El número de EM, aptas para celíacos, hallados por el buscador de la ANMAT ascendió a 14 (11.4%), de las cuales sólo una tuvo el símbolo libre de gluten en su envase secundario. Los otros tres medicamentos restantes, que presentaron el símbolo libre de gluten en su envase secundario, no fueron encontrados en la lista de medicamentos aptos para pacientes celíacos obtenida por el buscador de la ANMAT.

Al considerar la composición de excipientes de las EM estudiadas, los mismos se distribuyeron de la siguiente manera:

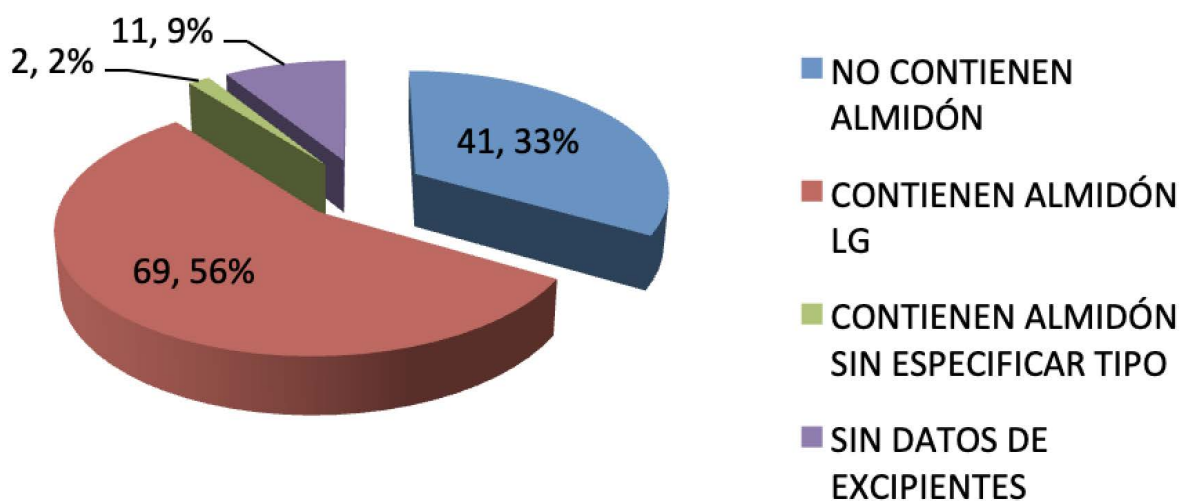


GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE EM SEGÚN EXCIPIENTES



## • DISCUSIÓN

La información contenida en los envases primarios, secundarios y en los prospectos de los diferentes medicamentos relevados fue muy variable, y no siempre coincidió con la información obtenida por el buscador de la ANMAT.

Al considerar esta discrepancia se hace relevante el análisis de la composición de cada medicamento para definir si es apto para pacientes con EC. En el caso de aquellos medicamentos carentes de información alguna o con almidón sin especificar, se hace presumible que puedan haber sufrido, en su proceso de fabricación, algún tipo de contaminación cruzada.

A pesar de no estar establecido, en la normativa vigente, el lugar en el que debe estar incorporado el símbolo que identifica al medicamento libre de gluten, creemos que debería figurar en el envase primario junto con los números de lote y vencimiento.

La ANMAT insta a los laboratorios productores de especialidades medicinales a declarar cuáles de sus medicamentos son libres de gluten<sup>8</sup>, pero no obliga a que haya alternativas terapéuticas libres de gluten.

## • CONCLUSIONES

Se observó una muy baja prevalencia de EM que presentaron información adecuada de aptitud para pacientes con EC: 3.3% (4) presentaron el símbolo correspondiente y 11,4%(14) fueron encontrados en el buscador de la ANMAT.

Además, se encontró un 2%(2) de las EM que presentaron en sus prospectos almidón sin especificar y un 9%(11) no presentaron información alguna. Por lo que se sugiere en estos casos buscar EM alternativas que brinden mayor certeza.

Además, al considerar los resultados obtenidos se observó una importante discrepancia entre la información obtenida del análisis directo de las EM estudiadas y la información hallada por medio del buscador de ANMAT.

