

LETTER TO THE EDITOR CARTA AO EDITOR

Dear Editor,

Our group read with interest the recent paper presented by Da Costa et al. (Braz J Hosp Pharm Health Serv, 2013; 4 (1): 12-16), in which the authors describe the establishment of an Injectable Omeprazole Use Qualification Program (IOUQP) at a teaching hospital in Brazil¹. There is no doubt that Proton Pump Inhibitors may cause varied drug-related problems^{2,3}, and our group had the pleasure to describe our experience regarding the management of drug-related problems from patients in clinical treatments involving such drugs³.

The research from Da Costa et al. raises a number of interesting points and highlights the importance of standardizing proceedings related to medication administration, following the evidence-based medicine practices. As the authors have pointed out, clinical pharmacy services can provide relevant clinical and economic results. However, there are some points of this study that may lead one to uncertainties in interpreting the results, and we would like to bring up the main ones in here.

The authors did not provide strict guidelines on how the drug management of these patients should be performed, and also did not make clear the ways by which financial savings were achieved. In this approach, an important methodological problem which needs to be addressed is the missing statistical analysis. Despite the authors have shown financial savings, reduction of the number of medical prescriptions and of injectable omeprazole use in an interesting sample, there are no evidences of statistical significance for their results after the pharmaceutical interventions. Thus, it can be difficult to estimate the generalisability and possible safe pathways of implementation of their methods and strategies elsewhere.

Other points that remains unclear refers to the changes in clinical justifications of the physicians, regarding the prescription of injectable omeprazole after the implementation of the protocol, which seem to be not fitting to the standardized rules for its prescription, and also remains unclear how the new protocol was presented to the clinical team, specially the physicians. For example, was it discussed with the whole clinical staff or was it determined in internal documents?

Da Costa et al. described that rational use of injectable omeprazole was achieved considering the reduction of the number of injectable omeprazole medical prescriptions, but they do not provide evidences nor methods (for instance, inclusion and exclusion factors) for supporting that such reduction of medical prescriptions have happened due to the established protocol and pharmaceutical interventions. Evidences of pharmaceutical care and clinical pharmacy studies clearly indicate that the correct usage of medication is not directly nor necessarily related to reductions in drug use, given that therapeutic schemes may exhibit varied complexity levels, often requiring more administrations when comparing to the period that preceded pharmaceutical interventions^{4,5}.

Finally, would the authors care to speculate on a potential application of the described strategies for other kinds of treatments involving injectable drugs, such as infectious diseases or cancer?

We recommend a complete approach with adequate selection of criteria to all colleagues seeking objectively to assess the impact of clinical pharmaceutical services, in order to generate not only accurate and statistically significant data, but also generalisable knowledge, aiming the improvement of pharmaceutical care and clinical pharmacy services, especially among the audience of this journal.

Marcus Vinícius Dias-Souza
Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais
Contato para correspondência: souzamv@mail.com

References:

1. Da Costa, JM et al. Implantação de Estratégia para a Racionalização do Uso do Omeprazol Injetável. Braz J Hosp Pharm Health Serv, 2013; 4(1): 12-16.
2. Scheulen ME, Saito K, et al. Effect of food and a proton pump inhibitor on the pharmacokinetics of S-1 following oral administration of S-1 in patients with advanced solid tumors. Cancer Chemother Pharmacol, 2012; 69(3):753-761.
3. Dias-Souza MV, Barros GC. Development of Drug Use Instructional Cards for Compounded Formulations as a Complementary Patient Education Tool. Braz J Hosp Pharm Health Serv, 2012; 3 (4): 6-9.
4. Dias-Souza MV, Barros GC. Pharmaceutical Care and Clinical Monitoring of the Allergic Patient: A Case Report. Braz J Hosp Pharm Health Serv, 2012; 3 (2): 38-41.
5. Aguiar, PM et al. Clinical outcomes in a Pharmaceutical Care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. J Am Pharm Assoc, 2012; (52): 515-518.

RESPONSE LETTER

CARTA-RESPOSTA

Prezado editor,

Primeiramente agradecemos o interesse do autor da “carta ao editor” em contribuir com a discussão do nosso artigo. Em relação às considerações realizadas, julgamos interessante esclarecer alguns aspectos.

Ressalta-se que o presente estudo possui característica descritiva, sem caráter analítico, que pretendeu descrever as ações realizadas em um ambiente específico e apresentar os resultados/experiências do caso sob análise. A nosso ver, esta questão ficou clara no objetivo do trabalho. Também não visamos mensurar a redução do número de prescrições ou realizar análises estatísticas que sugerissem relação causal. Em nenhum momento do texto, foram pautadas generalizações. Todas as reflexões foram colocadas considerando a realidade da instituição em estudo. Exemplo disso é a recomendação “do desenvolvimento de estudos que contemplem a promoção do uso racional de medicamentos antissecretores no ambiente hospitalar e que proporcionem uma redução nos gastos desnecessários com medicamentos” na conclusão.

Em relação às especificações sobre a divulgação interna do protocolo, informamos que esse processo está adequadamente apresentado nos aspectos metodológicos, onde lê-se: “com os resultados obtidos na primeira fase da pesquisa, optou-se pela elaboração e divulgação ao corpo clínico de um protocolo para orientação do uso do omeprazol injetável, o que consistiu na segunda fase do estudo. A divulgação do protocolo contou com o apoio da diretoria da instituição e ocorreu em diversas reuniões entre coordenadores clínicos e membros dos diversos setores do hospital. Ainda, o protocolo foi disponibilizado na intranet da instituição, com o objetivo de propiciar consulta rápida às informações.”

Também é pertinente esclarecer que as justificativas clínicas apresentadas em nosso estudo não se referiram à prescrição do omeprazol injetável após a implementação do protocolo, e sim à fase anterior a essa implantação, como indicamos no título da tabela 2. A denominação de cada fase também se encontra especificada nos aspectos metodológicos.

Apesar de alguns estudos apontarem que as intervenções farmacêuticas não estão, necessariamente, associadas à redução de custos — podendo ser necessário intervenções de caráter mais complexo — alguns estudos já comprovam o impacto econômico da atuação do farmacêutico clínico na redução de custos^{1,2}.

Consideramos interessante o estabelecimento de critérios que visem à uniformização da avaliação do impacto clínico dos serviços farmacêuticos, conforme foi proposto. Contudo, entendemos que o artigo em questão contribui para o compartilhamento de experiências no âmbito da farmácia clínica, e que estas, mesmo que pontuais, devem ser consideradas, além de irem de encontro com as propostas dos estudos descritivos.

Atenciosamente,

Josiane Moreira da Costa, pelos demais autores.
Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG
Contato para correspondência: josycosta2@yahoo.com.br

Referências:

1. Strand ML; Cipolle RJ; Morley PC; Frakes, MJ. The impact of Pharmaceutical Care Practice and the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience. *Current Pharmaceutical Design*, 2004, 10, 3987-4001.
2. Ricieri MC. Impacto da atuação clínica do farmacêutico hospitalar no uso de antimicrobianos em uma unidade de terapia intensiva cardíaca pediátrica. *Premio Jayme Torres. Conselho Federal de Farmácia*. 2012.