

Dado que existe evidencia de que la diabetes puede prevenirse o retrasarse<sup>6</sup>, parece relevante plantear estrategias que permitan trasladar el beneficio de dichas intervenciones a la práctica clínica en pacientes con prediabetes, dado el elevado riesgo de desarrollar diabetes que presentan.

Consideramos que las bases de datos clínico-administrativas, como la historia electrónica de AP, han demostrado validez para realizar estudios epidemiológicos y de utilización de servicios de salud, y pueden ser un instrumento útil para realizar estudios comunitarios con pacientes ambulatorios.

## Bibliografía

1. Llanes de Torres R, Arrieta F, Mora Navarro G. Prediabetes en atención primaria: diagnósticos y tratamiento. *Aten Primaria*. 2006;37:400-6.
2. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al., Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Aten Primaria*. 2015;47:456-68.
3. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.
4. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Prado Galbarro FJ, Sarría Santamera A. Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: estudio mediante la historia clínica informatizada en atención primaria. *Gac Sanit*. 2013;27:282-5.
5. Pentakota SR, Rajan M, Fincke BG, Tseng C-L, Miller DR, Christiansen CL, et al. Does diabetes care differ by type of chronic comorbidity? An evaluation of the Piette and Kerr framework. *Diabetes Care*. 2012;35:1285-92.
6. Costa B. Prevención de la diabetes de tipo 2. ¿Qué se puede hacer desde la atención primaria? La experiencia del DE-PLAN-CAT. *Av Diabetol*. 2012;28:59-63.

Guadalupe Alemán-Vega<sup>a,\*</sup>, Sofía Garrido-Elustondo<sup>b,c</sup>, Isabel del Cura-González<sup>b,c,d</sup> y Antonio Sarría-Santamera<sup>c,e,f</sup>

<sup>a</sup> Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Investigación de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas, REDISSEC, España

<sup>d</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>e</sup> Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>f</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [guadalupe.aleman@salud.madrid.org](mailto:guadalupe.aleman@salud.madrid.org) (G. Alemán-Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.013>  
0212-6567/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Desarrollo de la «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal»<sup>☆</sup>



### Development of the "Consensus guidelines for the use of drugs in renal failure"

Sr. Editor:

Habiendo leído el trabajo titulado «Ezetimiba asociada a simvastatina incrementa el riesgo de insuficiencia renal» y la consecuente respuesta «Consideraciones respecto a ezetimiba y deterioro renal», publicados ambos en esta revista<sup>1,2</sup>, y tras percibir el debate en cuanto al uso de medicamentos en pacientes con insuficiencia renal se nos hace relevante presentar la «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal».

En un estudio se observó que uno de cada 3 pacientes mayores de 65 años, polimedcados atendidos en farmacias comunitarias, presentaban unos valores de filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y en estos pacientes, al revisar su medicación se evidenció que uno de cada 2 medicamentos requería algún ajuste de dosis o intervención<sup>3</sup>.

Tras comprobar este hecho, el grupo de docencia e investigación en Farmacia Práctica de la Universidad de Barcelona junto con la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) firmaron un convenio con el objetivo de desarrollar una herramienta práctica para impulsar el uso seguro de los medicamentos en función del FGe de cada paciente.

Esta herramienta se tradujo en el portal «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal» (Guía AP-IR) (<http://www.ub.edu/medicamentoseninsuficienciarenal/>). Este formato ya ha sido utilizado en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, aunque con otros objetivos<sup>4</sup>.

La «Guía AP-IR» constituye una base de datos que recoge los requerimientos posológicos de más de 300 medicamentos en función del estadio de insuficiencia renal de los pacientes. La información ha sido obtenida de 5 bases de datos que han sido: CIMA (AGEMED), BNF, Martindale, AHFS, BOT Plus. La información recabada se ha adaptado con el fin de

<sup>☆</sup> El proyecto de desarrollo de esta Guía recibió en 2016 el premio «VI edición Premios Esteve». Sin embargo, este artículo y la información que contiene no ha sido publicado en ninguna revista científica.

**Figura 1** Ejemplo de búsqueda para el fármaco cetirizina. El buscador «Principio Activo» permite introducir el fármaco de interés, el buscador «FGe» permitiría obtener la información de dicho medicamento para un valor de FG específico. Al no haber especificado ningún valor de FG la «Guía AP-IR» devuelve toda la información del medicamento por código de colores en la pestaña «Recomendaciones». En la pestaña «Descripción» obtendríamos información más detallada del uso del medicamento en pacientes con insuficiencia renal.

aportarle el mayor pragmatismo posible y plasmarlo en este repositorio tras un amplio consenso de expertos. Esta información se actualiza periódicamente, es interactiva y está disponible en español.

La utilización de la «Guía AP-IR» requiere un registro previo a su uso, a través del correo electrónico. Una vez obtenido el acceso, la base de datos nos permite realizar búsquedas en función del principio activo y al valor del FGe del paciente.

Una vez seleccionado un principio activo el buscador nos devuelve, a través de un código de colores, la información respecto a la restricción de uso del medicamento. El color verde indica que para este valor de FGe, el medicamento no requiere ningún ajuste posológico. El color amarillo, indica que para este valor de FGe se requiere un uso con precaución sugiriendo el ajuste de la dosis. El color rojo indica que para este valor de FGe el uso del medicamento está contraindicado. Además, cada código de colores nos indica qué seguimiento se recomienda realizar al paciente con el fin de aportar información concisa y práctica. La [figura 1](#) muestra la pantalla principal de la «Guía AP-IR».