A partir del presente trabajo se pone de manifiesto el rol preponderante del farmacéutico en asesoramiento a los pacientes con EC en lo referente a la aptitud de las diferentes EM, principalmente en aquellos casos donde es necesario analizar la información contenida en los prospectos.<sup>6,7</sup>

# Referencias bibliográficas

1. ANMAT. Disposición N°2574/13. 2013.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Documento de Consenso de Enfermedad Celiaca 2017. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
3. Green P, Cellier C, Celiac Disease. *N. Eng J Med.* 2007; 357:1731-43.
4. Patel D, Krogh C, Grant Thompson. *Gluten in pills: a hazard for patients with celiac disease. Can Med Assoc J.* 1985; 133: 114-115.
5. Shah A, Serajuddin V, Mangione R. *Making all medications gluten free. J. Pharm Sciences.* 2018; 107(5): 1263-1268.
6. Mangione R, Patel P. *Caring for patients with celiac disease: The role of the pharmacist. J Am Pharm Assoc.* 2008; 48:125-139.
7. Mangione R, Patel P, Shin E, Fiebert J. *Determining the gluten content of nonprescription drugs: Information for patients with celiac disease. J Am Pharm Assoc.* 2011; 51: 734-737.
8. ANMAT. Circular 1/2018. Listado de medicamentos libres de gluten.

---

# DOCUMENTOS DE CONSENSO AAFH

---

## Recomendaciones para la validación farmacéutica de prescripciones oncológicas y oncohematológicas

### Autores:

Grupo de Farmacéuticos en Oncología de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital: Farm. Adrián Ruiz; Farm. Agustina Rubini; Farm. Andrea Massa; Farm. Julieta Wright; Farm. Mariana Abraham; Farm. María Elisabet Fuentes; Farm. Daiana Noelí Campo; Farm. Yanina Larrarte; Farm. María Eugenia Martínez Mónaco; Farm. María de los Ángeles Yrbas; Farm. Santiago Isolabella; Farm. María Eugenia Giugovaz; Farm. Cecilia Villalba.

# Recomendaciones para la validación farmacéutica de prescripciones oncológicas y oncohematológicas

## Autores:

Grupo de Farmacéuticos en Oncología de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital: Farm. Adrián Ruiz; Farm. Agustina Rubini; Farm. Andrea Massa; Farm. Julieta Wright; Farm. Mariana Abraham; Farm. María Elisabet Fuentes; Farm. Daiana Noelí Campo; Farm. Yanina Larrarte; Farm. María Eugenia Martínez Mónaco; Farm. María de los Ángeles Yrbas; Farm. Santiago Isolabella; Farm. María Eugenia Giugovaz; Farm. Cecilia Villalba.

*“La validación incrementa la seguridad del paciente mediante la prevención de errores de medicación, así como la detección de necesidades de atención farmacéutica”*

## • INTRODUCCIÓN

La eficacia de la terapia oncológica con fármacos constituye una de las modalidades básicas del tratamiento del cáncer. Sin embargo, una vez que el médico ha realizado la prescripción, su administración plantea diversos inconvenientes, tal como la toxicidad elevada que se manifiesta, incluso cuando la indicación terapéutica es correcta.

Los agentes quimioterápicos a menudo presentan estrecho margen terapéutico y son usados en regímenes complejos con más de una droga. Esto requiere ajustes ya sea por superficie corporal, peso del paciente, por la función renal, etc.

La validación de la prescripción contribuye a que el tratamiento prescrito esté debidamente adaptado y sea adecuado para el paciente según su condición clínica específica. Esta validación es, por tanto, una medida para incrementar la seguridad del paciente mediante la prevención de errores de medicación, así como la detección de necesidades de atención farmacéutica <sup>(1)</sup>.

## • PROPÓSITO

El propósito de este documento es establecer las recomendaciones para una correcta validación farmacéutica que promueva el uso seguro de medicamentos quimioterápicos y medicamentos de origen biológico y que pueda ser adaptada a la realidad de cada centro.

## • ALCANCE

Este documento puede ser utilizado como referencia por farmacéuticos que se desarrollen su labor en el campo de la oncología, la oncohematología, la reumatología y cualquier otro campo de la medicina que involucre la utilización de quimioterápicos y/o medicamentos de origen biológicos. Estas recomendaciones pueden ser utilizadas para unificar criterios y estandarizar la práctica diaria de los farmacéuticos que se desempeñen en estas áreas de trabajo.

