
Mesa redonda: Utilización del MDRD para el manejo farmacológico de pacientes con insuficiencia renal oculta.

Moderadora: [Dra. D. Elena Miravalles](#), Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Clínica de Análisis Clínicos del Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Gestión del riesgo de nefrotoxicidad. Experiencia de Hospital Severo Ochoa.

Dr. Benito García

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Secretario de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

La seguridad del paciente es uno de los principales objetivos de calidad de muchos hospitales y por ello, tiene interés la aplicación de sistemas de gestión de riesgos sanitarios. En el ámbito de la farmacovigilancia, un sistema de gestión de riesgos se define como un conjunto de actividades e intervenciones destinadas a identificar, caracterizar, prevenir o minimizar los riesgos de los medicamentos y valorar la efectividad de tales intervenciones (1).

La aplicación de los sistemas de gestión de riesgo en el campo de nefrología del laboratorio tiene gran importancia ya que alrededor de un 2-5% de pacientes hospitalizados desarrollan fracaso renal agudo (2). El sistema incluye el manejo de fármacos con riesgo renal, es decir aquellos fármacos de eliminación renal susceptibles de producir reacciones adversas por la falta de ajuste de la dosificación en pacientes con insuficiencia renal y por otro lado, la toxicidad renal que ocurre en el paciente expuesto a fármacos nefrotóxicos. En esta ponencia nos centraremos en este último aspecto, describiendo como se realiza la gestión de este riesgo en el Hospital Severo Ochoa desde la Unidad de Monitorización de Fármacos en la que participan los Servicios de Bioquímica y Farmacia.

La gestión del riesgo de nefrotoxicidad consta de **4 pasos**: identificación del riesgo, valoración del riesgo, minimización del riesgo y comunicación del riesgo.

1º Identificación del riesgo: Se realiza emitiendo tres veces por semana, el listado de pacientes expuestos a los siguientes fármacos: aminoglucósidos (amikacina y gentamicina), glicopéptidos (vancomicina), antifúngicos (anfotericina B) y antivirales (aciclovir, foscarnet y cidofovir). Se recogen los siguientes datos: edad, peso, fecha de inicio del tratamiento, dosis del fármaco, creatinina sérica, concentraciones plasmáticas de fármacos (si procede), fármacos concomitantes y evolutivo de los días de tratamiento.

2º Valoración del riesgo: La función renal se valora mediante el Clcr estimado. En cuanto al fármaco se valora la dosificación en función del Clcr estimado, duración del tratamiento y nefrotóxicos concomitantes. En cuanto a la monitorización de la función renal se valora si se realiza al inicio del tratamiento y si es suficiente su frecuencia.

3º Minimización del riesgo: El riesgo de nefrotoxicidad se intenta reducir realizando las oportunas intervenciones en cuanto a sugerir controles periódicos de la función renal, ajustar las dosis de fármaco a la función renal mediante mensajes en la prescripción electrónica, indicación de controles de concentraciones séricas de fármacos, ajustar la posología en función de las concentraciones séricas y advertencias sobre la duración del tratamiento cuando supera los 10 días.

4º Comunicación del riesgo: Se realiza mediante sesiones sobre el riesgo de nefrotoxicidad en los servicios, difusión de protocolos de uso de fármacos nefrotóxicos y recordatorios en la prescripción electrónica advirtiendo del riesgo.

Conclusión: La gestión del uso de fármacos con riesgo renal es una labor multidisciplinaria que implica la coordinación de distintos servicios. El modelo de colaboración a través de los Servicios de Bioquímica y Farmacia disminuye el riesgo de nefrotoxicidad de los fármacos en los hospitales.

Bibliografía:

- (1) **Committee for medicinal products for human use.** Guideline on risk management systems for medicinal products for human use. European Medicines Agency. London. 2005
 - (2) Hoitsma AJ, Wetzels JFM, Koene RAP. **Drug-induced nephrotoxicity, aetiology, clinical features and management.** Drug Saf 1991; 6:131-47.
-