Los autores consideran que esta herramienta puede ser una pieza de gran utilidad, gracias a su pragmatismo y concreción, para los médicos de atención primaria en el momento de la prescripción de medicamentos a pacientes con insuficiencia renal.

Maria Antonia March Pujol<sup>a,\*</sup>, Maria Àngels Vía Sosa<sup>a</sup>,  
Pere Travé Mercadé<sup>a</sup>  
y Alberto Martínez-Castelao<sup>b</sup>

## Agradecimientos

Los autores agradecen el esfuerzo realizado por los profesionales de la Universidad de Barcelona y la S.E.N. que participaron en el desarrollo de esta herramienta.

## Bibliografía

1. Fernández-Liz E, Ortí Segarra C, Garrido Mesas I. Ezetimiba asociada a simvastatina incrementa el riesgo de insuficiencia renal. *Aten Primaria*. 2014;46:451–2.
2. Pallarés-Carratalá V, Vizcaíno-Castillo B, Górriz-Teruel JL. Consideraciones respecto a ezetimiba y deterioro renal. *Aten Primaria*. 2015;47:388–9.
3. Via-Sosa MA, Lopes N, March M. Effectiveness of a drug dosing service provided by community pharmacists in polymedicated elderly patients with renal impairment—a comparative study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:96.
4. Osorio D, Bonfill X. Las iniciativas de *No hacer* y el portal Diana-Salud.com. *Aten Primaria*. 2016;48:501.

<sup>a</sup> *Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marianmarch@ub.edu](mailto:marianmarch@ub.edu)

(M.A. March Pujol).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.006>  
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Desinfección del instrumental en las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Gallego de Salud



### Disinfection of dental instruments in dental settings of the Galician Health Service

*Sr. Editor:*

Los procedimientos odontológicos conllevan un riesgo potencial de transmisión de enfermedades infecciosas que probablemente se ha infraestimado, por lo que es imperativo adoptar protocolos eficaces de prevención de la infección cruzada<sup>1</sup>. Según el marco legal que regula los productos sanitarios y sus accesorios (Real Decreto 1591/2009), los profesionales de la salud deben conocer el instrumental que manejan y los productos empleados en su descontaminación, por lo que al limpiar, desinfectar o esterilizar productos sanitarios se adquiere una responsabilidad legal que obliga a garantizar la correcta ejecución de estos procesos.

El grado de adherencia a los protocolos de desinfección/esterilización es variable, con momentos de gran preocupación —como la pandemia por el VIH en la década de los 80 o la irrupción de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob hace 20 años—, que se alternan con períodos en los que probablemente los procedimientos se apliquen con más laxitud. Los instrumentos críticos, cuando son reutilizables, deben someterse indefectiblemente a un proceso de esterilización por calor, mientras que los semicríticos, cuando son termosensibles y no pueden remplazarse por otros termorresistentes o desechables, deben procesarse como mínimo utilizando un desinfectante de alto nivel<sup>2</sup>. En la práctica clínica se ha señalado que el instrumental semi-crítico comporta un mayor riesgo de transmisión de enfermedades que el crítico o el no-crítico<sup>3</sup>. El objetivo de este trabajo fue conocer los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material odontológico que se aplican en las Unidades de Salud Bucodental (USBD) del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), con especial énfasis en

los desinfectantes químicos utilizados para procesar el instrumental semi-crítico.

Para ello se elaboró un formulario con 8 cuestiones relativas a la cadena de limpieza/desinfección/esterilización del instrumental, que se remitió por correo electrónico (en 2 ocasiones) entre los meses de abril y mayo del 2016 a las 80 USBD del SERGAS.

Se recibieron cumplimentados el 60% de los formularios enviados (n=48 USBD). Resulta especialmente llamativo que el 87,5% de los encuestados laven manualmente todo el instrumental, mientras que solo el 58,8% lo sumergen rutinariamente en una cubeta de ultrasonidos. El lavado manual de los instrumentos dentales contaminados es muy eficaz para eliminar la suciedad grosera, pero no se recomienda porque conlleva un riesgo importante de accidentes durante su manipulación, abogándose desde hace años por otros métodos más seguros y eficaces utilizando dispositivos automatizados de limpieza como las cubetas ultrasónicas o las lavadoras-desinfectadoras<sup>4</sup>.

En el 14,6% de los centros no se emplea la esterilización en autoclave para todo el instrumental, por lo que cobra un especial interés el tipo de desinfectante químico utilizado. A la pregunta ¿qué desinfectante se emplea en su USBD para el instrumental odontológico?, el 76,7% de los encuestados proporcionaron el nombre de un desinfectante de alto nivel (más de 20 composiciones diferentes) (tabla 1) y solo en el 52% de los centros el producto utilizado contenía alguno de los compuestos químicos recomendados en la guía de procedimientos de desinfección del SERGAS para procesar material semicrítico (orto-ftalaldehído, glutaraldehído, glutaraldehído fenolato, ácido peracético, peróxido de hidrógeno y N-duopropenida)<sup>5</sup>. El 20,7% utilizaban detergentes cuatrienzimáticos o multienzimáticos, que son capaces de eliminar detritus con base proteica pero no tienen actividad antimicrobiana y en ningún caso pueden remplazar a un desinfectante de alto nivel. El 52,0% de los encuestados desconocían quién era el responsable de elegir el tipo de desinfectante, el 22,9% señalaron al encargado de suministros, el 10,4% al odontólogo, el 8,3% al higienista dental y el 6,3% al coordinador del centro.