## • METODOLOGÍA

### Datos del prescriptor

- Comprobar la presencia de los datos identificativos del prescriptor, incluyendo su firma y sello o identificativo electrónico correspondiente.

- Comprobar que el prescriptor es un profesional autorizado para prescribir este tipo de medicamentos, de acuerdo con los requerimientos de cada centro.

### Puntos a Verificar

- Nombre y apellido
- Edad
- Número de documento
- Número de historia clínica.
- Diagnóstico y estadio.
- Protocolo a realizar, número de ciclo y fecha calendario.
- Datos antropométricos del paciente: peso (kg), talla (cm) y superficie corporal
- Alergias conocidas a algún medicamento.
- Clearance de creatinina y función hepática.

### Aspectos del tratamiento

- Correlación entre el protocolo y la patología.
- Dosis metro cuadrado, dosis correspondiente al paciente y horario de administración.
- Fecha del tratamiento, número del ciclo (p. ej., ciclo 1 de 4) y ciclos totales que debiera realizar el paciente.
- Duración del tratamiento. En infusiones continuas de varios días deberían especificarse las dosis diaria y total a administrar.
- Orden de administración y vía de administración. En caso de la vía parenteral: Diluyente, volumen del mismo, tiempo de administración, necesidad de filtros. Para agilizar este punto, se debe contar con fichas o monografías de cada droga que especifique toda la información necesaria para la correcta validación (consultar monografías AAFHFO)
- Comprobar que las unidades son adecuadas y consistentes (p.ej., miligramos, gramos, unidades internacionales, etc.).
- Comprobar que la dosis prescrita se

pueda medir con precisión. La dosis prescrita se podrá redondear hacia arriba o hacia abajo dentro del 5% según sistema del dose-banding (e intentando que sea el menor porcentaje posible). Dose-banding es un sistema a través del cual el médico prescriptor y el farmacéutico acuerdan redondear la dosis en un +/- 5 % o 10% para estandarizar las preparaciones y agilizar los tiempos de atención<sup>3,4</sup>

- En el caso de tratamientos antineoplásicos orales, comprobar que la dosis prescrita es compatible con las presentaciones comerciales disponibles.

- Se deberá comprobar que los cambios en las fechas de administración, motivados por la disponibilidad de recursos, estén dentro de un intervalo de flexibilidad acorde con el protocolo de tratamiento

- Si la elaboración está centralizada, con las condiciones técnicas y edilicias apropiadas, se deberá comprobar la estabilidad de las preparaciones, motivado por la disponibilidad de recursos, para garantizar la continuidad del tratamiento.

- Los datos antropométricos deberán comprobarse en cada uno de los ciclos de tratamiento y los valores extremos deberán ser confirmados. En términos generales, se consideran valores extremos en adultos los siguientes:

- >Talla> 2m.

- > Peso > 100 kg o < 40 kg.

- > Índice de masa corporal > 35 kg/m<sup>2</sup>

- > Superficie corporal > 2,3 m<sup>2</sup>

- En aquellos centros donde aplican el sistema de dose-banding comprobar si la superficie corporal (SC) en la prescripción difiere más del porcentaje establecido.<sup>3,4</sup>

- Comprobar si las medidas para la prevención de toxicidad según las drogas que formen parte del protocolo están prescritas correctamente (Ej. hiperhidratación, nefroprotección, neuroprotección, anti eméticos, profilaxis

antibiótica, etc.)

- Evaluar si la dosis indicada no excede la dosis máxima permitida, especialmente en los casos de valores extremos.
- Evaluar si se requiere algún ajuste/modificación en función del clearance de creatinina, función hepática, hemograma.
- Evaluar situaciones especiales: embarazo, extremos de edad, etc.
- Calcular la dosis total acumulada y verificar que esta no supere el límite aceptado.

### **Recomendaciones para la disminución de errores en la prescripción**

La participación del farmacéutico en el diseño del modelo de prescripción es esencial para disminuir errores de medicación y para facilitar el proceso de validación farmacéutica.

No se aceptarán prescripciones verbales de medicamentos antineoplásicos. Sólo será permitido para otros medicamentos, ante una situación clínica de urgencia si existe un procedimiento establecido en el centro. En cualquier caso, deberán quedar debidamente documentadas.

