



# NOTICIAS FARMACOTERAPÉUTICAS

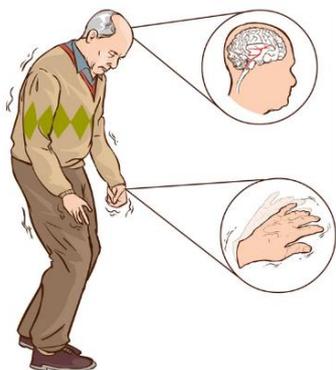
ABRIL- MAYO 2023

## PARKINSONISMO CAUSADO POR LA MEDICACIÓN

El parkinsonismo se define como un síndrome neurológico caracterizado por la aparición de síntomas como temblor de reposo, rigidez, acinesia (bradicinesia) e inestabilidad postural. Después de la enfermedad de Parkinson, el tratamiento farmacológico es la segunda causa de parkinsonismo y se caracteriza por la aparición de los síntomas días o semanas después del inicio del fármaco problemático.

Encontramos en el blog de [El Rincón de Sísifo](#) un estupendo repaso sobre este tema.

[¿Qué medicamentos pueden ser los sospechosos?](#) Cualquiera que interfiera la transmisión dopaminérgica, y específicamente los bloqueadores del receptor de la dopamina tipo 2 (D2) como por ejemplo los antipsicóticos, la metoclopramida, la trimetazidina, antiepilépticos, litio, ISRS, IMAO, quimioterápicos, tacrólimus, ciclosporina o flunarizina, entre otros.



## USO DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS Y SUPLEMENTOS, EN PACIENTES EN SU ÚLTIMO AÑO DE VIDA

La [revista BMC Primary Care](#) han publicado un interesante estudio de cohortes retrospectivo sobre el uso de medicamentos para prevención (primaria, secundaria) y/o suplementos, en pacientes en su último año de vida, considerando para ello un listado de patologías en las que se suele esperar necesidad de cuidados paliativos o corta esperanza de vida, recogidos en el apéndice 1 (cáncer, EPOC, fragilidad, insuficiencia cardíaca congestiva...).

El estudio se desarrolló en los Países Bajos, y a partir de registros de historia clínica informatizada identificaron a 1.281 pacientes fallecidos, de los que eligieron según criterios del estudio a 666, describiendo el % de utilización de los siguientes fármacos en los 12 meses previos a su defunción: El 36% de los pacientes tomaban vitaminas, un 35% de pacientes tomaban estatinas, un 24% suplementos de calcio y un 9% bifosfonatos.

Durante ese último año de vida sus médicos interrumpieron estos tratamientos 119, 60, 110 y 65 días en promedio antes del fallecimiento (48% de estatinas y 70% de bifosfonatos interrumpidos), observándose en los pacientes en donde se realizaban revisiones de la medicación, o tenían efectos adversos, que la interrupción de estos tratamientos fue más temprana.

Los autores concluyen que según este estudio, hay margen de mejora en la optimización de la medicación relevante en la fase paliativa.



dpsagunto\_ap\_farmacia@gva.es



962 339319

## VITAMINA D: MÁS ALLÁ DE LA LATITUD N 37° 51' 57.28''

Si existe un área científica de controversia en los últimos años es la de la [vitamina D](#). Aunque su determinación puede ser útil en determinadas situaciones, no hay evidencia que avale la pertinencia de analizar los niveles séricos de 25-OH-vitamina D en población general asintomática y sin factores de riesgo. Además, durante años ha habido falta de consenso en la definición del punto de corte establecido para considerar su déficit. A pesar de las múltiples hipótesis fisiopatológicas formuladas, la evidencia acumulada no ha demostrado que la suplementación con vitamina D prevenga la aparición de enfermedades cardiovasculares, metabólicas o cáncer, o reduzca la mortalidad, entre otras. Su uso tampoco ha demostrado beneficios en la prevención o mejora de la evolución de la infección por el SARS-CoV-2.

Sobre este tema versa el último boletín farmacoterapéutico de la Comunidad Valenciana: [Vitamina D: más allá de la latitud N 37° 51' 57.28''](#).

## MANEJO DE PERSONAS CON ALERGIA A ANTIBIÓTICOS SOSPECHADA O CONFIRMADA

En la práctica clínica, un antecedente de alergia a los antibióticos, confirmada o sospechada, es frecuente y condiciona la selección de antibióticos, requiriendo con frecuencia el uso de fármacos **menos eficaces, más tóxicos o más caros** que los antibióticos de 1ª línea



- ↓ opciones de antibióticos
- ↑ uso antibióticos amplio espectro
- ↑ días de ingreso hospitalario
- ↑ costos hospitalarios
- ↑ riesgo multirresistencia
- ↑ infecciones por *C. difficile*

La optimización del uso de antibióticos en pacientes con este antecedente, es una de las prioridades de los programas de optimización de uso de antibióticos (PROA), tanto en hospitales como a nivel comunitario.

Se ha publicado una [guía para el manejo de personas con etiqueta de "alergia a antibióticos"](#), elaborada y consensuada por miembros de la SEIMC, SEAIC, SEFH y SEMICYUC. El panel multidisciplinar de expertos emite recomendaciones en base a la revisión bibliográfica que realizan (hasta Julio 2018). Como puntos interesantes en medio ambulatorio: antes de realizarse un test cutáneo, el paciente debe interrumpir los fármacos que pudiesen interferir (como antihistamínicos), e interrumpir 24 h previas los betabloqueantes (porque interferirían con la adrenalina si esta fuese necesaria de utilizar en caso de una reacción sistémica).

Respecto al "des-etiquetado" de alergias autoinformadas, señalan:

- Los pacientes en los que el historial detallado de alergia a medicamentos es concluyente de efectos adversos no mediados por el sistema inmunitario, como náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza o parestesia, pueden ser desmarcados y no es necesaria una evaluación o prueba especializada adicional. (A-III)
- Los pacientes en los que se ha documentado una tolerancia posterior al antibiótico culpable pueden ser desmarcados y no es necesaria una evaluación o prueba especializada adicional. (A-III).

Pese a que la guía se orienta mucho al manejo hospitalario, hacemos desde aquí hincapié en la importancia del correcto etiquetado (y desetiquetado), y no usar el apartado de alergias de SIA para anotar un efecto adverso de un antibiótico (para eso hay un apartado específico de registro de EA).

Puedes descargar los boletines desde <http://sagunto.san.gva.es/boletin-fap>  
Diseño y maquetación para visualizar desde dispositivos móviles/tablets