### **1. Prescripción electrónica**

La prescripción electrónica de la terapia antineoplásica es una herramienta que facilita el proceso de prescripción integrando todas las variables que intervienen en esta y mejorando la seguridad de los pacientes. Sin embargo, no es por sí sola suficiente para garantizar máxima seguridad.

El uso de los sistemas de prescripción electrónica debe optimizarse de acuerdo al escenario donde se aplique y deben contemplar la integración en/con otros sistemas electrónicos como el de la historia clínica informatizada.

Aunque los sistemas de prescripción electrónica de terapia antineoplásica pueden variar, el objetivo de todos ellos es proporcionar una herramienta para una prescripción efectiva, segura y eficiente. Y para ello, se deben cumplir principios generales:

- Precisión y exactitud. La prescripción debe reflejar con precisión lo que el médico quiere prescribir y no estar sujeta a una posible interpretación o dificultad en la comprensión.
- Estandarización. Se debe definir las variables para establecer patrones de prescripción definidos que eliminen sesgos al azar. Se preverá incluir todos los aspectos posibles, incluyendo los regímenes de terapia antineoplásica, las terapias de soporte (antieméticos, hidratación, etc.) y los tratamientos para las reacciones de hipersensibilidad y toxicidad. La prescripción de antineoplásicos debe hacerse mediante regímenes de tratamiento, y no mediante la prescripción de fármacos de manera individual.
- Automatización. Siempre que sea posible, los cálculos deben hacerse de forma automática por el programa informático para reducir la carga de trabajo y evitar errores. Es el caso de la superficie corporal, el área bajo la curva, la dosis por kilogramo, etc. que en una situación ideal ofrecería al prescriptor los datos previamente informados de otras secciones de la historia electrónica para su cálculo.
- Herramientas de control y soporte. El sistema debe proporcionar árboles de decisión y alertas de rango de dosis, límite de dosis acumulada, alergias, interacciones, reducciones de dosis.
- Flexibilidad. Posibilidad de modificación según cambien los tratamientos y teniendo en cuenta la incorporación de nuevos esquemas de tratamiento. Deben incluirse también los esquemas de los

ensayos clínicos, que se modificarán según las enmiendas que eventualmente se produzcan. Pueden separarse los tratamientos de soporte (p. ej., pauta preventiva antiemética) del esquema de tratamiento antineoplásico para tener la posibilidad de modificar uno sin tener que modificar todo el esquema.

- Integración multidisciplinar. El sistema debe hacer posible la integración de los diferentes profesionales implicados en la prescripción, validación, preparación y administración de la terapia antineoplásica. A su vez se puede contemplar un esquema de permisos diferenciales a medida que el paciente va atravesando las diferentes etapas del proceso y de esta forma no se preparen medicamentos a pacientes no aptos clínicamente.

- Eficiencia, fiabilidad y facilidad de uso. El sistema debe ser diseñado de manera que el flujo de información sea rápido, seguro y eficiente, disponible de manera "universal", es decir, en cualquier momento y en cualquier lugar. Además, debe ser lógico, intuitivo y fácil de usar.

## 2. Prescripción manual

Prescribir preferentemente por principio activo, excepto en aquellos casos en que la prescripción por marca comercial pueda reducir posibles confusiones (p. ej., formulaciones galénicas diferentes).

- Nunca abreviar el nombre del fármaco.  
 - No usar símbolos químicos ni siglas utilizadas previamente en ensayos clínicos.  
 - Se debe tener cuidado cuando un número precede a un nombre de medicamento (p. ej., 6-mercaptopurina o 5-fluorouracilo) ya que esto puede ser mal interpretado como una instrucción de dosificación. El número anterior puede omitirse en la mayoría de los casos si se ha acordado previamente.  
 - En general, utilizar el sistema métrico (kg, g, mg, etc.) y los números arábigos (1,

2, 3, ...). En aquellos fármacos en que se utilizan otras unidades de forma habitual (p. ej., bleomicina), se debe tener especial precaución para evitar confusiones entre unidades y mg.

- Seguir siempre un orden en la prescripción: nombre del medicamento, dosis y unidad de dosis, forma farmacéutica, frecuencia de administración y vía de administración.

- Se debe indicar la dosis por factor de paciente específico (es decir, X mg/m<sup>2</sup>) y la dosis calculada que debe ser administrada.

- El redondeo de dosis a números enteros o a un punto decimal debe ser considerado para dosis mayores en adultos.

- No usar ceros después de una coma. (5.0 mg puede confundirse con 50 mg)

- Sí usar ceros delante de una coma.

- Expresar puntos para separar en millares, por ejemplo, Asparaginasa 10.000 UI o Asparaginasa pegilada 3.750 UI.

- En caso que el protocolo incluya la administración de medicamentos por vía oral se recomienda:

> No aplastar, cortar, triturar, disolver comprimidos o cápsulas en casa. En caso de ser necesario se evaluará con el farmacéutico la mejor opción.

> Especificar la dosis exacta para cada administración y no la dosis diaria total. Si es necesario se incluirá el número de comprimidos entre paréntesis.

> Incluir la duración del tratamiento.

> Para preparaciones líquidas, expresar la dosis en peso y volumen. Confirmar el volumen específico total de cada administración.

> El volumen a administrar se especificará preferentemente en mililitros. En las prescripciones en gotas se añadirá la equivalencia en mililitros, siempre que proceda.

> Evitar el uso innecesario de decimales y de fracciones.

> Dejar suficiente espacio entre el

nombre del medicamento, la dosis y la unidad de dosificación.

> Se utilizará preferentemente el formato horario de 24 h, por ejemplo, para indicar un horario de administración de un medicamento 19 hs.

> Las pautas de tipo 1-1-1, o 1/0/1, se refieren a las comidas principales: desayuno-comida-cena. Deberán estar acompañadas de la comida correspondiente o en su defecto de las abreviaturas aceptadas (De-Co-Ce), para no inducir a error al paciente. Se debe añadir la forma farmacéutica, dosis, temporalidad y pauta horaria si fuese necesario.

> Evitar utilizar expresiones simplificadas de la pauta de tratamiento en esquemas con períodos de descanso, ya que pueden inducir a error (p. ej., trifluridina-tipiracilo 5-0-5-0, sunitinib 4/2, etc.).

- Cuando sea necesario enviarla a una ubicación diferente, se realizará mediante escaneado y envío por vía electrónica, nunca por fax, ya que el envío de faxes produce una copia deficiente del original y puede dar lugar a errores en las líneas que ocultan puntos decimales o cuando los detalles de la dosis aparecen incompletos.

- Prescripción de terapia intratecal: especificar la vía de administración como "INTRATECAL" escrita en su totalidad, en mayúsculas y en negrita para los formularios generados en computadora. La abreviatura "IT" es inaceptable.

- Medicamentos orales: las instrucciones deben indicar cómo deben administrarse los medicamentos con respecto a la ingesta de alimentos e indicar si determinados tipos de alimentos pueden afectar la actividad de la medicación.

- Las órdenes médicas de antineoplásicos orales deben ser incluidas con órdenes de antineoplásicos parenterales para permitir

una validación apropiada y controles de seguridad.

- Evitar el uso de carbónicos.

- Contar con un espacio para la firma del responsable de la administración donde a su vez pueda consignar observaciones durante el procedimiento (ej. horarios reales de infusión, o eventos durante la infusión)

- De ser posible establecer junto con el médico prescriptor un sistema estandarizado para las correcciones de dosis que puedan ocurrir para evitar tachaduras o acotaciones que puedan generar confusión.

### **Prescripción pre-impresa**

Las prescripciones preimpresas deberán cumplir las siguientes características:

- Ser claras, inequívocas y estar disponibles para todos los prescriptores.

- Haber sido aprobadas individualmente por un comité multidisciplinario designado por el centro.

- Incluir el nombre del régimen aprobado y el diagnóstico tumoral para el que está indicado.

- Contar con un espacio para la firma del responsable de la administración donde a su vez pueda consignar observaciones durante la administración (horarios reales de infusión, o eventos durante la infusión)

- Además del nombre del medicamento antineoplásico genérico, deben incluir tratamiento de soporte apropiado para el esquema antineoplásico correspondiente.

- Incorporar instrucciones de dosificación y administración para cada fármaco, así como el día y hora de administración de cada dosis.

- Revisarse anualmente y cuando se produzcan cambios, indicar la fecha y referencia de la última revisión.

- Emitir una copia que se pueda adjuntar a la historia clínica individual.



- Proteger la edición para evitar cambios accidentales en la información preimpresa. Implementar medidas de control (p. ej., copia maestra aprobada por una persona diferente a la que preparó el documento).
- Establecer junto con el médico prescriptor un sistema estandarizado para las correcciones de dosis que puedan ocurrir para evitar tachaduras o acotaciones que puedan generar confusión

# Referencias bibliográficas

1. Grupo de Farmacia oncológica de la SEFH (GEDEFO). *Validación farmacéutica de la prescripción del paciente oncohematológico*. Springer Healthcare Ibérica, S.L. Madrid 2018
2. Barbaricca, M I; Menéndez, AM. *Serie medicamentos esenciales N° 5.10. guía para el desarrollo de Servicios farmacéuticos hospitalarios. Reconstitución y dispensación de medicamentos citostáticos*. Oct 1997
3. Pablo Pérez Huertas, Margarita Cueto Sola, Paloma Escobar Cava, Carmela Borrell García, Asunción Albert Marí, Eduardo López Briz and José Luis Poveda Andrés. *Applying dose banding to the production of antineoplastic drugs: a narrative review of the literature*. *Farm Hosp*. 2015;39(4):210-216
4. Sewell, GJ. *Dose-Banding of cytotoxic drugs: A new concept in cancer chemotherapy*. *Am J Health-System Pharm* Vol 58 Sep 15, 2001
5. Serrano Fabiá, A; Cavero Rodrigo, Elisa; Albert Marí, A; Almenar Cubells, D; Jimenez Torres, V. *Pharmaceutical validation as a process of improving the quality of antineoplastic treatment*. *JOncol Pharm Pract* 2005 11: 45
6. SHPACommittee of Specialty Practice in Clinical Pharmacy. *SHPA Standards of Practice for Clinical Pharmacy*. *J Pharm Pract Res* 2005; 35(2): 122-46
7. Canadian Association of Pharmacy in Oncology (CAPHO). *Standards of Practice for Oncology Pharmacy in Canada*. Version 2 Nov 2009
8. N. Víctor Jiménez Torres. *Bases posológicas en oncología*. Editorial Ecir, S.A. (Valencia) 2007
9. British Oncology Pharmacy Association. *Standards for Pharmacy Verification of Prescriptions for Cancer Medicines*. 2013
10. The Society of Hospital Pharmacists of Australia Committee of Specialty Practice in Oncology. *SHPA Standards of Practice for the Provision of Clinical Oncology Pharmacy Services*. *Journal of Pharmacy Practice and Research* Volume 32, No. 2, 2002.
11. BC Cancer Agency. *Clinical Pharmacy Guide: Chemotherapy Assessment and Review 4th Edition*. Octubre 2016.
12. Clinical oncological society of Australia. *Guidelines for the Safe Prescribing, Supply and Administration of Cancer Chemotherapy*. Nov 2008
13. Trinh Pham; Joan Rivington. *Chapter 2 Systemic Anticancer Therapy Prescribing and Verification*.
14. West Suffolk Hospital NHS Trust. *Clinical guideline: Prescription, Dispensing and Administration of Cytotoxic Drugs* 2011

## Te invitamos a participar del XIX Congreso Argentino de Farmacia Hospitalaria



**AAFH 50 años de trayectoria Cincuenta años han pasado, años de compromiso y esfuerzo, años transitando el camino que conduce a la excelencia profesional**

Ejes temáticos:

- MIRADAS ... la mirada del otro nos constituye
- REDES ... alianzas y relaciones que nos ayudan a elegir y decidir en un entorno complejo y cambiante
- ESPECIALIZACION ... del especialista, construcción del conocimiento y evolución de la práctica buscando los mejores resultados para el paciente y el sistema sanitario
- DESAFIOS ... preparándonos para enfrentar el futuro, potenciar capacidades y desarrollar competencias para afrontar nuevos desafíos

**Del 23 al 25 de Octubre de 2019.**

**HOTEL SHERATON MAR DEL PLATA**

REVISTA DE LA

# AAFH

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN  
ARGENTINA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL