



X JORNADA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD CASTELLANO MANCHEGA DE FARMACIA HOSPITALARIA

“Decisiones basadas en logros reales”

8 y 9 de Mayo de 2015
Lugar: Toledo



SOCIEDAD
CASTELLANOMANCHEGA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

**X JORNADA CIENTIFICA SCMFH
TOLEDO 8 y 9 de Mayo de 2015
LIBRO DE RESÚMENES**

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente: Dra. Paloma Moya Gómez

Vocales

Dra. Marta García Palomo

Dra. Ana Rosa Rubio Salvador

Dr. José Mateos Rubio

Dra. Encarna Rodríguez Jiménez

Dr. Juan José Cía Lecumberri

Dra. María Garrigues Sebastián

Dra. Eva Martín Alcalde

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente: Dra. Carmen Encinas Barrios

Vocales

Dra. Cristina García Gómez

Dra. Beatriz González Joga

Dra. Ana María Horta Hernández

Dra. Gema Marcos Pérez

Dra. Isabel Campanario López

Dra. Piedad López Sánchez

Dra. Marta Blasco Guerrero

Dra. María Luisa Moreno Perulero

Dr. José Manuel Martínez Sesmero

Dra. Caridad Martín Gil

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes, 8 de Mayo de 2015

17.00h Reunión de la Junta Directiva, Comité organizador y Comité científico.
Hotel Hesperia (sala Sinagoga)

17.00h Reunión de Residentes.
Hotel Hesperia (sala Catedral)

18.00h Presentación oral de proyectos VIPS

- Aplicación de criterios STOPP-START en pacientes VIH.

Dr. J. Manuel Martínez. *Hospital Virgen de la Salud, Toledo.*

- Intervenciones farmacéuticas por métodos automatizados vs tradicionales.

Aproximación a un modelo de validación virtual.

Dr. David García. *Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo.*

- Programa para la mejora de la utilización de antibióticos carbapenémicos.

Dr. Raúl Pérez. *Hospital General de Ciudad Real.*

- Elaboración y difusión de vídeos formativos sobre la correcta preparación y administración de factores de coagulación.

Dra. Sonia Herrero. *Hospital de Guadalajara.*

- Delirio en una unidad de cuidados intensivos (UCI). ¿Cuál es el papel del farmacéutico?

Dra. Beatriz Bonaga. *Complejo Hospitalario de Albacete.*

- Conciliación de medicación y abordaje multidisciplinar del paciente polimedicado para mejorar la continuidad asistencial intra e interniveles.

Dra. María Dolores Fraga. *Hospital La Mancha centro (Alcázar de San Juan).*

Sábado, 9 de Mayo de 2015

- 09.30h **Inauguración oficial de la Jornada. Hotel Hesperia (sala Catedral)**
Dr. Luis Carretero Alcántara. *Director Gerente del SESCAM.*
Dra. Cristina Granados Ulecia. *Directora Gerente Complejo Hospitalario Toledo.*
Dra. Carmen Encinas Barrios. *Presidenta de la SCMFH.*
Dra. Paloma Moya Gómez. *Presidenta del Comité Organizador.*
- 09.45-10.45h **Presentación oral de las mejores comunicaciones. Hotel Hesperia (sala Catedral)**
- 11.00h **Pausa Café**
- 11.30h **Conferencia: "RWD ¿Mejora de la práctica clínica?"**
Dr. Juan del Llano. *Director de la Fundación Gaspar Casal.*
Entrega del libro: *"Adaptación de los Real World Data (RWD) a la mejora de la práctica clínica y del consumo de recursos de los pacientes" (Laboratorios Lilly)".*
- 12.30h **Entrega de premios: Mejor comunicación oral y premios VIPS.**
- 12.45h **Presentación y entrega de libro "AF en Casos clínicos. Tomo III: Patología digestiva"**
- 13.00h **Clausura de la Jornada.**
Dr. Ángel María Martín Fernández-Gallardo. *Responsable de Área de Farmacia del SESCAM.*

COMUNICACIONES ORALES 9

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE NATALIZUMAB Y PREVALENCIA DEL VIRUS JC EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECIDIVANTE..... 9

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA..... 10

ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA EL USO SEGURO DE METFORMINA EN EL PACIENTE DIABÉTICO CON INSUFICIENCIA RENAL: PREVENCIÓN DE ACIDOSIS LÁCTICA..... 11

ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS..... 12

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB TRAS PROGRESIÓN A UNA PRIMERA LÍNEA CON EL MISMO ANTIANGIOGÉNICO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO..... 13

COMUNICACIONES POSTER 14

¿PRESENTA DELIRIUM MI PACIENTE? HERRAMIENTAS FORMATIVAS EN LA APLICACIÓN DE LA CAM-ICU..... 14

ANÁLISIS DE LOS NUEVOS PRINCIPIOS ACTIVOS AUTORIZADOS EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS..... 15

CEFEPIME ASOCIADO A FENITOÍNA INDUCE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 16

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS..... 17

KETAMINA EN EL MANEJO DE ESTADO EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS..... 18

MANEJO DE UNA INTOXICACIÓN GRAVE POR ISONIAZIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 19

SÍNDROME DE DRESS INDUCIDO POR SULFASALAZINA: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 20

UTILIZACIÓN DE PACLITAXEL-ALBÚMINA TRAS TOXICIDAD A TAXANOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 21

ANÁLISIS DEL GRADO DE OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA INTRAVENOSA EN REUMATOLOGÍA.....	22
ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y EL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.....	23
BRENTUXIMAB VEDOTIN EN LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA Ó REFRACTARIO: NUESTRA EXPERIENCIA.....	24
CRANEOFARINGIOMA: QUIMIOTERAPIA INTRATUMORAL CON INTERFERON ALFA 2A, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	25
ECULIZUMAB EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: SEGUIMIENTO DE UN CASO.....	26
ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: ADECUACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.....	27
EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	28
GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA: NIVEL DE RIESGO Y REQUISITOS DE LAS PREPARACIONES NO ESTÉRILES....	29
IMPACTO ECONÓMICO DE RECOMENDACIONES DE INTERCAMBIO FARMACOTERAPÉUTICO EN LOS TRATAMIENTOS DE UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	30
INFLUENCIA DEL FARMACÉUTICO EN EL PERFIL DE AJUSTE DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO A FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.	31
OPTIMIZACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN REUMATOLOGÍA.	32
ROTURA DE UN COMBO ANTIRRETROVIRAL. CONSECUENCIAS PRELIMINARES.	33
SIMEPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA, PRIMEROS RESULTADOS	34
USO RACIONAL DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.....	35
CAPECITABINA FORMULACIÓN INNOVADORA Y GENÉRICA: PERFIL DE SEGURIDAD.....	36
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....	37

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTI-VEGF ASOCIADOS A FOLFIRI EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA COLORRECTAL METASTÁSICO.....	38
INDICADORES DE CALIDAD EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.....	39
OMEPRAZOL FÓRMULA MAGISTRAL PEDIÁTRICA: ESTUDIO Y REVISIÓN DE ALTERNATIVAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	40
UTILIZACIÓN DE ZONISAMIDA: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PEDIATRIA.....	41
ELABORACIÓN DE AMFOTERICINA AL 2% EN LACA DE UÑAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES UNGUEALES CAUSADAS POR CANDIDA GLABRATA.....	42
ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO.....	43
ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS.....	44
EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA RENAL.....	45
EVALUACION DEL USO DE TOXINA BOTULINICA TIPO A SIN PROTEINAS COMPLEJANTES...	46
FORMULACIÓN TÓPICA DE COLISTINA 2% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS POR BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES.....	47
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA A BEVACIZUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	48
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS SUBCUTANEOS EN PATOLOGÍAS AUTOINMUNES.....	49
ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.....	50
ANALISIS DE LA UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	51
ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES DARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES ANCIANOS.....	52
DESARROLLO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE PAROMOMICINA TOPICA 5% PARA TRICOMONIASIS VAGINAL.....	53
EFICIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DALE COLOR A TU DOSIS UNITARIA.....	54

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL GENERAL.....	55
EVALUACIÓN DEL METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES TRATADOS CON SOFOSBUVIR FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	56
GESTIÓN INFORMÁTICA DE LA ESTABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ANTE UNA ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO: ACTUALIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN PROPIA.....	57
IMPLANTACIÓN Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE POTASIO INTRAVENOSO.....	58
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL.....	59
INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.....	60
OMALIZUMAB COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LOS PACIENTES REFRACTARIOS A LA INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA.....	61
PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ELVITEGRAVIR Y DOLUTEGRAVIR.....	62

COMUNICACIONES ORALES

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE NATALIZUMAB Y PREVALENCIA DEL VIRUS JC EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECIDIVANTE.

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Gómez Lluch, T; Araque Arroyo, P; Zamora Ferrer, E; Conde García, MC; Millán Pascual, J.

Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

Objetivos: Natalizumab está indicado en monoterapia en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recidivante (EMRR) muy activa a pesar de haber recibido interferón beta o en pacientes con EMRR de evolución rápida. Su uso se ha asociado a incremento del riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), infección oportunista causada por el virus JC (VJC). Se considera que después de 2 años debe valorarse la continuación según beneficio- riesgo.

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad del tratamiento con natalizumab y la prevalencia del VJC en pacientes adultos con EMRR en nuestra práctica clínica diaria.

Material y métodos: Análisis retrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel, de los pacientes con EMRR tratados en 2014 con natalizumab. La pauta fue de 300mg cada 4 semanas.

Se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas basales: sexo, edad al diagnóstico, edad actual, líneas previas de tratamiento, número de administraciones, escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) basal, número de brotes (o recidivas) en el año previo al inicio con natalizumab y serología VJC.

La efectividad al tratamiento se monitorizó a través de: a) EDSS (6, 12, 18 y 24 meses), b) número de brotes (6, 12, 24, 48 meses), c) evaluación de resonancia magnética (RMN) (12 y 24 meses). Los anticuerpos anti-VJC se determinaron cada 6 meses desde el inicio del tratamiento.

Resultados: 22 pacientes recibieron natalizumab (72,7% mujeres); edad media actual: 34,3±7,6 años; edad media al diagnóstico: 25,5±6,9 años. Fue segunda línea de tratamiento en 16 pacientes (72,7%), siendo interferón beta la primera línea en 15 de ellos. En 2 pacientes fue primera línea (EMRR de curso agresivo). Número administraciones: 36,4± 21,26. EDSS basal medio: 2±1,35 ; el 54,5% presentan EDSS≥2. El 72,7% de las pacientes presentaron al menos un brote el año previo. 4 pacientes dieron positivo al análisis del VJC y un paciente presentaba LMP antes de iniciar el tratamiento.

Se obtuvieron reducciones del EDSS del 36,4, 16,7, 11,7 y 6,7% a los 6, 12, 18 y 24 meses de tratamiento respectivamente. La prevalencia de pacientes libres de recidiva fue del 77,2%, 83,3%, 87,5% y 77,7% a los 6, 12, 24 y 48 meses respectivamente. La RMN sólo mostró nuevas lesiones en un paciente. 16 pacientes han recibido tratamiento durante ≥2 años. Los 8 pacientes tratados con más de 48 administraciones permanecieron clínicamente estables desde los 2 años.

La prevalencia del VJC aumentó de un 18,2% al inicio del estudio a un 40,9% al final, pero ningún paciente desarrolló LMP durante el tratamiento. El 80% de las seroconversiones fue a partir de los 2 años de tratamiento. No se suspendió natalizumab en ninguno de estos pacientes.

Conclusiones: La efectividad obtenida en nuestra serie de pacientes sugieren que natalizumab constituye una buena opción terapéutica para los pacientes refractarios o con formas agresivas de EM. Se ha observado una mayor seroconversión para VJC en pacientes tratados durante más de dos años. Debido a la experiencia limitada en este subgrupo de pacientes es necesaria la realización de un plan de vigilancia exhaustiva para minimizar riesgos.

Conflicto de intereses: NO.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Martín Sigüero A, Franco Sereno MT, Alañón Pardo MM, Fernández Marchante AI, Rodríguez Martínez M, Encinas Barrios C.

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: Conocer y analizar las actividades de atención farmacéutica del FIR-IV durante la rotación en una Consulta de Oncología Ginecológica mediante detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) y registro de intervenciones farmacéuticas (IFs) llevadas a cabo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de un mes de duración (Octubre 2014) en el que se incluyeron todas las pacientes que acudían a la consulta, excepto aquellas que no tenían tratamiento farmacológico prescrito.

El farmacéutico revisaba la historia farmacoterapéutica electrónica (Primaria/Especializada) de cada paciente previamente y mediante una entrevista estructurada con las pacientes confirmaba todos los medicamentos prescritos (incluyendo terapia alternativa /complementaria) y su posología, comprobaba posibles interacciones farmacológicas a través de Lexi-Interact® y detectaba PRMs.

Las variables analizadas fueron: demográficas, diagnóstico, tratamiento farmacológico, comorbilidades, PRMs detectados e IFs realizadas y su grado de aceptación por el oncólogo médico.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, todas mujeres, con una media de edad de 58,9±11,25 años. Los diagnósticos fueron: cáncer de mama (87%), de ovario (8%) y de endometrio (5%). El número de medicamentos medio fue de 4,94±3. El 24% de las pacientes estaban en tratamiento con quimioterapia (QT) oral ó i.v., el 48% con hormonoterapia (HT) y el 28% restante no estaban ni con QT ni HT. El número de comorbilidades medio fue de 1,5±1.

Se detectaron 42 PRMs, correspondientes al 34% de las pacientes; los más frecuentes fueron: interacciones farmacológicas (57%), incumplimiento terapéutico (19%), probabilidad de efectos adversos (10%) y duplicidades (7%). Las interacciones se detectaron en el 24% de las pacientes, siendo mayoritariamente de grado C (monitorizar tratamiento) y de grado X (evitar combinación); la mayor parte se encontraron en el tratamiento habitual (62,5%) seguido del oncológico (20,8%) y de terapia alternativa/complementaria (16,7%).

Las IFs más realizadas fueron: dar información/educación al paciente (29%), recomendar vigilancia del paciente (24%), plantear alternativa más segura (17%), recomendar suspender medicamento (7%) y recomendar suspender tratamiento alternativo/ complementario (3%); el 93% de las IFs fueron aceptadas.

Conclusiones: La revisión de la historia farmacoterapéutica más la entrevista con las pacientes en la consulta ha permitido la búsqueda activa de PRMs, identificando oportunidades de mejora.

Las intervenciones realizadas incidieron sobre la efectividad y la seguridad de la farmacoterapia (detectar y prevenir interacciones, dar información a las pacientes para aumentar el cumplimiento terapéutico, mejorar la tolerancia a los efectos adversos o evitar duplicidades terapéuticas).

El alto grado de aceptación de las mismas pone de manifiesto la importancia de establecer una alianza estratégica entre profesionales sanitarios con el fin de optimizar la farmacoterapia en el paciente oncológico.

Conflicto de intereses: Ninguno.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA EL USO SEGURO DE METFORMINA EN EL PACIENTE DIABÉTICO CON INSUFICIENCIA RENAL: PREVENCIÓN DE ACIDOSIS LÁCTICA.

Alañón Pardo, MM; Moreno Perulero, ML; Martín Sigüero, A; Franco Sereno, MT; Vila Torres, E; Encinas Barrios, C. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos: Describir y cuantificar las intervenciones farmacéuticas (IF) para la prevención de acidosis láctica asociada a metformina (ALAM) en pacientes diabéticos ingresados con insuficiencia renal (IR), así como evaluar su grado de aceptación.

Analizar las principales características de los pacientes intervenidos.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel durante 6 meses (octubre 2013-marzo 2014). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en tratamiento con metformina. Se estimó su aclaramiento de creatinina (ClCr) mediante la ecuación de *Cockcroft-Gault*. En aquellos pacientes con ClCr<45 mL/min, se establecieron diferentes tipos de IF dirigidas al médico prescriptor, con estas recomendaciones: suspender tratamiento con metformina y controlar glucemia con insulinoterapia cuando ClCr<30 mL/min (IR grave) o ClCr=30-45 mL/min (IR moderada) asociado a otros factores de riesgo para desarrollar ALAM (FR-ALAM) (IF-1), reducir la dosis a la mitad cuando ClCr=30-45 mL/min, no existieran otros FR-ALAM y la dosis prescrita de metformina fuera máxima (2.550 mg/día) (IF-2), solicitar nueva analítica de función renal cuando ClCr desconocido o poco reciente (IF-3).

Los FR-ALAM considerados fueron: insuficiencia hepática, cardíaca y respiratoria severa, infección grave, alcoholismo, cirugía y contrastes yodados.

Variables registradas: sexo, edad, servicio clínico, dosis diaria, creatinina sérica, ClCr y, en los pacientes intervenidos, comorbilidades, equilibrio ácido-base [pH, pO₂, anión *gap* (estimado según fórmula: [Na⁺] - ([Cl⁻] + [HCO₃⁻]))], ácido láctico], fármacos concomitantes que pudieran deteriorar función renal y tipo de IF realizada.

Resultados: Ingresaron 234 pacientes (61,5% hombres) tratados con metformina, mayoritariamente a cargo de cardiología (33,3%) y geriatría (15,8%). Su media de edad fue de 71,3 (DE:12,4) años y la dosis media de metformina, de 1.552,8 (DE:560,7)mg/día. El 5,6% presentó IR grave, el 14,1% IR moderada y el 1,7% ClCr desconocido/poco reciente.

44 pacientes (52,3% mujeres y 61,4% con edad avanzada, ≥80 años) fueron objeto de IF, identificándose estos FR-ALAM: insuficiencia cardíaca (34,1%), infección (34,1%), insuficiencia hepática (22,7%) y respiratoria (18,2%) y cirugía (4,5%). El 68,2% de estos pacientes disponía de analítica de equilibrio ácido-base objetivándose pH<7,35 (20,0%), pO₂<90 mmHg (90,0%), anión *gap*>12 mEq/L (36,6%) y láctico>20 mg/dL (33,3%), siendo 36 mEq/dL el valor máximo detectado. El 59,1% de los pacientes intervenidos tomaba diuréticos (88,5% diuréticos del asa); el 43,2%, IECAs; el 31,8%, AINEs y el 18,2%, ARA-II.

Tipos de IF realizadas: 38 IF-1 (34,2% de las cuales, en IR grave), 2 IF-2 y 4 IF-3.

7 IF no fueron valoradas por el médico por ser altas hospitalarias. El grado de aceptación global fue del 64,8%, siendo 66,7% para IF-1 (91,7% en IR grave) y 66,7% para IF-3. No se aceptó ninguna IF-2.

Conclusiones: La proporción de la población de estudio con IR es reducida, pero presenta mayor riesgo de ALAM. Por tanto, en ella las IF son necesarias, siendo la IF-1 la más frecuente. El grado de aceptación es considerable, siendo muy elevado para la IF-1 en IR grave.

Las características más comunes de los pacientes intervenidos son: sexo femenino, edad avanzada, insuficiencia cardíaca, infección, hipoxemia y tratamiento con diuréticos del asa. El pH disminuido, anión *gap* y láctico elevados no son frecuentes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS.

Áreas del Águila VL, Franco Sereno MT, Martín Sigüero A, Fernández Marchante AI, Encinas Barrios C. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivo: Analizar la efectividad y adherencia a la hormona de crecimiento (HC) en niños, y las intervenciones farmacéuticas realizadas para mejorar el cumplimiento terapéutico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes pediátricos tratados con HC, al menos doce meses, durante 2014, en el Área de Pacientes Externos.

La efectividad del tratamiento se definió como tasa de crecimiento anual (TCA) mínima de 3 y 6 cm/año para primer y segundo año respectivamente, y a partir del tercero, como crecimiento superior al percentil 3 (P3) según edad, sexo (tablas de crecimiento Fundación Faustino Orbegozo 2004) y desarrollo puberal (Tanner, para sexo y edad).

Se determinó la persistencia al tratamiento mediante el registro de dispensaciones (programa APD PRISMA®), considerándose no persistente al paciente que recogió HC después de siete días desde la fecha fin de la medicación en la última dispensación. Se midió la adherencia con el dispositivo electrónico Easypod® (porcentaje de dosis administradas en el momento adecuado, respecto a las pautadas). Se consideró umbral de adherencia el 75%.

La atención farmacéutica para mejorar la falta de adherencia consistió en: analizar los factores de adherencia (FADH) de OMS (dependientes del paciente, enfermedad, tratamiento, entorno familiar-social, estructura sanitaria y profesional sanitario), comunicación al prescriptor y realización de intervenciones de carácter informativo, educacional-motivacional y comportamental.

Las variables recogidas fueron: diagnóstico, edad de inicio y duración del tratamiento, efectividad, persistencia (SI/NO), adherencia, factores y tipo de intervención.

Resultados: Treinta pacientes recibieron HC durante 2014, para los diagnósticos: crecimiento intrauterino retardado (16), déficit de HC (10) y síndrome de Turner (4).

La edad media de inicio del tratamiento fue 6,8 años (3-11,5). En el momento del estudio, llevaban con HC 2 años 12 pacientes, 3-5 años 16 y 6-8 años 2 pacientes.

La TCA media fue 8,4 cm en el primer año y 7,6 en el segundo. El P3 no fue alcanzado por 4 pacientes con 3-5 años de tratamiento y uno con 6-8 años.

Seis pacientes no fueron persistentes, todos con HC más de 2 años.

La adherencia media fue 87%. Todos los pacientes con 2 años de tratamiento fueron adherentes, el 75% con 3-5 años y el 50% con 6-8 años.

El farmacéutico intervino en 8 pacientes (6 no persistentes y 2 con adherencia 75-85%). Tras la comunicación con el pediatra, éste suspendió la HC en dos pacientes y en otros dos reflejó su falta de adherencia en la historia clínica.

Los FADH estuvieron relacionados con: paciente (despreocupación, falta motivación y de conocimiento) (3), tratamiento (dolor) (2), y entorno familiar-social (escasa supervisión de la administración) (1).

Se realizaron 5 intervenciones: informativas (1), (manejo del dolor en lugar de administración), educacionales-motivacionales (3) (visita de la enfermera) y comportamentales (2) (basadas en buscar apoyo familiar).

Conclusiones: La HC fue efectiva en los dos primeros años coincidiendo con la buena adherencia al tratamiento que puede ser mejorada por el farmacéutico, a partir del tercer año.

Conflicto de intereses: Ninguno.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB TRAS PROGRESIÓN A UNA PRIMERA LÍNEA CON EL MISMO ANTIANGIOGÉNICO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.

Alañón Pardo MM, Rodríguez Martínez M, Martín Sigüero A, Fernández Marchante AI, Franco Sereno MT, Encinas Barrios C. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos:

- Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento en segunda línea con bevacizumab asociado a quimioterapia en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) que hayan progresado a una primera línea con el mismo antiangiogénico unido a una quimioterapia diferente.
- Comparar los resultados obtenidos con los del estudio TML. (ML 18147)

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (1 enero 2012-31 enero 2015) de todos los pacientes diagnosticados de CCRM que recibieron bevacizumab más quimioterapia en segunda línea tras progresión a una primera línea con bevacizumab más una quimioterapia diferente.

Fuentes de información consultadas: historias clínicas, programas de prescripción de quimioterapia y de dispensación a pacientes externos, informes radiológicos y de Medicina Nuclear. Variables registradas: sexo, edad, diagnóstico, estado mutacional de KRAS, línea de tratamiento, número de ciclos administrados, esquema quimioterápico y motivos de suspensión.

La efectividad fue evaluada mediante la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). La seguridad se analizó mediante el tipo de reacciones adversas (RA) según los Criterios de Toxicidad Común NCI-CTCAEv.4.0.

En el estudio TML, la mediana de SG desde el inicio de la segunda línea fue de 11,2 meses y la mediana de SLP, 5,7 meses. Desde el inicio de la primera línea, la mediana de SG fue 23,9 meses.

Resultados: 17 pacientes con CCRM (88,2% KRAS mutado, 11,2% nativo) recibieron bevacizumab más quimioterapia tras un tratamiento previo con bevacizumab más una quimioterapia diferente. Motivos de cambio de quimioterapia: progresión (76,5%), toxicidad a la quimioterapia concomitante (17,6%) y no identificable (5,9%).

De los 11 pacientes (63,6% hombres, 60,7±10,1años) tratados en segunda línea con bevacizumab más quimioterapia tras progresión a una primera línea con bevacizumab más una quimioterapia diferente, 4 recibieron además otra quimioterapia asociada a bevacizumab en tercera línea. Tipos de CCRM diagnosticados: colon (72,7%) y recto (27,3%), todos con KRAS mutado. Bevacizumab se administró una mediana de 8 ciclos en segunda línea, asociándose mayoritariamente a estos esquemas quimioterápicos: XELIRI (36,4%) y FOLFIRI (36,4%). El esquema más utilizado en primera línea fue XELOX-bevacizumab (54,5%). Motivos de suspensión de segunda línea: progresión (72,7%), toxicidad (18,2%) y enfermedad estable (9,1%). La mediana de SG desde el inicio de la segunda línea fue de 10,0 meses y la mediana de SLP, 4,2 meses. La mediana de SG desde el inicio de la primera línea fue de 18,0 meses.

Principales RA de bevacizumab tras progresión: hematológicas (54,4% trombocitopenia, 45,4% anemia, 38,5% neutropenia), gastrointestinales (54,5% diarrea, 18,2% obstrucción intestinal), vasculares (27,3% hipertensión, 9,1% sangrado), 36,4% infecciones. RA grado 3 más frecuente: astenia (45,4%).

Conclusiones:

En nuestro centro, el uso de bevacizumab tras progresión a una primera línea con el mismo antiangiogénico en CCRM proporciona una mediana de SG y SLP inferiores a las del estudio TML.

El perfil de seguridad es similar, siendo las RA hematológicas las mayoritarias.

Conflicto de intereses: Ninguno.

COMUNICACIONES POSTER

¿PRESENTA DELIRIUM MI PACIENTE? HERRAMIENTAS FORMATIVAS EN LA APLICACIÓN DE LA CAM-ICU.

Bonaga Serrano B¹, Aldaz Francés R¹, Garrigues Sebastiá MR¹, Ruiz-Escribano Taravilla E², Carrilero López C², Tornero Sánchez L².

¹ Servicio de Farmacia ² Unidad de Medicina Intensiva. Albacete.

Objetivo: el delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una forma aguda de disfunción orgánica con alteración en la cognición y nivel de conciencia y tiende a fluctuar a lo largo del día. Si éste no se diagnostica a tiempo, puede acarrear consecuencias nefastas en el paciente crítico. Actualmente, su monitorización queda relegada a un segundo plano, en muchas ocasiones, por la falta de formación del personal sanitario. El objetivo de este trabajo es describir la elaboración de herramientas formativas para monitorizar la presencia de delirium en una UCI.

Material y método: con el objetivo de monitorizar la presencia de delirium en el paciente crítico, se seleccionó como escala validada la “*Confusion Assessment Method for the ICU*” (CAM-ICU). Como herramientas formativas de la CAM-ICU, se elaboraron folletos y vídeos, por ser materiales de fácil accesibilidad y difusión entre los profesionales. Para su elaboración, se empleó un lenguaje sencillo y términos claros de manera que la información incluida fuera concisa y de utilidad en la práctica clínica diaria. La formación presencial a través de los folletos formativos comprendió un período de dos meses (abril - mayo 2014) y se llevó a cabo por un farmacéutico y un intensivista. Para la elaboración de los vídeos, se contó con la participación del grupo de trabajo multidisciplinar de analgesia, sedación y delirium del centro.

Resultados: los folletos elaborados incluyeron los siguientes puntos: introducción, apartados de la escala CAM-ICU y pasos a seguir para diagnosticar la presencia de delirium en el paciente crítico. Durante dos meses en el turno de mañana, un farmacéutico y un intensivista formaron al personal sanitario en la aplicación de la herramienta. Se realizó una breve explicación a través del folleto, que se entregaba en mano, seguido de la ejecución in situ de la escala, en presencia del equipo responsable del paciente. Por otra parte, los vídeos elaborados tenían una duración de diez minutos en los que se combinó una breve exposición teórica, a través de una presentación de diapositivas, con la parte práctica. Una enfermera de la unidad simuló ser la paciente, de tal manera que se aplicaron las diferentes escalas de analgesia, sedación y delirium en cada una de las situaciones posibles. Los vídeos se incluyeron en la página web del hospital. Desde su publicación (Enero 2015), el número de visualizaciones totales ha ascendido a 639.

Conclusión: para promover el diagnóstico de delirium en el paciente crítico son necesarias intervenciones educativas, como la elaboración de folletos y vídeos formativos. En este sentido, el farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar es clave para educar a los profesionales de la UCI en el diagnóstico del delirium. La estrategia educativa seleccionada ha sido aceptada favorablemente por el personal de la unidad. Tras nuestra experiencia, una formación adecuada en la aplicación de la CAM-ICU, fomenta la prevención de la aparición, detección y manejo del delirium, logrando así una mejora en la calidad de los cuidados de nuestros pacientes.

Conflicto de intereses: No

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LOS NUEVOS PRINCIPIOS ACTIVOS AUTORIZADOS EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS.

Monteagudo Martínez, N. Aldaz Francés, R. Garrigues Sebastián, MR. Romero Candel, G. Plata Paniagua, S. Marco del Río, J.

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Objetivo: el objetivo del estudio es analizar los nuevos principios activos autorizados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) desde el año 2009 hasta 2014 ambos inclusive.

Métodos: los nuevos principios activos autorizados se obtuvieron de los boletines de información mensual disponibles en www.agemed.es 2009-2014. Se consultó la base de datos CIMA para conocer el estado del medicamento. Los medicamentos autorizados que figuraban como “no disponibles” se buscaron en la aplicación “Gestión de medicamentos en situaciones especiales” (GMSE) para averiguar la forma de adquisición. Se consultó en www.sefh.es la disponibilidad de un informe de evaluación por el grupo de trabajo GÉNESIS de cada uno de ellos.

Las variables recogidas fueron: principio activo, grupo terapéutico (clasificación ATC), comercialización, inclusión en la GFT del hospital, posible adquisición a través de GMSE y disponibilidad de informe de evaluación elaborado por el grupo GÉNESIS.

Resultados: los nuevos principios activos autorizados fueron un total de 249, (número-año): 34-2009, 19-2010, 40-2011, 35-2012, 60-2013 y 61-2014.

Los grupos terapéuticos mayoritarios correspondían: 21,3% grupo L, 10% grupo A y el 10% al grupo J. Dentro de cada uno de ellos distinguimos:

Grupo L: anticuerpos monoclonales (13,2%), inhibidores de proteín-quinasa (28,3%) e inmunosupresores selectivos (13,2%), y otros (45,3%). Grupo A: fármacos hipoglucemiantes, combinaciones o inhibidores de la 4-peptidasa, excluyendo insulinas (52%). Grupo J: antivirales (24%), inhibidores de la proteasa (16%), fármacos antirretrovirales o combinaciones (20%), otros (40%).

Del total de fármacos autorizados, en febrero 2015 estaban comercializados el 100% de fármacos de los años 2009/2010; el 85% en 2011; el 88,6% en 2012; el 80% en 2013 y el 75,4% en 2014.

Un total de 30 (12%) están incluidos en la GFT del hospital; de los no incluidos, un 15,6% se han adquirido alguna vez previa autorización de la Dirección.

El 38,1% de los fármacos no comercializados en España se pueden adquirir a través de la aplicación de GMSE. De los fármacos autorizados, el 24,5% disponía de informe en GÉNESIS.

Conclusiones: es destacable que durante los dos últimos años se ha incrementado considerablemente el número de medicamentos autorizados por la AEMPS, correspondiendo el mayor porcentaje de ellos a la terapia antineoplásica (21,3%). De todos ellos, un escaso número se ha incluido en GFT del hospital (12%), pero en determinadas situaciones se ha recurrido a su adquisición a través de GMSE en pacientes seleccionados (15,6%). Ello hace pensar que la gran mayoría de los medicamentos comercializados en los últimos 6 años no han supuesto a nivel hospitalario una innovación terapéutica relevante que obligue a su inclusión en la GFT del centro.

Algunos de los nuevos principios activos autorizados por las agencias reguladoras del medicamento no siempre pueden considerarse innovaciones terapéuticas, pues tienden a aumentar el gran arsenal terapéutico disponible sin aportar grandes diferencias o beneficios reales a lo existente, generando medicamentos “me too” e incrementando en ocasiones el coste. Todo esto debe ser valorado en el procedimiento de selección y evaluación de un nuevo fármaco en el ámbito hospitalario para incluirse en la Guía Farmacoterapéutica (GFT).

No existe **conflicto de intereses**.

[\(Enlace al póster\)](#)

CEFEPIME ASOCIADO A FENITOÍNA INDUCE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marco-del Río J, Domingo-Chiva E, Cuesta Montero P, Romero-Candel G, Plata-Paniagua S, Monteagudo-Martínez N. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivo: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una forma limitada de necrólisis epidérmica tóxica caracterizada por la destrucción y el desprendimiento del epitelio de la piel y mucosas. Se trata de una enfermedad inflamatoria aguda originada por una reacción de hipersensibilidad inmunológica, y entre los factores precipitantes destaca la toxicidad por fármacos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de SSJ inducido por la interacción entre fenitoína y cefepime.

Material y método: La información se recopiló de la historia clínica electrónica (Mambrino®) y la aplicación electrónica de laboratorio. Los datos recogidos fueron: niveles plasmáticos de fenitoína total y libre, albúmina y proteínas totales. Para evaluar la interacción entre los fármacos se utilizó la escala DIPS (Drug Interaction Probability Scale).

Resultados: Varón de 49 años ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Anestesiología y Reanimación por gangrena de Fournier que derivó en sepsis e insuficiencia renal. Tras aislarse *Pseudomonas aeruginosa* en dos cultivos consecutivos de lavado broncoalveolar comenzó tratamiento con cefepime. Al sexto día el paciente presentó un estatus epiléptico generalizado, añadiéndose fenitoína al tratamiento y cambiando de antibiótico por el potencial epileptógeno del cefepime. Tras 24-36 horas de tratamiento con fenitoína manifestó erupción cutánea en tronco y miembros inferiores realizándose interconsulta al servicio de dermatología, que valoró el caso como toxicodermia por fenitoína, recomendando suspender el fármaco. Los niveles de fenitoína total (rango terapéutico: 10-20 mcg/mL) fueron: 9,8 mcg/mL el día de la suspensión del fármaco y 9,6 y 8,8 mcg/mL en los dos días posteriores; y los de fenitoína libre (rango terapéutico: 1-2,5 mcg/mL): 3,4 mcg/mL el día de la suspensión del fármaco y 2,88 y 1,98 mcg/mL en los dos días posteriores. Los niveles de albúmina (rango normal: 3,5-5,2 g/dL) y de proteínas totales (rango normal 6,6-8,7 g/dL) oscilaron entre 2-2,9 g/dL y 4,7-5,4 g/dL respectivamente los días en los que el paciente manifestó la reacción adversa descrita. Debido a la elevada unión de fenitoína a proteínas plasmáticas y los bajos niveles de albúmina y proteínas totales del paciente, es razonable que pese a que los niveles de fenitoína total estuviesen bajos, la fenitoína libre estuviese aumentada, con el consiguiente riesgo de toxicidad. La evolución de la clínica dermatológica del paciente fue favorable tras la retirada de fenitoína. Se aplicó la escala DIPS obteniéndose un marcador de 7. Según este sistema, el paciente experimentó una interacción medicamentosa probable entre cefepime y fenitoína, pudiendo conjeturar que debido a la función renal del paciente, éste no hubiese eliminado totalmente el antibiótico cuando se inició el tratamiento antiepiléptico.

Conclusión: El SSJ es una enfermedad multiorgánica potencialmente fatal, con una fuerte etiología ligada a fármacos. Existen en la bibliografía casos descritos de SSJ producido por fenitoína y cefepime por separado, y algún caso aislado de exacerbación del cuadro producido por la combinación de ambos fármacos, como es el caso del paciente descrito, por lo que creemos conveniente recomendar tener en cuenta esta reacción adversa tan rara pero grave cuando se asocien ambos fármacos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN FARMACEUTICO CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS.

Domingo Chiva E1, Cuesta Montero P2, Plata Paniagua S1, Monsalve Naharro JA2, García Martínez EM1, Valladolid Walsh A1.

1Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

2Servicio de Anestesia y Reanimación. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Objetivo: Describir, analizar y evaluar la actividad clínica, asistencial y logística realizada por el farmacéutico clínico integrado en una unidad de críticos.

Material y método: El farmacéutico se integró en la actividad diaria del equipo multidisciplinar de una Unidad de Cuidados Intensivos del servicio de Anestesia y Reanimación con un total de 12 camas. Se registraron todas las intervenciones farmacoterapéuticas realizadas durante la visita multidisciplinar al paciente, la validación de las órdenes médicas y sobre el registro de administración de enfermería. Las intervenciones se clasificaron teniendo en cuenta la clasificación de problemas relacionados con la medicación de Hepler y Strand, modificada en base a criterios descritos en la bibliografía y de acuerdo a la propia experiencia del centro. Además, se registraron las resoluciones de consultas sobre medicamentos y las aclaraciones de órdenes médicas ilegibles y/o incompletas. Se cuantificó, también, el grado de aceptación de las intervenciones, el método de comunicación y destinatario de la intervención, así como la evaluación clínica de las intervenciones aceptadas. El análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) corresponde al periodo comprendido entre septiembre 2014 y febrero 2015.

Resultados: Durante 6 meses se realizaron 584 IF que se clasificaron en: 35,3% relacionadas con la posología; 8,2% relacionadas con la indicación; 0,7% fueron IF motivadas por la selección inadecuada del fármaco; 3,1% omisiones de tratamiento; 6,0% recomendación de modificación de la vía de administración o forma farmacéutica; 2,6% interacciones/incompatibilidades; 1,4% sustituciones farmacoterapéuticas; 5,7% errores de prescripción; 7,5% prescripciones incompletas; 0,7% errores de administración; 3,3% errores de transcripción, y 25,5% consultas al farmacéutico. El 98,5% de las IF se realizaron contactando personalmente con el personal implicado; 1,4% de forma escrita y 0,2% por teléfono. Los destinatarios de las IF fueron: 90,1% médicos y 9,9% enfermería. Estas intervenciones tuvieron un grado de aceptación del 95,2% por parte del equipo de Anestesia y Reanimación. De las IF aceptadas, el 49,8% influyeron sobre la eficacia del tratamiento farmacológico, el 42,4% sobre la tolerancia al tratamiento, el 5,6% únicamente sobre el coste, y un 2,2% se clasificaron como no valorables, ya que, si bien no se descartó una mejora de la calidad asistencial, no se consideró que hubiera ocurrido toxicidad o disminución de la eficacia. Además, se realizaron otras actividades asistenciales como: elaboración de guías de administración de medicación y protocolos farmacoterapéuticos propios de la unidad, sesiones formativas a personal facultativo y de enfermería e implantación de un sistema de notificación de errores de medicación y creación de un grupo gestor multidisciplinar para analizar los EM notificados, entre otras medidas.

Conclusiones: La incorporación de un farmacéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos facilita la detección de problemas relacionados con los medicamentos y permite optimizar la farmacoterapia de los pacientes críticos. Además, la estrecha relación con el personal de enfermería permite la adquisición de información adicional acerca de los problemas relacionados con la medicación a los que se enfrentan cada día, y por tanto, facilita la resolución de los mismos y la posibilidad de identificar áreas de mejora.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

KETAMINA EN EL MANEJO DE ESTADO EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Díaz Rangel M, Domingo Chiva E, Cuesta Montero P, Monteagudo Martínez N, Romero Candel G, Plata Paniagua S. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: El estado epiléptico superrefractario (EESR) es el estado epiléptico (EE) que continúa tras 24 horas de haber iniciado terapia anestésica o que recurre cuando se retiran los fármacos anestésicos. Se trata de un problema clínico importante asociado a una elevada mortalidad y morbilidad. Su tratamiento requiere la combinación de múltiples fármacos antiepilépticos y anestésicos, pero en ocasiones no es suficiente, y se recurren a diversas alternativas descritas en los últimos trabajos publicados, como es la ketamina en infusión continua a dosis de 0,5-4,5mg/kg/h. Éste, por ser antagonista NMDA, se considera un fármaco neuroprotector.

El objetivo de este trabajo es presentar 3 casos en los que se ha utilizado ketamina en el manejo del EESR en la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Anestesiología y Reanimación de nuestro centro.

Métodos: La información se recopiló a través de la historia clínica electrónica (Mambrino®). Los datos recogidos fueron: sexo, edad, diagnóstico y tratamiento para el manejo de EESR.

Resultados:

Caso 1: Varón de 71 años con diagnóstico de EESR tras crisis convulsivas en hemicuerpo derecho. El tratamiento utilizado para manejar el EESR fue: clonazepam, fenitoína, ácido valproico (VPA), lacosamida, levetiracetam y propofol. Al no controlar el EE, el 7º día de ingreso, se suspendió clonazepam y se inició tratamiento con ketamina a dosis de 1mg/kg/h, que posteriormente se aumentó a 2mg/kg/h durante 15 días. Tras su estabilización fueron retirándose fármacos progresivamente. En la actualidad, tras 38 días de ingreso, el paciente se encuentra sin sedación y en tratamiento con fenitoína, lacosamida y levetiracetam.

Caso 2: Varón de 70 años diagnosticado de EESR focal derecho en el contexto de traumatismo craneoencefálico. El manejo de este EESR consistió en la asociación simultánea de múltiples fármacos: clonazepam, fenitoína, VPA, levetiracetam, lacosamida, topiramato y fenobarbital. El día 15 se adicionó ketamina 1mg/kg/h que después se aumentó a 2mg/kg/h y se mantuvo durante 17 días. Una vez estabilizado se procedió a la retirada progresiva de fármacos. Actualmente el paciente está estable, sin sedación y consciente; en tratamiento con fenitoína, lacosamida y levetiracetam.

Caso 3: Mujer de 39 años con diagnóstico de EESR focal hemisférico derecho tras hemorragia subaracnoidea e intraparenquimatoso. El EESR fue manejado asociando fenitoína, levetiracetam, lacosamida, VPA, topiramato y fenobarbital junto con propofol y remifentanilo. El día 21 de ingreso se añadió ketamina a 1mg/kg/h, manteniéndose durante 6 días hasta estabilización y retirándose progresivamente los fármacos. Tras su estabilización, la paciente fue trasladada a su hospital de referencia, consciente, sin sedación y en tratamiento con levetiracetam, lacosamida, VPA, topiramato y fenobarbital.

Conclusiones: El manejo del EESR con ketamina está cada vez más extendido en las unidades de cuidados críticos. Los farmacéuticos hospitalarios debemos conocer el uso de este fármaco para esta indicación, por la necesidad de rapidez de actuación, las dosis tan altas que se requieren, y el desabastecimiento nacional del fármaco que pueden producir roturas de stocks en nuestros servicios de farmacia.

En estos casos, las dosis utilizadas de ketamina se han ajustado a las recomendaciones publicadas.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

MANEJO DE UNA INTOXICACION GRAVE POR ISONIAZIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Plata Paniagua S, Marco del Río J, Díaz Rangel M, Domingo Chiva E, Monteagudo Martínez N, Garrigues Sebastián MR

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Albacete (Albacete)

Objetivos: Las intoxicaciones son una de las patologías que se atienden en los servicios de urgencias y cuyo manejo es menos conocido, debido a que muchas de ellas son poco habituales y los equipos no están familiarizados con el manejo de las mismas. El objetivo es, describir el manejo de un caso de intoxicación grave por isoniazida en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Para describir el caso se realizó una revisión de la historia clínica digital en Mambrino XXI, así como de los informes de la unidad de intensivos en la historia clínica en papel.

Resultados: Mujer de 18 años que acude a urgencias con disminución del nivel de conciencia tras ingerir 30 comprimidos de isoniazida 300 mg, 6 horas previas al ingreso (9 g totales) por un intento autolítico.

A su llegada a urgencias la paciente se encontraba estuporosa, desconectada del medio, afebril y taquipneica, presentando dos crisis comiciales tónico clónicas generalizadas que cedieron con 10mg de diazepam. Tras comprobar que la paciente presentaba un cuadro de intoxicación, se contactó con el Servicio Nacional de Toxicología y se consultó la Guía de Antídotos elaborada por el Servicio de Farmacia determinándose que la dosis tóxica de isoniazida es de 2-3 g y mortal de 10 g para un paciente de 70 kg. La toxicidad de isoniazida se manifiesta con acidosis metabólica, hepatotoxicidad y crisis comiciales. El tratamiento específico se realiza con piridoxina y medidas de soporte.

En este caso, debido al tiempo post-ingesta (superior a 6 horas) se descartó utilizar medidas depurativas para eliminar el fármaco y se optó por tratamiento de soporte. En la analítica de ingreso destacaba una marcada acidosis metabólica (pH 7,1, pCO₂ 26,9, HCO₃⁻ 8,6) además de una hipokalemia severa (2,4 mmol/L), que precisaron ser corregidas con suplementación de bicarbonato de sodio y cloruro potásico.

Se administró en urgencias una dosis de 5 g de piridoxina como antídoto (Debe administrarse una dosis equivalente a la dosis ingerida de isoniazida con una dosis máxima de 5g, pudiendo repetirse la dosis cada 5-10 min hasta que cedan las convulsiones y la toxicidad neurologica). Debido a la gravedad de la intoxicación, la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. A su llegada a UCI presentó status epilepticus generalizado según EEG, precisando sedoanalgesia con midazolam y fentanilo y dosis adicional de 5 g de piridoxina mejorando el trazado de EEG. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable y no precisó aminas. La sedoanalgesia se le retiró al segundo día de ingreso en críticos y la acidosis fue corregida (pH=7,36). En la analítica del segundo día de ingreso destacaba un aumento en los valores en las enzimas hepáticas: CK 38100 U/L (26-140), GOT 487 U/L (5-32), LDH 835 U/L (135-225) que volvieron a valores en rango al 5º día de ingreso. La paciente fue dada de alta sin más complicaciones.

Conclusiones: El conocimiento del manejo de las intoxicaciones es de gran importancia permitiendo una actuación rápida en la reversión del agente tóxico y evitando complicaciones al paciente.

Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

SINDROME DE DRESS INDUCIDO POR SULFASALAZINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ramírez Córcoles, A.; Pagán Núñez, F.T
Gerencia Atención Integrada de Almansa

Objetivo: El síndrome de DRESS es una toxicodermia grave de origen desconocido caracterizada por erupción cutánea, fiebre, alteraciones hematológicas (eosinofilia y presencia de linfocitos atípicos), adenopatías y afectación visceral, principalmente hepática. Las manifestaciones clínicas aparecen entre 2-6 semanas después de la exposición al fármaco responsable. Los fármacos que con mayor frecuencia producen este síndrome son carbamazepina, alopurinol o sulfasalazina. El objetivo de este estudio es describir el diagnóstico y la evolución de un caso de síndrome de DRESS inducido por el tratamiento con sulfasalazina.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica y búsqueda bibliográfica en PubMed y en la ficha técnica del fármaco implicado. Se recogieron los siguientes datos analíticos: hemograma (eosinófilos), transaminasas (GOT, GPT), resultado de serologías.

Resultados: Mujer de 32 años diagnosticada de colitis ulcerosa por lo que inició tratamiento con sulfasalazina. Un mes después del diagnóstico acude 3 veces al Servicio de Urgencias durante 2 días consecutivos por un cuadro de dolor abdominal de carácter intermitente, sin vómitos, acompañado de diarrea, fiebre, lesiones eritematosas y pruriginosas en miembros inferiores (MMII) el primer día que progresan al día siguiente a cara y miembros superiores (MMSS). Recibe tratamiento con antihistamínicos, corticoides y antiinflamatorios no esteroideos sin clara mejoría por lo que ingresa a cargo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas por sospecha de mononucleosis infecciosa.

En la exploración física de la paciente al ingreso además de las lesiones eritematosas se apreciaban adenopatías cervicales e inguinales y hepatomegalia.

La analítica de ingreso mostraba eosinofilia (22.300 leucocitos/ml con un 8,5% de eosinófilos ($1,89 \times 10^3/\text{mm}^3$)) y elevación de las transaminasas (GOT 344 U/L y GPT 540 U/L).

Tras serologías negativas de citomegalovirus, Epstein-barr, toxoplasma, leishmania, lúes y Hepatitis B y C se descarta causa infecciosa.

Finalmente se diagnostica Síndrome de Dress según un sistema de clasificación RegiSCAR (Severe Cutaneous Adverse Reaction) que permite descartar o confirmar el diagnóstico de Síndrome de Dress mediante la puntuación de los signos y síntomas que padece la paciente. En este caso se cumplían los siguientes criterios diagnósticos: fiebre, erupción cutánea, alteraciones hematológicas: eosinofilia ($>1,5 \times 10^3/\text{mm}^3$), alteraciones sistémicas: adenopatías (>2 cm de diámetro), hepatomegalia y elevación de transaminasas.

Tras el abandono del tratamiento con sulfasalazina y la administración de corticoides se observó una mejoría progresiva de las lesiones cutáneas y del dolor abdominal. A los 7 días de ingreso la paciente fue dada de alta con seguimiento ambulatorio hasta la normalización de las enzimas hepáticas y desescalado de dosis del tratamiento esteroideo.

El caso se notificó al Sistema de farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano.

Conclusiones: El Síndrome de Dress, aunque es poco frecuente, no se debe descartar y se debe sospechar siempre que se obtengan serologías negativas, una recuperación clínica tras la retirada del fármaco sospechoso, una relación temporal entre la aparición de los síntomas y la administración del fármaco y la ausencia de otras causas. En el caso descrito se cumplen todas estas condiciones, por lo que se pudo diagnosticar a esta paciente de Síndrome de Dress, siendo en este caso la sulfasalazina el agente causal.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

UTILIZACIÓN DE PACLITAXEL-ALBÚMINA TRAS TOXICIDAD A TAXANOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Díaz Rangel M, Clemente Andújar M, Domingo Chiva E, Plata Paniagua S, Marco Del Río J, Adrover Cebrián E. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: Analizar la utilización de paclitaxel-albúmina en pacientes con cáncer de mama que han presentado previamente toxicidad por taxanos en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye a todas las mujeres con cáncer de mama tratadas con paclitaxel-albúmina en nuestro centro por toxicidad a taxanos, desde agosto 2011 hasta febrero 2015. Para la inclusión de las pacientes se utilizó el programa informático Farmatools® y los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento previo con taxanos (paclitaxel o docetaxel), motivo por el que se decidió cambiar a paclitaxel-albúmina (presencia de toxicidad y/o hipersensibilidad u otra causa), cambio previo a otro taxano en caso de reacción de hipersensibilidad y/o toxicidad, modalidad de tratamiento (curativo/paliativo) y ciclos con paclitaxel-albúmina completados a dosis plenas previstas.

Resultados: Se revisaron 27 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tratadas con albúmina-paclitaxel, incluyéndose en el estudio 15 (55,56%) por presentar reacciones adversas a taxanos, con una mediana de edad de 58 años (35-80). De los 382 pacientes tratados con taxanos, un 3,93% presentó reacciones adversas de hipersensibilidad (8) y toxicidad cutánea (8) (una de las mujeres presentó ambas reacciones adversas). De las 15 pacientes, 40% fueron tratadas con paclitaxel y el 60% con docetaxel. En todas las pacientes, excepto en una, se cambió a paclitaxel-albúmina directamente al presentar reacción adversa, en lugar de pasar previamente a otro taxano. En esta paciente, tras la utilización de otro taxano, se prescribió paclitaxel-albúmina por reacción cruzada. La utilización de paclitaxel-albúmina se realizó fundamentalmente para tratamiento curativo (93,3%) tanto para neoadyuvancia (7) como para adyuvancia (7). En todas las pacientes se pudo completar el tratamiento completo a las dosis previstas.

Conclusiones: Paclitaxel-albúmina está únicamente aprobado en ficha técnica para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama metastásico. No estando indicado ni en neoadyuvancia/adyuvancia ni cuando hay presencia de toxicidad a taxanos. En nuestro estudio la utilización de paclitaxel-albúmina fue del 93,3% como neoadyuvancia/adyuvancia y más de la mitad de los tratamientos (55,56%) fueron prescritos por toxicidad a taxanos (previa autorización por dirección médica).

Se ha comprobado que las reacciones de hipersensibilidad de los taxanos en nuestro hospital son sustancialmente superiores a lo descrito en las fichas técnicas (para paclitaxel <1% y poco frecuentes para docetaxel).

Todas las pacientes a las que se decidió pasar a paclitaxel-albúmina, pudieron completar el tratamiento a dosis plenas previstas sin presentar hipersensibilidad ni toxicidad cutánea.

Con la importancia que supone para los tratamientos utilizados tanto en neoadyuvancia como en adyuvancia, podría considerarse como una opción terapéutica a tener en cuenta en estos pacientes.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DEL GRADO DE OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA INTRAVENOSA EN REUMATOLOGÍA.

Araque Arroyo, P; Carrasco Fernández, JA; Sánchez Fernández, SA; Rojas Vargas, LM; Canales Ugarte, S; Valenzuela Gámez, JC

Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Objetivo: Analizar el grado de optimización y de respuesta a la terapia biológica intravenosa en enfermedad reumática en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Estudio observacional transversal (Enero 2015) de pacientes con artropatías inflamatorias crónicas en tratamiento con agentes biológicos intravenosos. Diagnósticos considerados: Artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), espondilitis anquilosante (EA) e indicaciones fuera de ficha técnica (I-FFT). Fármacos estudiados: infliximab, tocilizumab y rituximab.

Se consideró optimización de la terapia aquella pauta de tratamiento inferior a la recomendada en ficha técnica para cada producto (dosis menor y/o espaciamiento entre dosis).

Los índices de actividad utilizados en la valoración de la respuesta fueron DAS 28 (AR y AP) y BASDAI (EA). Objetivo terapéutico: DAS28 \leq 3,2 y BASDAI \leq 2. La optimización se llevó a cabo en pacientes en remisión (\leq 2,6) \geq 12 meses, siempre bajo criterio del reumatólogo.

Tanto el grado de optimización como la respuesta al tratamiento se analizaron según diagnóstico y fármaco.

Resultados: 34 pacientes estaban en tratamiento con terapia biológica intravenosa en el momento del estudio: AR (n=17), AP (n=2), EA (n=9) e I-FFT [poli-dermatomiositis (n=4), Behcet (n=1), espondiloartropatía (n=1)]. El 41,2% de los pacientes presentaban optimización de la terapia biológica (23,5% de AR, 100% de AP, 56% de EA, 50% de I-FFT). Tiempo medio de reducción de dosis: 33, 32,5, 45 y 27 meses, para AR-Infliximab, AP-Infliximab, EA-Infliximab y AR-Rituximab, respectivamente. Optimización según fármaco: infliximab (10/19:52,6%), tocilizumab (0/6:0%) y rituximab (4/9:44,4%). La optimización según diagnóstico y fármaco fue: a) 50% (3/6) de los pacientes de AR-Infliximab [67% (2/3) con pauta 3 mg/Kg/10 semanas y 33% (1/3) con pauta 5 mg/Kg/10 semanas]; b) 100% (2/2) de los pacientes de AP-Infliximab (1 paciente con reducción de dosis (4 mg/Kg/8 semanas) y 1 paciente espaciado (5 mg/Kg/10 semanas); c) 56% (5/9) de los pacientes de EA-Infliximab (3 pacientes con reducción de dosis a 3 mg/Kg y 4 pacientes espaciados a 9, 10, 11 y 12 semanas, respectivamente. 2 pacientes están doblemente optimizados); d) 20% (1/5) de los pacientes de AR-Rituximab; e) 75% (3/5) de los pacientes de I-FFT (100% poli-dermatomiositis-Rituximab).

En cuanto a la respuesta: a) 58,8% de los pacientes de AR están en objetivo terapéutico (DAS 28 medio: 2,64) y 35,3% en remisión clínica, b) 50% de los pacientes de AP se encuentran en objetivo y remisión clínica; c) 44,4% de los pacientes de EA están en objetivo.

El 62,5% (5/8) de los pacientes AR-AP en tratamiento con infliximab están objetivo terapéutico, de los cuales el 80% (4/5) están optimizados (12,5% en remisión, tanto para AR y AP, respectivamente). El 50% de los pacientes en tratamiento con tocilizumab están en remisión clínica (aunque menos de 12 meses). De los pacientes de AR en tratamiento con rituximab, el 60% (3/5) están en objetivo, 40% en remisión.

Conclusión: La implantación de medidas de optimización en el uso de terapias biológicas en la práctica hospitalaria debe considerarse una línea prioritaria de actuación en la gestión de los recursos, mejorando la eficiencia de los tratamientos, tanto por la reducción de costes como por la potencial reducción de efectos adversos dosis dependientes.

Conflicto de intereses: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y EL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.

*Sánchez Serrano JL1, José María Tenias Burillo JM2, Valenzuela Gámez JC1, Sánchez Casanueva T3
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan*

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), Valencia

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso

Objetivos: Evaluar el impacto cardiovascular asociado al consumo de Antiinflamatorios No Esteroideos en un Área de Salud, estimando la asociación entre la prescripción previa de un Antiinflamatorio No Esteroideo al episodio de síndrome coronario agudo.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo observacional de casos cruzados de 5 años de duración, del 1 de Enero de 2008 hasta 31 de diciembre de 2012. Los pacientes en primer lugar fueron casos y controles (n=1.317) que tuvieron eventos cardiovasculares y fueron al servicio de Urgencias del Hospital por dicho motivo.

Resultados: La asociación entre el síndrome coronario agudo y el consumo de Antiinflamatorios fue positiva y significativa (OR 1,42 ; IC95% 1,06-1,9), es decir un 42 % más de probabilidades de sufrir un evento cardiovascular los pacientes que tomaban Antiinflamatorios No Esteroideos. La asociación entre la prescripción de Antiinflamatorios No Esteroideos y el síndrome coronario agudo fue de mayor magnitud en pacientes con menor comorbilidad, Charlson ≤ 1 (OR 1,66; IC95% 1,15 – 2,40) frente a los de mayor comorbilidad, Charlson > 1 (OR 1,07; IC95% 0,65 – 1,76). Esta modificación de efecto se debió en parte al consumo concomitante de fármacos que previenen contra patologías cardiovasculares como los antiagregantes, anticoagulantes y estatinas.

Conclusiones: El consumo de Antiinflamatorios No Esteroideos se ha asociado un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Si bien en pacientes con mayor comorbilidad esta asociación no ha sido tan bien establecida debido a que estos pacientes llevan prescritos medicamentos para prevenir patologías cardiovasculares.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

BRENTUXIMAB VEDOTIN EN LINFOMA DE HODGKIN EN RECAÍDA Ó REFRACTARIO: NUESTRA EXPERIENCIA.

Martín Siguero A1, Calle Primo C2, Fernández Marchante A1, Franco Sereno MT1, Rodríguez Martínez M1, Encinas Barrios C1.

*1Servicio de Farmacia Hospitalaria. 2Servicio de Hematología.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

Objetivos: Describir la experiencia de uso de brentuximab vedotín (BV), en relación con su efectividad y seguridad, para el tratamiento del Linfoma de Hodgkin (LH) en recaída ó refractario.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo desde Marzo 2014 a Febrero 2015 de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con BV en un hospital de tercer nivel.

Se revisaron las historias clínicas recogiendo datos de edad, sexo, quimioterapia (QT) previa recibida, trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) previo, dosis y número de ciclos administrados, efectividad (respuesta objetiva por PET), trasplante alogénico posterior y efectos adversos.

Resultados: Tres pacientes, varones de 53, 42 y 52 años respectivamente, fueron tratados con BV.

El primer paciente había recibido tres líneas de QT previas (ABVD, ESHAP y Mini-BEAM) a la realización del TAPH, tras el que inició BV al presentar recaída post-trasplante. El segundo y tercer paciente habían recibido ABVD, ESHAP y Dexa-BEAM previos al TAPH, que al recaer siguieron con bendamustina y por refractariedad a ésta iniciaron BV.

BV fue administrado a dosis de 1,8 mg/kg cada 21 días. A los dos primeros pacientes se administraron 4 ciclos de BV. Se evaluó la respuesta por PET tras administrar el cuarto ciclo, alcanzándose respuesta completa (RC) en ambos pacientes, lo que permitió la realización de trasplante alogénico haploidéntico en uno de ellos (supervivencia post-trasplante a los 100 días manteniendo RC) mientras que el otro paciente está realizándose el trasplante en el momento actual. En el tercer paciente, tras el tercer ciclo de BV, hay progresión de la enfermedad.

Los efectos adversos observados fueron neutropenia, anemia y plaquetopenia en los tres pacientes, que requirieron terapia de soporte con concentrados de plaquetas y hematíes, eritropoyetina y filgrastim. Además, dos de los pacientes presentaron neutropenia febril con necesidad de ingreso hospitalario. Finalmente, los tres normalizaron las citopenias.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la utilización de BV se adecuó a las indicaciones de ficha técnica e informe de posicionamiento terapéutico (IPT) tanto en LH en recaída como refractario, permitiendo obtener RC y así poder proceder al trasplante alogénico en dos de los tres casos.

La toxicidad fue importante pero con un perfil de efectos adversos manejable.

Nuestros resultados son positivos en dos de los pacientes aunque se necesita más experiencia para poder validar su efectividad y seguridad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

CRANEOFARINGIOMA: QUIMIOTERAPIA INTRATUMORAL CON INTERFERON ALFA 2A, A PROPÓSITO DE UN CASO

Benet Giménez I, Moreno Perulero ML*, Claramonte de la Viuda M**, Borrás Moreno JM**, Villena Martín M**, Encinas Barrios C*.*

** Servicio de Farmacia. **Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real*

Objetivo: Describir el uso, efectividad y seguridad de interferon alfa 2a (Roferon®) intraquístico en una paciente con craneofaringioma adamantinomatoso no resecable.

El craneofaringioma es un tumor benigno, localmente invasivo, con frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas. Interferón puede ser considerado una alternativa de segunda línea cuando cirugía y radioterapia están contraindicadas o no fueron efectivas.

Métodos: Mujer de 62 años diagnosticada de craneofaringioma adamantinomatoso desde 2012. Intervenida en tres ocasiones para resección del quiste por recidivas del mismo. Tras la tercera recidiva la paciente presentaba un quiste de 8,45 cm³ de volumen que comprimía la vía visual resultando en una pérdida total de visión. El Servicio de Neurocirugía solicitó autorización, por parte de Dirección Médica, para la administración de interferon alfa intraquístico en craneofaringioma no resecable, como tratamiento con indicación distinta a las autorizadas en ficha técnica.

Se revisó la historia clínica y pruebas complementarias mediante el soporte informático Mambrino®. Variables registradas: edad, diagnóstico, tratamientos previos, tamaño del quiste (volumen), respuesta clínica (neurológica) y reacciones adversas.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed® utilizando como palabras clave “Interferon-alpha” y “Craniopharyngioma” para identificar el principio activo utilizado y pauta posológica.

El volumen tumoral se calculó usando la siguiente ecuación: $A \times B \times C \times 0.52$. Siendo A, B Y C el diámetro de las tres dimensiones espaciales (en centímetros) y 0,52 un factor corrector debido a la forma elíptica del tumor. La técnica utilizada para obtener las dimensiones del tumor fue la tomografía computerizada (TAC) de cráneo sin contraste intravenoso.

Resultados: En la revisión bibliográfica se localizaron cinco artículos, en todos el principio activo estudiado fue interferón alfa 2a (Roferon®) siendo las dosis y pauta de tratamiento: 3 millones de unidades (MUI) tres veces en semana durante 4 semanas. Se definieron como rangos de respuesta; completa (disminución del volumen tumoral $\geq 90\%$), parcial (disminución $\geq 70\%$) y controlada (disminución $\geq 50\%$).

De acuerdo a la bibliografía consultada, se implantó a la paciente un catéter intraquístico conectado a un reservorio tipo Ommaya® para las administraciones del medicamento.

La paciente recibió 11 dosis a lo largo de un mes (33 MUI en total) con la pauta posológica anteriormente descrita.

Efectividad: En la décima dosis se objetiva una mejora de la agudeza visual, consiguiendo diferenciar formas y colores. A las cinco semanas del inicio del tratamiento se realiza un TAC de control donde no se objetiva la presencia de recidiva del tumor, sin embargo se observa un incremento de la hidrocefalia.

Seguridad: La tolerancia fue considerada buena, presentando como reacciones adversas dos episodios de vómitos a las 24 horas de la administración, pero que fueron adecuada y fácilmente tratados con terapia farmacológica.

Conclusión: En nuestra paciente, el interferon alfa 2a ha resultado ser un tratamiento efectivo y seguro, a corto plazo, en el control del craneofaringioma. A las 5 semanas del tratamiento se ha conseguido una respuesta completa asociada a pocos efectos adversos, que fueron fácilmente controlados con terapia farmacológica. Se requiere un seguimiento de la paciente para estudiar el origen de la hidrocefalia y vigilar posible recidiva del tumor.

Conflicto de interés: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ECULIZUMAB EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: SEGUIMIENTO DE UN CASO.

*Fernández Marchante Ana Isabel; Vila Torres, Élica; Martín Sigüero, Alberto; Franco Sereno, M^a Teresa; Alañón Pardo, M^a Mar; Encinas Barrios, Carmen.
Hospital General Universitario de Ciudad Real*

Objetivo: Analizar la evolución y respuesta clínica de un paciente con síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) en tratamiento con eculizumab (Soliris®) desde el diagnóstico de la enfermedad.

Métodos: Revisión retrospectiva de la historia clínica y farmacoterapéutica (Mambrino®, JSiglo® y Farnis®) del paciente desde el debut de la patología (Agosto'13) hasta Febrero'15.

La respuesta al tratamiento se analizó comparando el cambio en el valor medio pre/post tratamiento (hasta la fecha fin de estudio) de los siguientes parámetros analíticos (valores de referencia): plaquetas (plaq:150-400 x10³/mcl), lactato deshidrogenasa (LDH:208-385 UI/L) y creatinina (Cr:1-1,3 mg/dl). También se valoró como respuesta clínica el estado libre de microangiopatía trombótica (MAT) definido¹ como la ausencia durante el tratamiento con eculizumab de una disminución del recuento de plaquetas >25% respecto al valor basal y la necesidad de tratamientos plasmáticos o diálisis.

Se analizó la posible aparición de efectos adversos relacionados con el fármaco.

El análisis estadístico se realizó con prueba t-Student para grupos apareados o pruebas no paramétricas T de Wilcoxon (IBM-SPSS-Statistics v.21).

Resultados: Hombre de 44 años, sin antecedentes nefrológicos previos, que ingresa en Agosto'13 por fracaso renal agudo severo (Cr: 10,2 mg/dl) con proteinuria, microhematuria, plaquetopenia (plaq:107 x10³/mcl) y anemia hemolítica no autoinmune en rango transfusional (recibe 3 concentrados de hematíes). Tras biopsia renal se confirma MAT. Es diagnosticado en Octubre'13 de SHUa (ADAMTS13 >5% y detección de dos mutaciones en el gen de Factor H asociado a riesgo elevado de insuficiencia renal terminal o muerte en el primer episodio o en 3-5 años). No recibe ninguna sesión de plasmaféresis y permanece dependiente de diálisis hasta Noviembre'13. En Marzo'14 inicia tratamiento con eculizumab a las dosis establecidas en ficha técnica previa vacunación antimeningocócica.

Los valores medios de los parámetros analíticos pre vs post-tratamiento con eculizumab mejoraron de forma estadísticamente significativa en todos los casos: incremento del recuento de plaquetas 177,39 (IC95% 148,96-205,82) vs 232,43 (IC95% 210,01-233,56) x10³/mcl (p<0,05); reducción de LDH 345,47 (IC95% 230,01-460,93) vs 230,92 (IC95% 169,03-292,8) UI/L (p: 0,05) y reducción de la creatinina 4,89 (Q₁:4,41;Q₃:6,63) vs 3,25 (Q₁:2,76;Q₃:3,98) mg/dl (p<0,001). El paciente ha presentado estado libre de MAT desde el inicio de terapia con eculizumab, pues el recuento medio de plaquetas post-tratamiento se ha incrementado un 22% respecto al valor basal previo al tratamiento y no ha requerido terapia plasmática ni diálisis de rescate.

Tras recibir 23 administraciones ha presentado algunos episodios de infecciones de vías respiratorias superiores leves sin fiebre y un episodio de gastroenteritis aguda con diarrea y vómitos sin necesidad de ingreso. El paciente refiere una mejoría de su estado general sin astenia, disnea, ni edemas en miembros inferiores. No ha requerido trasfusiones.

Conclusiones: La respuesta al tratamiento con eculizumab se considera favorable pues el paciente ha presentado una mejora en todos los parámetros analíticos analizados (con normalización del recuento de plaquetas y LDH) y un estado libre de MAT. Además la tolerancia al tratamiento ha sido aceptable.

Conflicto de interés: Ninguno.

Bibliografía: ¹ Delmas Y et al. Eculizumab in atypical hemolytic uremic syndrome patients with long disease duration and chronic kidney disease: sustained efficacy at 3 years. C08-003. ASN Annual Meeting Nov 2013

[\(Enlace al póster\)](#)

ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: ADECUACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

Alañón Pardo MM, Rodríguez Martínez M, García López MJ, Martín Siguero A, Franco Sereno MT, Encinas Barrios C. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos:

- Analizar la adecuación del uso de eribulina según ficha técnica (FT) y su informe de posicionamiento terapéutico (IPT) de la AEMPS.
- Evaluar la efectividad y la seguridad de eribulina en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama metastásico (CMM) y comparar los resultados obtenidos con su ensayo clínico pivotal (EMBRACE)

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todas las pacientes que recibieron eribulina para el tratamiento del CMM hasta 28 de febrero de 2015 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas del programa de prescripción electrónica de quimioterapia e historias clínicas informatizadas fueron: demográficas (edad), clínicas (diagnóstico histológico y molecular, localización de metástasis) y referentes a quimioterapia (esquemas previos de quimioterapia, número de ciclos de eribulina, motivos de suspensión, fecha de inicio de eribulina y tiempo hasta suspensión por toxicidad, progresión o exitus).

Se definió “adecuación a ficha técnica” si eribulina se utilizaba según su indicación aprobada en ficha técnica: tratamiento del CMM tras progresión a un esquema de quimioterapia para la enfermedad avanzada. La terapia previa, adyuvante o metastásica, debería haber incluido una antraciclina y un taxano. Se definió “adecuación al IPT” cuando la terapia previa incluía además capecitabina y, según características individuales, vinorelbina.

La efectividad fue evaluada mediante la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

La seguridad se analizó mediante el tipo de reacciones adversas (RA) según los Criterios de Toxicidad Común NCI-CTCAEv.4.0.

En EMBRACE, eribulina proporcionó una mediana de SG de 13,1 meses y una mediana de SLP de 3,6 meses.

Resultados: Durante el período de estudio, 5 mujeres iniciaron eribulina para el tratamiento de CMM. La edad media fue de 49,4 años (rango:41-56). Todas fueron diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante. Tipos moleculares: luminal A (20%), luminal B (20%), luminal B/HER2 negativo (20%) y triple negativo (40%). Localización metastásica: metástasis óseas (80%), hepáticas (40%), pulmonares (40%), cerebrales (20%) y suprarrenales (20%).

La mediana de esquemas de quimioterapia recibidos previamente fue de 5 (rango:4-7), incluyendo siempre antraciclinas, taxanos y capecitabina. 2 pacientes no recibieron vinorelbina.

El grado de adecuación a la FT y al IPT fue del 100%. Si se considera vinorelbina como terapia previa, la adecuación al IPT sería del 60%.

La mediana de ciclos administrados de eribulina fue de 3 (rango:1-6).

Eribulina fue suspendida por: toxicidad inaceptable en 1 paciente (SG=1 mes) y progresión en 2 pacientes (SLP=2,5 meses y SG=2,7 meses en una paciente, SLP= 3,6 meses en la otra paciente). 2 pacientes continúan en tratamiento; por lo que no son evaluables.

Las principales RA descritas fueron: anemia (60%), leucopenia (60%), neutropenia (60%), trombocitopenia (40%) y astenia (40%).

Conclusiones: El uso de eribulina en nuestro centro se adecua a las condiciones establecidas en FT e IPT. Sin embargo, 2 pacientes no han sido candidatas a terapia previa con vinorelbina.

Los valores de SG y SLP obtenidos en nuestras pacientes fueron inferiores a las medianas obtenidas en EMBRACE. Se necesitaría un tamaño muestral mayor para poder comparar resultados con el ensayo.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A FAMPRIDINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

Franco Sereno MT, Áreas Del Águila VL, Martín Siguero A, Fernández Marchante AI, Alañón Pardo MM, Encinas Barrios C.

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de fampridina en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) con alteración de la marcha, según el protocolo establecido para dicho fármaco por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Material y método: Estudio observacional prospectivo de 9 meses de duración (mayo 2014-febrero 2015) de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con fampridina en el Área de Pacientes Externos.

Criterios de inicio: Adultos con EM con escala extendida del grado de discapacidad (EDSS) entre 4 y 7 y velocidad de la marcha determinada mediante prueba cronometrada de la marcha de 25 pies (T25FW) igual o superior a 8 segundos.

Criterio de efectividad: mejoría en T25FW de al menos un 20% y tasa de respondedores a los 3,5 meses de tratamiento.

Seguimiento: T25FW a los 15 días, 1,5 meses y a los 3,5 meses desde el inicio del tratamiento.

Seguridad: seguimiento de reacciones adversas (RA) en cada visita de dispensación.

Variables recogidas: edad y sexo; EDSS inicial; tratamiento inmunomodulador concomitante; T25FW al inicio, 15 días, 1,5 y 3,5 meses; RA y motivos de suspensión.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 22 pacientes con una edad media 51,5 años (SD: 12,61) iniciaron tratamiento con fampridina 10mg/12h, el 59% mujeres. 19 pacientes tenían tratamiento inmunomodulador (acetato de glatirámico 31,6%, inmunoglobulina 26,3%, interferon beta-1a 26,3%, fingolimod 10,5% y natalizumab 5,3%).

Los valores medios de T25FW y EDSS al inicio fueron 16,48 segundos (8-45) y 4,79 (4-6,5) respectivamente.

A los 15 días: 17 pacientes continuaron tratamiento con un 33,6% de mejoría en T25FW, tres suspendieron por ineffectividad y dos por RA.

A los 1,5 meses, de los 17 pacientes en seguimiento: 11 continuaron tratamiento con un 39,23% mejoría en T25FW, uno continuó sin realizar el T25FW, cuatro suspendieron por RA y un paciente no valorable (menos 1,5 meses de tratamiento).

A los 3,5 meses, de los 12 pacientes en seguimiento: seis continuaron con un 38,32% mejoría en T25FW, uno continuó sin realizar el T25FW, uno suspendió por RA, una pérdida por cambio de centro y cuatro no valorables (menos 3,5 meses de tratamiento).

El paciente al que no se realizó la segunda y tercera prueba de T25FW fue reevaluado a los 6 meses manteniendo la mejoría (29,4% en T25FW).

La tasa de respondedores a los 3,5 meses de tratamiento fue 41% (7/17).

Nueve pacientes presentaron RA, de éstos, siete suspendieron tratamiento por esta causa y dos continuaron tras reducir la dosis a 10mg/24h. El tipo de RA descritas como frecuentes, fueron: mareos (4), trastorno del equilibrio (3), ansiedad (2), temblores (2), insomnio (1) y parestesia (1).

Conclusiones: El tratamiento con fampridina ha resultado efectivo en menos de la mitad de los pacientes que han alcanzado 3,5 meses de tratamiento. El seguimiento periódico establecido en el protocolo ha permitido detectar pacientes en los que el tratamiento no era efectivo y/o seguro evitando así una exposición innecesaria al fármaco. Destaca que la mayor causa de suspensión sea por RA relacionadas con el tratamiento.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA: NIVEL DE RIESGO Y REQUISITOS DE LAS PREPARACIONES NO ESTÉRILES.

*Fernández Marchante, Ana Isabel; Martín Sigüero, Alberto; Franco Sereno, M^a Teresa; Alañón Pardo, M^a Mar; Tudela Patón, Pilar; Encinas Barrios, Carmen.
Hospital General Universitario de Ciudad Real*

Objetivos: Determinar el nivel de riesgo de las preparaciones no estériles realizadas en el Servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel y establecer los requisitos asociados según la matriz de riesgo de preparaciones no estériles de la Guía de buenas prácticas en la preparación de medicamentos en los Servicios de Farmacia (GBPSF) publicada en Junio'2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Métodos: La evaluación del nivel riesgo de todas las preparaciones no estériles se realizó aplicando a los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) vigentes, el modelo o matriz de riesgos de la GBPS. Para ello se analizó en cada preparación los 6 criterios de decisión del riesgo que componen dicha matriz: proceso de preparación, vía de administración, perfil de seguridad del medicamento, cantidad de unidades preparadas, distribución de la preparación y vulnerabilidad del preparado. Una vez puntuado cada criterio, las preparaciones se clasificaron en riesgo alto, medio y bajo. Según el nivel de riesgo se establecieron los requisitos asociados por la GBPSF: lugar de preparación (zona de elaboración de no estériles en sala blanca ó sin sala blanca), validación galénica (obligatoria ó recomendable) y plazo de validez (si superior, inferior ó igual a la GBPSF y estableciendo según la vulnerabilidad del preparado cuáles debían ser adecuados a las recomendaciones de la GBPSF).

Resultados: Se analizaron un total de 61 preparaciones no estériles. La distribución según el nivel de riesgo de la preparación fue: 96,7% riesgo medio y 4,3% bajo. Ninguna preparación se clasificó de riesgo alto por no ser sustancias altamente susceptibles de contaminación microbiológica (según lo establecido en la GBPSF) o formas farmacéuticas de liberación modificada. De este modo se estableció como lugar de elaboración de todas las preparaciones: zona de no estériles sin sala blanca, excepto sustancias con potencial mutagénico que se valoró que debían continuar realizándose en cabina de flujo laminar vertical. La validación galénica se consideró obligatoria retrospectivamente para el 96,7% de las preparaciones y recomendable para el resto. En cuanto al plazo de validez, tras compararlo con el establecido en el PNT, fue superior al recomendado en la GBPSF en el 68,3% de las preparaciones, inferior en el 11,7% e igual en 15%. En los casos que era diferente (superior o inferior), pero se disponía de información de estabilidad y conservación publicada en estudios validados o por ser medicamentos alto riesgo de inestabilidad físico-química, no fue modificado. Cuando se carecía de este tipo de información (en un 5%), los plazos de validez fueron modificados según GBPSF.

Conclusiones: Puesto que la mayoría de las preparaciones no estériles elaboradas en el Servicio de Farmacia son de nivel de riesgo medio, el sistema de calidad exigible no establece la necesidad de disponer de una sala blanca en la zona de no estériles pero sí de la validación galénica obligatoria de casi la totalidad de las preparaciones. Los plazos de validez se adecuaron a la GBPSF cuando eran diferentes en un reducido porcentaje de preparaciones por disponer de bibliografía de calidad en cuanto a estabilidad y conservación.

Conflicto interés: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPACTO ECONÓMICO DE RECOMENDACIONES DE INTERCAMBIO FARMACOTERAPÉUTICO EN LOS TRATAMIENTOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

*Moreno Perulero ML, Martín Siguero A, Benet Giménez I, Vila Torres E, Encinas Barrios C.
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

Objetivo: Analizar el impacto económico y la persistencia de los intercambios farmacoterapéuticos realizados en los tratamientos farmacológicos de los residentes de un centro sociosanitario (CSS) al que prestamos atención farmacéutica.

Método: Se revisaron los tratamientos de todos los residentes del CSS, seleccionando aquellos que tenían pautado un medicamento no incluido en la guía farmacoterapéutica (GFT) del Hospital y para los cuales se contemplaba un medicamento equivalente en el Protocolo de Intercambio Farmacoterapéutico aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital. Se excluyeron principios activos combinados en una forma farmacéutica por vía inhalatoria. Para los medicamentos identificados se propone, al médico responsable, el intercambio por el medicamento equivalente incluido en la GFT, a la dosis equivalente. Al mes de la intervención, se revisa la persistencia de la actuación tomada (aceptación/rechazo de la recomendación de intercambio). Por otro lado, se calcula el impacto económico restando al precio medio de farmacia de la alternativa incluida en GFT, el precio venta al público (PVP) corregido del medicamento prescrito (para la corrección del PVP se considera que el paciente realiza una aportación del 10% según el Real Decreto-Ley 16/2012).

Resultados: Se revisó el tratamiento de 300 residentes identificándose 26 medicamentos potencialmente intercambiables. Cada medicamento se asoció a una recomendación de intercambio. Los medicamentos más frecuentemente implicados en estas recomendaciones fueron: silodosina (19,2%) y ARA 2 con/sin diurético (19,2%) seguido de la combinación dutasterida/finasterida (15,4%).

Se calculó un impacto económico potencial (aceptación del 100% de las recomendaciones) de 403,5 € mensuales. El 80,8% de las intervenciones fueron aceptadas, de manera que el ahorro real fue de 321,6 €/mes. Si combinamos frecuencia de prescripción con impacto económico, los intercambios que supusieron mayor ahorro fueron: silodosina por tamsulosina (21,4 €/residente/mes; 106,7 €/mes en el total de nuestra muestra) y dutasterida/finasterida por tamsulosina/finasterida (25,0 €/residente/mes; 99,8 €/mes en nuestra muestra).

Al mes de la intervención, el 88,5% de las recomendaciones fueron mantenidas. Sólo tres prescripciones fueron modificadas: una rotura de intercambio por indicación del médico especialista (silodosina por tamsulosina); una reconsideración del intercambio (recomendación de suspender fenofibrato o intercambiar por bezafibrato, finalmente el médico suspendió el medicamento); una modificación de intercambio (se intercambió telmisartan 40 mg por losartan 50 mg, al mes del intercambio se añadió al tratamiento hidroclorotiazida).

Conclusión: La aplicación de protocolos de intercambio terapéuticos consensuados por un equipo multidisciplinar, como pueden ser las Comisiones de Farmacia y Terapéutica, supone una herramienta más para la reducción del gasto en medicamentos.

En nuestro estudio, los intercambios que generan un mayor ahorro potencial implican a medicamentos urológicos. La realización de protocolos junto con el Servicio de Urología del Hospital podría implicar la reducción en la prescripción inducida de este tipo de medicamentos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

INFLUENCIA DEL FARMACÉUTICO EN EL PERFIL DE AJUSTE DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO A FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.

Gómez Lluch, T; Araque Arroyo, P; Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Zamora Ferrer, E; Fraga Fuentes, MD; Espinosa Aunión, R. Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan), Ciudad Real.

Objetivo: El ácido zoledrónico está indicado en la prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes adultos con neoplasias avanzadas con afectación ósea y en el tratamiento de pacientes adultos con hipercalcemia inducida por tumor, a una dosis establecida de 4mg. Se han notificado casos de deterioro de la función renal con progresión a insuficiencia renal y diálisis en pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico, lo que convierte a estos en candidatos ideales a un seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo es analizar el impacto del seguimiento por parte de un farmacéutico de hospital en el perfil de ajuste posológico a función renal de las prescripciones de ácido zoledrónico en el paciente oncohematológico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo observacional de un año de seguimiento de las prescripciones de ácido zoledrónico en paciente oncohematológico en un hospital de tercer nivel. Tras la implantación de un programa de seguimiento (enero 2014), previo a cada administración de ácido zoledrónico se revisa la función renal [cálculo de aclaramiento de creatinina (ClCr) según fórmula de Cockcroft-Gault] por parte del farmacéutico, con la recomendación de ajuste de dosis correspondiente según lo establecido en el protocolo hospitalario y ficha técnica de ácido zoledrónico; ClCr>60ml/min: 4mg; ClCr 60-50: 3,5mg; ClCr 49-40: 3,3mg; ClCr 39-30:3mg; ClCr<30; no administrar. Los datos demográficos (edad y sexo) y clínicos (peso y creatinina) se obtuvieron del programa Mambrino XXI®.

Se comparó el perfil de ajuste tras la implantación del seguimiento con el realizado en el año anterior.

Resultados: En 2014, 79 pacientes recibieron ácido zoledrónico (55,7% hombres), con una mediana de edad: 67 años (rango: 37- 89 años). El total de prescripciones analizadas fueron 458 (media de prescripciones/paciente: 5,8). La clasificación por diagnósticos fue: 33,8% cáncer de próstata, 26,3% cáncer de mama, 22,5% mieloma múltiple, 11,3% cáncer de pulmón, 2,5% cáncer de tiroides, 1,3% cáncer renal y 1,3% cáncer de vejiga. El 30,4% de los pacientes requirieron ajuste de dosis de ácido zoledrónico en al menos una de las administraciones (43,8% a 3,5mg, 56,3% a 3,3mg y 25% a 3mg). Al 29,2% de los pacientes se le realizó varios tipos de ajuste. El 66,7% de los pacientes con ajuste de dosis presentaba $\geq 50\%$ de las administraciones ajustadas. En el año 2014 se ha intervenido en el 100% de las prescripciones, siendo todas ellas aceptadas.

Los diagnósticos que requirieron ajuste posológico con más frecuencia fueron: cáncer de próstata, cáncer de mama metastásico y mieloma múltiple, en un 48,1% 31,6% 22,2% respectivamente.

En el año previo a la implantación del seguimiento farmacéutico (2013), se les ajustó la dosis a función renal en al menos una de las administraciones al 12,6% (9/71) de los pacientes tratados con ácido zoledrónico.

Conclusiones: La intervención farmacéutica, junto con la colaboración médica, fue imprescindible en la dosificación de ácido zoledrónico en aquellos pacientes que lo requerían, así como en la consecución de un mejor control analítico de la función renal.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN REUMATOLOGÍA.

Sánchez Casanueva T, Conde García MC, Canales Ugarte S, Zamora Ferrer E, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Márquez Nieves JJ
Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real

Objetivo: Describir el ahorro conseguido en pacientes reumatológicos gracias al espaciamiento de la dosis de dos de los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) más usados en nuestro hospital (etanercept y adalimumab), y comprobar que el aumento del intervalo de dosificación no ha comprometido su efectividad. Los inhibidores del TNF han mejorado significativamente su pronóstico, pero debido al elevado coste y los efectos adversos de estos fármacos es importante optimizar su uso en la medida de lo posible.

Métodos: Periodo de estudio: del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014. Población: pacientes en seguimiento por el Servicio de Reumatología en tratamiento ya iniciado y espaciado con etanercept 50 mg o adalimumab 40 mg, y que no se interrumpiese durante el periodo de estudio. Mediante el registro de dispensaciones del programa Gestión de Pacientes externos de Farmatools® se recopiló retrospectivamente las dispensaciones a los pacientes en tratamiento con etanercept o adalimumab, realizadas con cargo al Servicio de Reumatología y que tuviesen un intervalo de dosificación superior al habitual según ficha técnica: cada 7 días en el caso de etanercept y cada 14 días en el caso de adalimumab. A continuación se calculó el importe resultante de multiplicar el número de unidades dispensadas a estos pacientes por su PVL+IVA correspondiente. Para calcular el ahorro obtenido, se restó del importe anterior el resultante de considerar la pauta habitual antes descrita para todo un año, de tal manera que se dispensarían 52 unidades de etanercept y 26 de adalimumab, a un coste calculado también a PVL+IVA. Se recogieron a su vez datos demográficos de edad y sexo.

Resultados: Se incluyeron 13 hombres y 6 mujeres con una media de edad de 44 años a fecha 31 de diciembre de 2014. El diagnóstico principal fue de espondilitis anquilosante (10 pacientes), seguido del de artritis reumatoide (6 pacientes), de artritis psoriásica (2 pacientes) y de espondiloartritis (1 paciente). 12 pacientes estuvieron siendo tratados con etanercept 50 mg y 7 con adalimumab 40 mg. Respecto a las pautas espaciadas acumuladas, para etanercept hubo en total 1 pauta cada 21 días, 1 cada 16 días, 6 cada 13 días, 8 cada 10 días. Para adalimumab hubo en total 1 pauta de 30 días, 1 de 27 días, 2 de 24 días, 4 de 21 días, 2 de 18 días, 1 de 16 días. El ahorro calculado resultante de comparar el gasto que supuso la pauta espaciada, respecto a la de mantenimiento habitual para etanercept (cada 7 días) y adalimumab (cada 14 días), fué de 95166 EUR durante el año 2014. A su vez no se observaron recaídas entre los pacientes incluidos.

Conclusiones: El incremento del intervalo de dosificación, con el fin de optimizar el uso de los inhibidores del TNF, es una estrategia adecuada para conseguir un ahorro económico considerable, para reducir la probabilidad de efectos secundarios (sobre todo relacionados con reacciones en el lugar de inyección), y todo ello sin comprometer la efectividad del tratamiento en aquellos pacientes candidatos.

Conflicto de intereses: no hay.

[\(Enlace al póster\)](#)

ROTURA DE UN COMBO ANTIRRETROVIRAL. CONSECUENCIAS PRELIMINARES.

Zamora Ferrer, E; Canales Ugarte, S; Gómez Lluch, T; Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Araque Arroyo, P; Sánchez Serrano, JL.

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan

Objetivo: Evaluar las consecuencias preliminares (clínicas, terapéuticas y económicas) derivadas de la rotura de un combo de antirretrovirales (Emtricitabina/Tenofovir/Efavirenz), como medida de optimización, en pacientes VIH en seguimiento en la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos (CAFPE).

Material y método: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en los que se realizó la rotura de combo de Emtricitabina/Tenofovir/Efavirenz a Emtricitabina/Tenofovir + Efavirenz genérico (pasando de 1 a 2 comprimidos cada 24 horas), desde agosto de 2014 hasta febrero de 2015 (n=14). Se excluyeron aquellos pacientes en los que el tiempo transcurrido desde el cambio no fue suficiente para calcular una adherencia media fiable (menor a 50 días). Se evaluó la respuesta virológica e inmunológica, la adherencia, la toxicidad y el impacto económico mediante la actividad habitual en la CAFPE. Se consideró respuesta virológica (RV) una carga viral (CV) ≤ 50 copias/mL, y respuesta inmunológica (RI) un nivel de CD4 ≥ 500 células/ μ L. La adherencia media se calculó exclusivamente según el registro de dispensaciones, tomando el mismo intervalo de tiempo antes y después del cambio. Se consideró óptima una adherencia media $\geq 90\%$.

Resultados: Las RV y las RI posteriores al cambio se determinaron en 10 de los 14 pacientes. La RV se mantuvo en 6 pacientes, aumentó en 2 y se redujo en 2. La RI se mantuvo en 7 pacientes, aumentó en 2 y se redujo en 1. El periodo medio considerado para el cálculo de la adherencia previa y posterior a la rotura de combo fue de 116,7 días (58-198). En 9 pacientes la adherencia no se vio afectada tras el cambio de tratamiento, en 3 aumentó y en 2 disminuyó. En cuanto a la toxicidad, las reacciones adversas descritas fueron: mareo (n=1), molestias abdominales (n=1), insomnio (n=1) y pérdida de peso (n=1). Todas remitieron a los pocos días excepto la pérdida de peso que se mantuvo durante 4 meses. El ahorro económico conseguido en los 6 meses de estudio fue de 3611,14 euros (2,21 euros/día/paciente).

Conclusiones: Las roturas de combo de antirretrovirales constituyen una estrategia terapéutica eficiente, ya que suponen un ahorro económico sin comprometer los resultados clínicos y terapéuticos en la mayoría de los pacientes. El seguimiento farmacoterapéutico realizado en la CAFPE resulta fundamental para llevar a cabo este tipo de medidas de optimización y realizar su evaluación posterior para la toma de decisiones. Los resultados obtenidos deben formar parte de la información suministrada a los pacientes candidatos a roturas de combo en el futuro. Este estudio puede servir como base para implantar la estrategia con otros combos de antirretrovirales disponibles. No obstante, es necesario confirmar estos resultados en un periodo de estudio más prolongado, que permita disponer de datos de un mayor número de pacientes así como realizar una segunda determinación confirmatoria de CV y CD4 en todos los sujetos. La comparación de estos datos con los de pacientes que han continuado con el combo íntegro aportará una mayor evidencia a los resultados obtenidos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

SIMEPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA, PRIMEROS RESULTADOS.

*Franco Sereno MT, Áreas Del Águila VL, Martín Siguero A, Fernández Marchante AI, Encinas Barrios C.
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

Objetivo: Evaluar la tasa de respuesta virológica y la tolerancia al tratamiento para la hepatitis C crónica (HCC) con la combinación Simeprevir-Ribavirina-InterferonPegilado (SMV-RBV-PEG) en la semana cuatro de tratamiento.

Material y método: Estudio observacional prospectivo de Octubre 2014-Enero 2015 de todos los pacientes con HCC que iniciaron tratamiento con la combinación SMV-RBV-PEG.

Variables recogidas: demográficas, coinfección por VIH, genotipo, carga viral (CV) inicial y en semana 4, grado de fibrosis hepática (F), tratamiento previo, tipo de respuesta (definida como continuación o interrupción de tratamiento cuando la carga viral fue ≥ 25 UI/ml), medicamentos concomitantes y efectos adversos.

Los datos se obtuvieron de: historia clínica electrónica (Mambrino® y Turriano®), laboratorio (jSIGLO®) y del seguimiento farmacoterapéutico mediante entrevista con los pacientes en cada visita de dispensación (interacciones y efectos adversos).

Resultados: Dieciséis pacientes diagnosticados de HCC iniciaron tratamiento con la combinación SMV-RBV-INF, el 75% varones, con una media de edad de 49,81 años (36-65); un paciente coinfectado por VIH.

Los genotipos del virus de la hepatitis C (VHC) presentes en los pacientes fueron: 1b (56,25%), 4 (37,5%) y 1 (desconocido si a o b) (6,25%).

El grado de fibrosis hepática fue: F1 (6,26%), F2 (37,5%), F2-F3 (6,26%), F3 (25%) y F4 (25%). Seis pacientes no habían sido tratados previamente (naïve) y diez tratados con biterapia (RBV-PEG): cinco respondedores nulos, tres recidivantes, un respondedor parcial y uno desconocido.

Los resultados obtenidos en la semana 4 de tratamiento fueron: 14 pacientes continuaron tratamiento (ocho con CV indetectable y seis con $CV \leq 25$ UI/ml) y dos pacientes, ambos con genotipo 4, interrumpieron tratamiento por respuesta virológica insuficiente. La tasa de respuesta fue del 87,5%.

El 43,75% de los pacientes tenían tratamientos concomitantes, con una media de cuatro fármacos. Se revisaron las posibles interacciones entre estos fármacos y el tratamiento para VHC; se detectó una interacción, recomendándose en este caso suspender el fármaco hasta finalizar el tratamiento para la HCC.

Los efectos adversos detectados mayoritariamente fueron: cansancio (20%), prurito (16,6%) y elevación de la bilirrubina en sangre (16,6%).

Conclusiones: La tasa de respuesta obtenida en la semana cuatro de tratamiento ha sido elevada. Los efectos adversos detectados han sido frecuentes pero tolerancia al tratamiento ha sido buena.

Conflicto de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

USO RACIONAL DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

Martín Sigüero A, Moreno Perulero ML, Fernández Marchante AI, Franco Sereno MT, Alañón Pardo MM, Encinas Barrios C.

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos:

Analizar el tipo de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) de inhibidores de la bomba de protones (IBP) detectadas en residentes de un centro sociosanitario (CSS).

Analizar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) sobre las PPI de IBP (PPI_{IBP}).

Métodos: Estudio transversal en el que se comparó la presencia de PPI_{IBP} mediante un indicador de calidad de prescripción previamente definido (número PPI_{IBP}/número total de residentes) en dos cortes (A: previo a la IF, Septiembre 2014 y B: posterior a la IF, Noviembre 2014). Se definieron dos tipos de PPI_{IBP}: "IBP no indicado" y "Omisión IBP". El farmacéutico identificó mediante prescripción electrónica a aquellos residentes con PPI_{IBP}.

La IF englobó 2 estrategias: 1.Sesión farmacoterapéutica en el CSS basada en una revisión bibliográfica de criterios para la prescripción de IBP; 2.Informe a cada médico con las PPI_{IBP} detectadas y las correspondientes recomendaciones.

Se analizaron las PPI_{IBP} antes y después de IF, el tipo de recomendación realizada y su grado de aceptación. Para la comparación del porcentaje del indicador se utilizó el test estadístico χ^2 (IBM-SPSS Statiststics v.19).

Resultados: Tras la revisión bibliográfica se definió indicación de IBP en: antecedentes de úlcera y/o tratamiento con medicamentos gastrolesivos (ácido acetilsalicílico [AAS], antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, antiagregantes, corticoides y venlafaxina).

En el momento del corte A en el CSS estaban institucionalizados 290 residentes, 64,5% de los cuales estaban en tratamiento con IBP (166 omeprazol y 21 pantoprazol). 45 de ellos (43 omeprazol y dos pantoprazol) fueron objeto de recomendación por "IBP no indicado"; de las 45 recomendaciones se aceptaron el 29%.

En el grupo de residentes sin tratamiento con IBP, se detectaron 25 PPI_{IBP} tipo "Omisión IBP": 13 por tratamiento con AAS, cinco con acenocumarol, cuatro con clopidogrel, dos con triflusal y uno con acenocumarol+AAS; de las 25 recomendaciones se aceptaron el 100%.

El grado de aceptación global fue del 54%. El indicador de calidad en el corte A fue del 24,14% (70 PPI_{IBP}/290 pacientes) y en el B del 8,5% (25 PPI_{IBP}/294), reduciéndose de un corte a otro en un 65% (diferencia estadísticamente significativa $p < 0.001$). Dos de los pacientes a los que se les suspendió el IBP, reiniciaron al mes. Todas las PPI_{IBP} detectadas en el corte B fueron tipo "IBP no indicado".

Conclusiones: En nuestra población, los pacientes institucionalizados presentan un alto porcentaje de PPI relacionadas con IBP, destacando las de tipo "IBP no indicado". La IF ayudó a detectar y resolver PPI_{IBP}, evitando errores por "omisión de IBP" que podrían desencadenar resultados negativos de la medicación (RNM).

La baja aceptación de las recomendaciones para la suspensión del tratamiento con IBP en pacientes sin criterios de gastroprotección podría responder a la tendencia de prescripción de IBP a pacientes por el hecho de estar polimedicados, situación para la que no hay suficiente evidencia que avale la indicación.

Estrategias como la realizada en nuestro CSS podrían reducir este tipo de PPI y evitar RNM.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

CAPECITABINA FORMULACIÓN INNOVADORA Y GENÉRICA: PERFIL DE SEGURIDAD.

Sánchez Gundín J, Mulet Alberola A, Martínez Valdivieso L, Flor García A, Muñoz Sánchez MM, Barreda Hernández D. Servicio Farmacia Hospitalaria. Servicio Sección Oncología*. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).*

Objetivo: Analizar el perfil de seguridad de pacientes tratados con dos presentaciones de capecitabina: innovadora y genérica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo (noviembre'13-abril'14) de pacientes tratados con capecitabina innovadora o genérica en un hospital de segundo nivel. Se excluyeron pacientes con historia clínica y farmacoterapéutica incompleta y paciente tratados con ambas presentaciones.

Datos recogidos: edad, sexo, diagnóstico, *performance status* (PS), fármaco administrado, dosis inicial, número de ciclos, régimen quimioterápico asociado, uso indicado en ficha técnica o en condiciones especiales diferentes a las autorizadas y aparición/grado de severidad de sospechas de reacciones adversas (RA) asociadas a capecitabina: eritrodisestesia palmo-plantar (EPP), mucositis, diarrea y alteraciones hematológicas grado 2 o superior. La gravedad de RA se estableció según CTC-AE ver.4.03.

Los pacientes se dividieron en función del medicamento administrado (grupo 1: innovador, grupo 2: genérico) y se recogieron los datos mediante: historia clínica informatizada (MambrinoXXI[®]) e historia farmacoterapéutica (Farmatools-Dominion[®], Farhos-Oncología[®] ver.5.0).

El análisis de los datos se efectuó con el programa SPSS[®]15.0. (versión para Windows[®]).

Resultados: 75 pacientes fueron incluidos en el estudio, 80% tratados con fármaco innovador y 20% con genérico. Edad mediana: 68 años (rango: 31-89), predominio masculino (71%). Diagnósticos más frecuentes: cáncer colorrectal metastásico (49%) y cáncer gástrico (11%), estando el 77% de todos indicados en ficha técnica. Valor mediano PS: 1 (rango: 0-3) y régimen quimioterápico más común: monoterapia (49%) y capecitabina más oxaliplatino (22%). Dosis de inicio acordes todas con ficha técnica y mediana de ciclos: 4 (rango: 1-23).

Las RA más comunes fueron EPP (44%) y diarrea (35%). El 73% y 80% de pacientes de grupos 1 y 2 respectivamente presentaron alguna de las RA estudiadas sin asociarse al fármaco administrado ($p=0.595$). El porcentaje de pacientes con toxicidades grado 1-2 fue 35% para el grupo 1 y 47% para el grupo 2; y de grado 3-5 fue 40% y 33% respectivamente, sin asociarse tampoco un mayor grado de toxicidad al fármaco involucrado ($p=0.705$). A destacar dos *éxitus*, uno de cada grupo, en el primer ciclo de tratamiento.

Los pacientes también se dividieron en tres grupos en función del número de ciclos recibidos (1-3, 4-7 y >7) encontrándose diferencias significativas respecto a aparición de RA ($p=0.018$) y grado de toxicidad ($p=0.024$). En cuanto a PS y uso indicado en ficha técnica o no, no se encontraron diferencias significativas ni respecto a aparición de RA ($p=0.660$, $p=0.660$, respectivamente) ni grado de toxicidad ($p=0.213$, $p=0.836$, respectivamente).

Conclusiones: Aparentemente no existe asociación entre medicamento administrado/PS/indicaciones y aparición/grado de severidad de las RA estudiadas, en cambio, sí existe una relación con el número de ciclos administrados, pues el acumulo de dosis es mayor. Sin embargo, el tamaño muestral del estudio es reducido, muy inferior en el grupo tratado exclusivamente con genérico, hecho que limita el poder sacar conclusiones concluyentes. Debe promoverse la realización de estudios de bioequivalencia en pacientes, a ser posible en condiciones habituales de uso y con medidas de efectividad y seguridad, que permitan valorar la capacidad de intercambio de los medicamentos antineoplásicos orales.

Conflicto de intereses: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.

*Valera Rubio M., Marcos Pérez G., Martí Gil C., Sánchez Gundín J., Recuero Galve L., Barreda Hernández D.
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca*

Objetivo: Valorar la opinión del personal sanitario (médicos y personal de enfermería) ante la futura implantación de un programa de prescripción electrónica asistida asociado a un sistema automatizado de dispensación de medicamentos (PEA&SADME) en un hospital general.

Material y métodos: Estudio transversal llevado a cabo en diciembre de 2014 entre los médicos y diplomados en enfermería (DUE), previo al proceso de implantación de la PEA&SADME, en la planta de hospitalización con 32 camas a cargo de Medicina Interna. Se evaluó mediante una encuesta de opinión voluntaria, autocumplimentable y anónima, con 8 ítems valorados cada uno con respuestas en escala tipo Likert con cuatro posibles respuestas (nada, algo, bastante, mucho) y un apartado de texto libre para hacer comentarios. El cuestionario se hizo llegar a los médicos y DUE de dicha unidad clínica, en la que actualmente se gestiona la medicación mediante reposición de stock del botiquín de planta, sin validación farmacéutica de las prescripciones médicas.

También se recogieron variables sociodemográficas: sexo, edad y categoría profesional de los encuestados/usuarios. Los resultados de se analizaron mediante estadística descriptiva SPSS versión 15.0.

Resultados: Se recogieron 18 encuestas, 6 de médicos (1 de ellos, residente) y 12 de enfermería; 1 varón y 17 mujeres; 13 entre 30-50 años y 5 mayores de 50 años. **Las preguntas sobre PEA fueron:**

Facilidad de manejo:

Médicos 50% algo, 50% bastante

Enfermería: 8.3% bastante, 91.7% mucho

Mejora en seguridad del paciente:

Médicos 16.7% nada, 16.7% algo, 66.6% bastante

Enfermería: 8.3% bastante, 91.7% mucho

Disminución de errores de medicación:

Médicos 16.7% nada, 33.3% algo, 33.3% bastante, 16.7% mucho

Enfermería: 16.7% bastante, 83.3% mucho

Disminución de problemas relacionados con medicamentos:

Médicos 16.7% nada, 33.3% algo, 50% bastante

Enfermería: 16.7% bastante, 83.3% mucho

Incremento del tiempo necesario para prescribir en detrimento del tiempo para atención al paciente:

Médicos 16.7% algo, 16.7% bastante, 66.7% mucho

Enfermería: 100% nada

Facilitación de la prescripción (sólo médicos):

Médicos 16.7% nada, 33.3% algo, 50% bastante

Mejora de la coordinación médico-farmacéutico-enfermera:

Médicos 16.7% nada, 16.7% algo, 66.7% bastante

Enfermería: 100% mucho

Valoración global de la implantación de la PE:

Médicos 50% positivamente, 33.3% indiferente, 16.7% negativamente.

Enfermería: 100% positivamente

Un 84,6% de los encuestados entre 30 y 50 años y un 80% de los mayores de 50 años valoraron positivamente la implantación de PEA&SADME. Sólo uno de los encuestados hizo una valoración global negativa.

Conclusiones: La resistencia a cualquier cambio es una actitud documentada. Por ello, no sorprende la respuesta médica reservada, por la convicción del incremento de tiempo que tendrá que dedicar el proceso de aprendizaje que podrá ir en detrimento del tiempo de dedicación al paciente.

Por otra parte el personal de enfermería es muy favorable al cambio porque su tiempo de trabajo en relación al medicamento se verá disminuido.

La valoración global positiva a PEA&SADME refuerza la idea de una implantación que repercutirá en la calidad asistencial a corto plazo.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTI-VEGF ASOCIADOS A FOLFIRI EN EL TRATAMIENTO DE CARCINOMA COLORRECTAL METASTÁSICO.

Recuero Galve L, Martínez Valdivieso L, Sánchez Gundín J, Llorente Serrano M, Flor García A, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Gerencia de Atención Integrada de Cuenca

Objetivo: Comparar efectividad, seguridad y coste de utilización de anti-VEGF (aflibercept *versus* bevacizumab) asociado a FOLFIRI (irinotecan + ácido polínico + 5-fluorouracilo) para tratamiento de 2ª línea de carcinoma colorrectal metastásico (CCRM).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (noviembre-2011/enero-2015) de pacientes tratados con (AFLIBERCEPT/BEVACIZUMAB) + FOLFIRI en 2ª línea de CCRM en un hospital general.

Revisión de:

historia farmacoterapéutica (Farhos® v.5.0).

historia clínica informatizada (MambrinoXXI®): edad, sexo, localización tumoral, comorbilidades, estadio al diagnóstico (ED), ECOG, número medio de metástasis (NMM) y localización al iniciar anti-VEGF, pauta posológica, KRAS, dosis media recibida/ciclo (DmR) de anti-VEGF, número medio de ciclos (NMC), tratamientos 1ª línea metastásica (T1M), tiempo desde diagnóstico a inicio 2ª línea (TDD2L), tiempo entre inicio 1ª y 2ª línea (TE1Y2L) y tratamientos posteriores.

Se evaluó:

-Efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) según criterios RECIST y supervivencia global (SG) *versus* estudios VELOUR y ML18147.

-Seguridad: reacciones adversas (RA) acontecidas según CTCAEv4.03.

-Coste: coste medio/ciclo (según DmR) y coste medio total/paciente (según DmR y NMC).

Resultados: Fueron tratados 12 pacientes: 7 (5 hombres) con AFLIBERCEPT-FOLFIRI y 5 (3 hombres) con BEVACIZUMAB-FOLFIRI. Edad media: 68±8,6 años (aflibercept); 62±11,4 años (bevacizumab).

Grupo aflibercept: 3 pacientes con cáncer rectal, 2 colónico, 1 de ciego y 1 de sigma. Comorbilidades: hipertensión, hernia hiatal, hipertransaminemia. Todos los pacientes, ED IV. ECOG: 0 (1 paciente); 1 (6 pacientes). NMM: 1,7±0,8; con localización: pulmonar, hepática, peritoneal y/o ganglionar. Pauta posológica según ficha técnica. Kras: 4 mutado, 3 nativo. DmR: 295,6±78,7mg. NMC: 8±6,1. T1M: FOLFOX-panitumumab/cetuximab, XELOX-cetuximab. TDD2L: 10,6±7,4 meses. TE1Y2L: 10.1±7,6 meses. Tratamientos posteriores: raltitrexed, panitumumab±capecitabina, regorafenib.

Al finalizar estudio: 2 pacientes continuaban tratamiento (enfermedad estable); el resto suspendido por: progresión (3 pacientes), toxicidad (cardiopatía, 1 paciente) y cirugía de metástasis (1 paciente); permaneciendo vivos 6 pacientes. Mediana SLP: 3,5 meses (rango 1-10). Mediana SG: 10 meses (rango 3,5-10,5). RA destacables: síndrome nefrótico, diarrea, mucositis, hipertensión, náuseas/vómitos y neutropenia grado 2 (1 paciente, sin profilaxis primaria/secundaria, con retraso de tratamiento) y grado 3 (1 paciente, con profilaxis secundaria con G-CSF).

Grupo bevacizumab: 2 pacientes con cáncer rectal, 1 colónico, 1 de sigma y 1 ileocecal. Comorbilidades: hipotiroidismo, hipertensión, hiperplasia benigna prostática. Todos los pacientes, ED IV. ECOG: 0 (2 pacientes), 1 (3 pacientes). NMM: 2,2±0,8; con localización: pulmonar, hepática, peritoneal y/o ganglionar. Pauta posológica según ficha técnica. Kras: 3 nativo, 2 mutado. DmR: 388,4±109,7mg. NMC: 17±16. T1M: FOLFOX±cetuximab. TDD2L: 18,4±21,5 meses. TE1Y2L: 17,8±21,4 meses. Tratamientos posteriores: raltitrexed, cetuximab+capecitabina, panitumumab.

Al finalizar estudio, todos habían suspendido tratamiento por: progresión (4 pacientes) y descanso terapéutico (enfermedad estable en 1 paciente); permaneciendo vivo 1 paciente. Mediana SLP: 7 meses (rango 1-21). Mediana SG: 9 meses (rango 2-24). RA destacables: astenia, mucositis grado 1-2, disgeusia, hipertensión, conjuntivitis, anemia grado 2 (requirió epoetina-alfa) y dolores osteoarticulares.

Coste medio/ciclo: 988,77€ (aflibercept) *versus* 1.064,07€ (bevacizumab). Coste medio total/paciente: 7.910,16€ (aflibercept) *versus* 18.089,19€ (bevacizumab).

Conclusiones: Convendría diseñar estudios prospectivos comparativos con mayor muestra para confirmar la reproductibilidad de nuestros resultados y los de VELOUR y ML18147 en la práctica clínica.

El diferente perfil de toxicidad y coste entre aflibercept y bevacizumab sugieren seleccionar exhaustivamente el subgrupo de pacientes que obtendría mayor beneficio clínico con la utilización de un determinado anti-VEGF, sin repercutir en su calidad de vida.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

INDICADORES DE CALIDAD EN SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN.

Recuero Galve L, Marcos Pérez G, Martí Gil C, Valera Rubio M, Sánchez Gundín J, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Gerencia de Atención Integrada de Cuenca.

Objetivos: Analizar la concordancia entre el stock teórico (ST) y el stock real almacenado (SRA) de los medicamentos incluidos en un sistema automatizado de dispensación de medicamentos (SADME) Pyxis® y la cuantía de medicamentos caducados, estableciendo indicadores de calidad (IC).

MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en octubre de 2014 donde se inventarió el 100% de las existencias de un Pyxis® ubicado en una planta de hospitalización de Cardiología/Digestivo/Oncología en un hospital general de nivel II de 400 camas. Se consideraron los siguientes IC:

- IC 1: Error de stock definido como ST/SRA no coincidentes (estándar:1). Se calculó el porcentaje de error respecto al total de medicamentos incluidos en el Pyxis® (RTMIP), según las categorías:
 - 1.-Tipo de cajón (matrix, carrusel, puerta, cubie y minidrawer).
 - 2.- Vía de administración (VA): parenteral, oral, otros.
 - 3.- Grupo terapéutico (GT): antiinfecciosos, AINES, psicótrofos/estupefacientes, corticoesteroides y otros.
- IC 2: Medicamentos caducados (estándar: 0%)

Además, se realizó un análisis estadístico descriptivo y bivariante, con el paquete estadístico SPSS® v.15.0, entre el error de stock encontrado y su asociación a los apartados anteriormente descritos, para valorar el grado de error según las divisiones consideradas:

Resultados: Se detectaron discrepancias en los IC establecidos:

- IC 1: Se observó un 42% de error en el Pyxis® inventariado, correspondiéndose con ST/SRA > 1 en el 21% de los casos y < 1 en otro 21%. La distribución de errores RTMIP respecto de cada categoría fue:

- 1.- Tipo de cajón: matrix 54%, puerta 21%, cubie 20%, minidrawer 4% (2,9% minidrawer con función matrix y 1,1% minidrawer unidosis) y carrusel 1%.
- 2.- VA: oral 64%, parenteral 30% y otros 6%.
- 3.- GT: antibióticos 12%, AINES 8%, corticoides 6%, psicótrofos/estupefacientes 4% y otros 70%.

- IC 2: En el 9% de los medicamentos incluidos en el Pyxis® había unidades caducadas. Además, el 4% fueron a la vez unidades caducadas y con error de stock.

El análisis estadístico de los errores, respecto al total de medicamentos incluidos en cada categoría, obtuvo los siguientes resultados:

1. Frente a tipo de cajón: matrix 55%, puerta 42%, cubie 34%, minidrawer 31% y carrusel 6%. (p< 0.001).
2. Frente a VA: oral 43%, parenteral 42% y otras 28%. (p=0,203)
3. Frente a GT: 82% AINES, corticoides 55%, antibióticos 38%, psicótrofos/estupefacientes 13% y otros 45%. (p<0.001).

El porcentaje de error de stock observado fue significativo, siendo menor en aquellos cajones con un nivel de acceso más restringido (carrusel), obteniéndose un resultado también significativo para los AINES.

Conclusiones: Es necesario establecer IC que permitan monitorizar la correcta utilización de los SADME, así como su medición periódica e implantar acciones de mejora para llevar a cabo por un personal comprometido en el buen uso de los SADME. La concienciación del personal implicado en el uso de los Pyxis® es esencial para garantizar la disponibilidad de medicamentos seguros y bien identificados y evitar desabastecimientos, especialmente en situaciones de urgencia o cuando el Servicio de Farmacia permanece cerrado.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

OMEPRAZOL FÓRMULA MAGISTRAL PEDIÁTRICA: ESTUDIO Y REVISIÓN DE ALTERNATIVAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Martí Gil C, Llorente Serrano M, Flor García A, Marcos Pérez G, Sánchez Gundí J, Barreda Hernández D.
Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada. Cuenca*

Objetivo: omeprazol se emplea frecuentemente en trastornos digestivos pediátricos. Al no existir una forma farmacéutica líquida que facilite su dosificación, la única alternativa para cubrir las necesidades terapéuticas de estos pacientes es la elaboración de una fórmula magistral (FM). Desde el Servicio de Farmacia se elabora una suspensión de bicarbonato sódico 8,4% (BS) y pellets de omeprazol (OP) [FM1].

Los objetivos son describir el caso clínico de un lactante con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y realizar una revisión de las alternativas disponibles de omeprazol FM.

Método: revisión de: historia clínica informatizada (MambrinoXXI®), registro de elaboraciones de Farmacotecnia (MagistraMICOF®) e historia farmacoterapéutica (Pacientes Externos Farmatools-Dominion®). Búsqueda bibliográfica (blogs, webs proveedores materias primas, libros) y consulta a otros hospitales (octubre'14), registrándose para cada FM: forma farmacéutica, concentración, estabilidad, tipo de omeprazol [OP, sódico (OS) y base (OB)], vehículo disolvente (VD), excipientes, sabor, facilidad de elaboración y coste.

Resultados: lactante, 7 meses, diagnosticada de ERGE, en tratamiento con ranitidina, que acudió en julio'14 al Servicio de Urgencias por persistencia de llanto intenso tras tomas y arqueo de tronco durante y tras tomas, sin mejoría a pesar del tratamiento. Ante la falta de efectividad de ranitidina, el pediatra solicitó omeprazol (6mg/24h) en condiciones diferentes de las autorizadas. Se elaboró FM1, dispensándose desde la Consulta de Atención Farmacéutica. Durante el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), la lactante mejoró ligeramente, sin presentar vómitos ni regurgitaciones ni cólicos; aunque, en septiembre'14, los familiares consultaron sobre un posible cambio de excipientes con el fin de mejorar su sabor dada la mala tolerancia. Tras la búsqueda bibliográfica, además de FM1, se encontraron otras 7 FM (2 soluciones, 5 suspensiones), con concentraciones entre 1-4mg/mL, aunque la más frecuente fue 2mg/mL, y con estabilidades entre 15-92 días a 2-8°C.

Las composiciones fueron las siguientes:

FM2: OP, almidón de maíz, Al(OH)₃, Mg(OH)₂, laurilsulfato sódico, jarabe simple, AP.

FM3: OS, sacarina sódica, agua purificada (AP).

FM4: OS, AP.

FM5: OB, BS, goma xantan 1%, esencia de vainilla/fresa, sacarina sódica, AP.

FM6: OB, BS, Ora-SweetSF®.

FM7: OB, Excipiente-Acofar-Jarabe®, Excipiente-Acofar-Suspensión-Oral®.

FM8: OB, SyrSpend-SF-ALKA®.

En cuanto al resto de características, las FM presentaron sabor amargo (FM1, FM3, FM4), ligeramente ácido (FM5) y dulce (FM2, FM6, FM7; FM8); facilidad de elaboración favorable para FM3, FM4, FM6, FM7 y FM8 y, por último, el coste osciló 0,6-8 € /100 mL, siendo las más baratas FM1, FM3 y FM4, mientras que las de mayor coste empleaban un VD comercial (SyrSpend-SF-ALKA®, Ora-SweetSF®).

Se seleccionó FM8 por su sabor dulce, facilidad de preparación, a pesar de su elevado coste. Tras su dispensación, la paciente la toleró adecuadamente. En diciembre'14 la niña se encontraba bien, sin vómitos, irritabilidad ni sensación de ruidos o ascenso de la comida, por lo que el pediatra decidió ir descendiendo la dosis de omeprazol, suspendiéndolo posteriormente.

Conclusiones: la condición de medicamentos individualizado que caracteriza a una FM implica la necesidad de realizar Atención Farmacéutica con el debido SFT, permitiendo una mejora en el proceso de uso de los medicamentos al adaptarlos a las características del paciente y facilitar su adherencia.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

UTILIZACIÓN DE ZONISAMIDA: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PEDIATRIA.

Llorente Serrano, M; Martí Gil, C; Sánchez Gundín, J; Recuero Galve, L; Martínez Valdivieso, L; Barreda Hernández, D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada Cuenca.

Objetivo: las epilepsias constituyen un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de alteraciones crónicas, recidivantes y paroxísticas en la función neurológica, secundarias a un trastorno en la actividad eléctrica del cerebro. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad y seguridad de zonisamida (ZNS) en pacientes pediátricos.

Métodos: estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron a pacientes pediátricos en tratamiento con ZNS (febrero'14-febrero'15). Puesto que no existe una forma farmacéutica oral líquida comercializada que permita la dosificación pediátrica, se solicitó al Servicio de Farmacia la elaboración de la fórmula magistral (FM) de ZNS, previa autorización por Dirección Médica y firma del consentimiento informado de los tutores legales de los pacientes por tratarse de una indicación fuera de ficha técnica según el Real Decreto 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Datos recogidos: sexo, edad, diagnóstico principal (y edad de diagnóstico), fármacos antiepilépticos (FAE) previos y actuales, pauta posológica y duración de tratamiento con ZNS. Recogida de datos: aplicación informática de la Unidad de Farmacotecnia no estéril (Magistra MICOF®), registro de dispensaciones e historia farmacoterapéutica (Gestión de Pacientes Externos de Farmatools-Dominion v2.5®) e historia clínica informatizada (Mambrino XXI v5.4®). Para evaluar la efectividad y seguridad se revisó el control de las crisis epilépticas y la aparición de reacciones adversas (RA).

Resultados: tres pacientes (2 niñas), de edad comprendida entre 18 meses-3años recibieron tratamiento con ZNS FM, diagnosticados de: (paciente1; P1) encefalopatía epiléptica con retraso psicomotor (desde el nacimiento), (paciente 2; P2) epilepsia parcial criptogénica (a los 2 años) y (paciente 3; P3) epilepsia temporal (a los 14 meses). Los pacientes fueron tratados previamente con: ácido valproico (AVP) (P2, P3), clonazepam (P1, P2, P3), lamotrigina (P1, P2), fenitoína (P2), fenobarbital (P1), levetiracetam (P1,P3), clobazam (P1) y rufinamida (P1). El tratamiento con ZNS en dos de los pacientes se inició a las pocas semanas del diagnóstico, mientras que en P1 se inició a los 2 años del diagnóstico. En ningún paciente se empleó ZNS en monoterapia: se asoció a AVP (P2, P3) y a rufinamida y lamotrigina (P1). La duración media de tratamiento fue de 8,3 meses, continuando todos los pacientes en tratamiento al cierre del estudio: 60 mg cada 12 h (P1), 25 mg cada 12 horas (P2) y 40 mg cada 12 horas (P3). En cuanto a la efectividad, dada la mejoría en el control de las crisis epilépticas, se decidió mantener el tratamiento en todos los pacientes, pero en P1, aunque persistieron las crisis, éstas disminuyeron en frecuencia (en lugar de ser diarias pasaron a presentarse cada 3-4 días). Respecto al perfil de seguridad, los tres pacientes presentaron buena tolerancia al tratamiento, sin descripción de RA.

Conclusiones: El tratamiento con ZNS en pacientes pediátricos, con diferentes tipos de epilepsia y refractarias a otros FAE, fue bien tolerado y se asoció con reducciones significativas en la frecuencia y número de crisis.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ELABORACIÓN DE AMFOTERICINA AL 2% EN LACA DE UÑAS PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES UNGUEALES CAUSADAS POR CANDIDA GLABRATA.

Álvarez Nonay,A; Martín Alcalde, E; Cuerda Coronel,S; Horta Hernández,AM. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivo: Describir la elaboración de una fórmula tópica de Amfotericina B al 2 % en laca de uñas para el tratamiento de infecciones ungueales causadas por *Candida glabrata*. Seguimiento de la efectividad y tolerancia de la fórmula elaborada.

Métodos: Las infecciones ungueales causadas por *Candida sp*, representan alrededor del 30% del total de onicomicosis. El agente causal más frecuente es *C. albicans* y *C. parapsilosis*. Son infecciones que afectan generalmente a las uñas de la mano produciendo dolor, enrojecimiento, tumefacción y a veces supuración de la zona de la matriz de la uña. Sin tratamiento evolucionan de forma crónica, con invasión de la lámina ungueal. Las infecciones causadas por *Candida glabrata* son poco frecuentes y en muchos casos están asociadas a altas tasas de resistencia a azoles. Desde el Servicio de Dermatología se solicita al Servicio de Farmacia la posibilidad de formular amfotericina tópica para el tratamiento de pacientes diagnosticados de onicomicosis por *Candida glabrata*. Tras realizar una búsqueda bibliográfica (Pubmed, fichas de información técnica de principio activo y excipientes), se decidió conjuntamente con el Servicio de Dermatología, la realización de una formulación tópica de amfotericina al 2% en laca de uñas. Se elige dicha concentración, ya que, amfotericina se ha formulado vía tópica a concentraciones entre 1,25-3%, según la literatura publicada. Se decide formular en laca de uñas, ya que esta forma farmacéutica permite la formación de una película superficial en la zona afectada, que facilita la difusión prolongada del antifúngico a través de la placa ungueal. Para valorar la efectividad y tolerancia de la fórmula elaborada se revisaron las historias clínicas de los pacientes a través de la Historia clínica electrónica Mambrino XXI.

RESULTADOS

El procedimiento de elaboración consistió:

- Pesar 0,2 g de Amfotericina B
- Adicionar 1 ml de propilenglicol homogeneizando.
- Añadir 9 ml de excipiente laca de uñas de ACOFARMA, mezclando hasta conseguir una suspensión homogénea.
- Envasar en recipiente de colirio de 10 ml.
- Etiquetar, especificando conservar entre 2-8°C y protegido de la luz. La caducidad asignada fue de un mes.

A los pacientes se les informó de cómo debían administrarse el medicamento utilizando un pincel para aplicar la formulación.

Desde Marzo de 2014, se han tratado 3 mujeres de 38, 42 y 82 años, diagnosticadas de infección ungueal con cultivos positivos para *Candida glabrata* previamente tratadas con amorolfina e itraconazol (una paciente). La media de tratamiento fue de 3-6 meses, con una pauta de 2-3 aplicaciones por semana. Tras el tratamiento han presentado mejoría de las lesiones (dos de ellas con desaparición de las mismas) y en todas las pacientes, el último cultivo fue estéril. Todas las pacientes presentaron buena tolerabilidad a la formulación.

Conclusiones: La formulación de Amfotericina B en laca de uñas puede ser una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de las infecciones ungueales por *Candida glabrata*, en pacientes que no responden a tratamientos convencionales.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO.

Ruiz González L, De Juan- García Torres P, Horta Hernandez AM. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Trastuzumab emtansina es un anticuerpo monoclonal conjugado compuesto por trastuzumab, un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado antiHER2 unido covalentemente a DM1, un fármaco citotóxico que inhibe la polimerización de tubulina originando la muerte celular por apoptosis. Está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo localmente avanzado irreseccable o metastásico en 2ª línea, que han recibido previamente trastuzumab y un taxano por separado o en combinación.

El objetivo del estudio fue analizar la supervivencia libre de progresión (SLP) y la seguridad en los pacientes con cáncer de mama metastásico tratados con trastuzumab emtansina.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes en tratamiento con trastuzumab emtansina, desde mayo del 2014 hasta febrero 2015. Los datos fueron obtenidos del programa electrónico Oncofarm®, y de la historia clínica electrónica Mambrino®. Se recogieron los siguientes valores analíticos durante el periodo de estudio: transaminasas, hemoglobina, plaquetas, neutrófilos y kalemia. Además se revisaron las historias clínicas para recoger datos de toxicidad y respuesta o progresión al tratamiento. Los datos se analizaron con Excel®.

Las variables recogidas fueron: fecha de inicio del tratamiento, número de ciclos hasta la fecha, retrasos en el tratamiento, reacciones adversas (RA) y SLP.

La SLP se definió como el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o muerte por cualquier causa.

La gravedad de las reacción adversa fue clasificado siguiendo los criterios "Common Toxicity Criteria v4.0".

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 7 pacientes, siendo todos ellos mujeres. 1 de ellas presentó anemia grado 1 durante el tratamiento. 2 presentaron trombocitopenia, 1 de ellas grado 1 y otra Grado 3. 1 paciente presentó neutropenia grado 2. 1 paciente experimentó un incremento de aminotransferasa de aspartato en grado 2. No se detectó ningún caso de hipokalemia durante el estudio. No se describieron náuseas ni cefaleas en ninguna paciente durante el estudio.

3 progresaron al tratamiento, siendo la mediana de SLP de 5.7 meses

Conclusiones:

Las RA más frecuentes fue la trombocitopenia, seguida de la neutropenia y la anemia. En ningún caso supuso suspensión del tratamiento. El tratamiento en general fue bien tolerado.

La mediana de SLP fue inferior a la del ensayo clínico pivotal (TDM4370g/ BO21977: mediana 12,6 meses), pero dada la limitación por el bajo número de pacientes del estudio, no se pueden extrapolar los resultados.

Conflicto de interés: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS.

*Gasanz Garicochea, M; Marcos de la Torre, A; Moreno Nieto, N; Lázaro López, A.
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Área de Pacientes Externos desde su codificación en el programa informático de dispensación en el hospital.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. La recogida de datos se realizó desde el 1 de septiembre de 2014 hasta el 15 de febrero de 2015. Los datos se obtuvieron de la aplicación de pacientes externos del programa Farmatools® y las variables recogidas fueron: número de pacientes, edad de los pacientes al final del periodo de estudio, patología atendida, tipo de intervención farmacéutica y principios activos implicados. Se excluyeron las intervenciones realizadas con citostáticos orales.

Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 513 intervenciones farmacéuticas. La edad media de los pacientes fue 47 años (4-102). La mayoría de las intervenciones se realizaron en pacientes con alteraciones de la fertilidad (202; 39.38%), VIH (96; 18.71%), hepatitis C (48; 9.36%) y anemia secundaria a insuficiencia renal crónica (27; 5.26%). Por grupo terapéutico los fármacos para las terapias de reproducción asistida supusieron el 39.38 % (202) del total de las intervenciones, antirretrovirales el 20.85% (107), eritropoyetinas el 8.38% (43), antivirales para la hepatitis C el 10.14% (52) y terapia biológica para patologías autoinmunes el 5.46% (28).

Las principales intervenciones fueron proporcionar información oral y escrita en inicios/cambios de tratamiento (278, 54.20%), potenciar/monitorizar adherencia (67, 13,09%), monitorizar eficacia o seguridad de fármacos (44; 8,59%), detección de órdenes médicas incorrectas (34; 6,64%), detección de interacciones medicamentosas (24; 4.68%), suspensión de medicamentos por ser innecesarios (16; 3,13%) y atención de consultas de pacientes sobre posibles efectos adversos (13; 2.53%).

Conclusiones: Desde la codificación de las intervenciones farmacéuticas en el programa de dispensación se han registrado un elevado número de intervenciones farmacéuticas. Una parte importante de estas intervenciones se realizan en pacientes con enfermedades crónicas y tienen un gran impacto en la efectividad del tratamiento y la calidad de vida del paciente, evitando numerosos problemas relacionados con la medicación.

La codificación y análisis de las intervenciones farmacéuticas permite cuantificar la actividad asistencial del área, así como analizar los aspectos claves y aspectos a mejorar en la atención farmacéutica realizada a estos pacientes.

Sería interesante relacionar los resultados de este análisis con los resultados de las encuestas de valoración de la calidad en la atención recibida en la Consulta de Atención Farmacéutica, realizadas anualmente a los pacientes que acuden a recoger medicación al Servicio de Farmacia.

Conflicto de Intereses: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA RENAL.

Ruiz González L, Perez Maroto MT, Horta Hernandez AM. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: En pacientes con deterioro crónico de la función renal, la excreción renal de los fármacos y/o sus metabolitos se encuentra disminuida, produciéndose una acumulación excesiva en el organismo. Por ello, las dosis de los fármacos de elevada eliminación renal y estrecho margen terapéutico deben ajustarse según el aclaramiento de creatinina (ClCr) o tasa de filtración glomerular.

Los objetivos del estudio fueron: cuantificar y describir las intervenciones realizadas en pacientes ingresados con insuficiencia renal (ClCr<50 mL/min según la fórmula de Cockcroft-Gault), determinar su grado de aceptación y describir los medicamentos y servicios implicados.

Métodos: Estudio retrospectivo desde 1/1/14 al 31/12/14 en pacientes ingresados con IR y que estaban en tratamiento con medicamentos que precisaban ajuste posológico en base a la función renal.

Se revisó la bibliografía de los fármacos susceptibles de ajuste de dosis por IR. Se introdujeron en el programa de prescripción electrónica, Farmatools®, notas informativas de ajuste posológico, según cuatro subgrupos de ClCr (ClCr>50 mL/min, ClCr 50-30 mL/min, ClCr 29-10 mL/min y ClCr<10 mL/min). La integración del peso y creatinina del paciente en el módulo de prescripción permiten el cálculo automatizado del ClCr según la fórmula de Cockcroft-Gault. En la validación farmacéutica se identifica a los pacientes con IR susceptibles de intervención y se revisa su historia.

Las intervenciones fueron codificadas como: ajuste de dosis, modificación de la secuencia horaria, cambios en la pauta y monitorización de creatinina. El registro de las intervenciones se realizó en Farmatools®.

Las recomendaciones se comunicaron por vía telefónica y/o por escrito al médico prescriptor mediante una nota en Farmatools®.

La aceptación de las recomendaciones se definió como la modificación y/o suspensión del tratamiento en un plazo de 48 h tras su realización.

Resultados: Se registraron un total de 444 intervenciones. La edad media de los pacientes fue de 81 años (25-101). 254 fueron recomendaciones de ajuste de dosis (57.2%), aceptándose 121 de ellas; 177 cambios en la secuencia horaria (39,8%), aceptándose 63; 10 fueron recomendaciones de cambios de pauta de administración (2.3%), siendo aceptadas 4 y en 3 (0,7%) se propuso la monitorización del tratamiento por creatininas oscilantes, aceptándose en su totalidad.

Los servicios implicados fueron principalmente: Geriátrica (n=148), Digestivo (n=87), Medicina Interna (n=48), Nefrología (n= 40), Urología (n=20) y Traumatología (n=18).

Los fármacos implicados fueron antibióticos (n=384), heparinas (n=33), antiinflamatorios (n=12), ranitidina (n=8), citostáticos (n=5) y antieméticos (n=2).

En total se aceptaron 191 intervenciones (43.02%), perteneciendo la mayoría de las mismas al subgrupo de antibióticos (n=164).

Conclusiones:

- ✓ La integración de los datos analíticos, antropométricos y las notas informativas acerca de las pautas posológicas en el módulo de prescripción de Farmatools® facilitan el ajuste de dosis en IR.
- La colaboración médico-farmacéutico optimiza la seguridad terapéutica del paciente con IR.
- La mayoría de las intervenciones se realizaron en pacientes a cargo de Geriátrica, dado que la función renal en pacientes de edad avanzada está más deteriorada.
- Los antibióticos han sido el grupo terapéutico en el que más se ha intervenido y con mayor grado de aceptación, debido a la mayor concienciación de su nefrotoxicidad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACION DEL USO DE TOXINA BOTULINICA TIPO A SIN PROTEINAS COMPLEJANTES.

Perez Rodriguez I; Alvarez Nonay AL; Ruiz Gonzalez L; Horta Hernandez AM
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Analizar la prescripción de neurotoxina de *Clostridium Botulinum* de tipo A sin proteínas complejantes (Xeomin®) en el hospital durante un periodo de seis meses (julio 2014- febrero 2015) y su adecuación a la ficha técnica (FT).

Métodos: Debido al incremento observado en el consumo de Xeomin® en el último año, se decidió monitorizar las dispensaciones realizadas. Por ello se comenzó a registrar por paciente la dispensación de este fármaco que, hasta ese momento, se dispensaba por stock a consultas externas.

Aunque existe una amplia bibliografía y experiencia clínica que avalan el uso de Xeomin® en otras indicaciones, las únicas que tiene aprobadas en FT son: tratamiento sintomático del blefaroespasma, tortícolis espasmódica y espasticidad del miembro superior secundaria a ictus en adultos.

Con las solicitudes enviadas al Servicio de Farmacia, se procedió a crear una base de datos Excel donde se registró: número de historia clínica, edad, sexo, indicación, dosis, fecha de la prescripción y servicio prescriptor .

Los datos fueron tratados con el programa estadístico PSP para su explotación y evaluación de los resultados.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se evaluaron las prescripciones realizadas a 36 pacientes: 26 mujeres (73%), con una media de edad de 45 años y 10 hombres (27%) con una media de edad de 50 años.

El número de prescripciones por servicio fueron:

- ✓ Neurología: 30 (83%). En 23 prescripciones (76%), la indicación estaba fuera de FT.
- ✓ Dermatología: 5 (13%). En todos los casos la indicación estaba fuera de FT.
- ✓ Oftalmología: 1 (2%), fuera de FT.

Las indicaciones por servicio para las que se prescribió el medicamento fueron:

- Neurología: migraña (33%) distonías focales (16%) hemiplejias (13%), blefaroespasma (8%), síndrome miofascial (5%), sialorrea (2%) y bruxismo (2%).
- Dermatología: hiperhidrosis palmar (8%) hiperhidrosis axilar (5%)
- Oftalmología: parálisis oculomotora (2%).

Conclusiones: El principal servicio prescriptor es Neurología y su uso mayoritario es en indicaciones no recogidas en FT. Sería conveniente la elaboración de un protocolo para indicaciones fuera de FT consensuado entre los servicios implicados, validado por la Comisión de Farmacia, para racionalizar el uso de Toxina Botulínica tipo A en el Hospital.

El registro de utilización de Toxina Botulínica por paciente permite conocer el uso para el que se prescribe, así como, la optimización de su dispensación desde el Servicio de Farmacia.

Conflicto de intereses: No existe.

[\(Enlace al póster\)](#)

FORMULACIÓN TÓPICA DE COLISTINA 2% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS POR BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES.

Álvarez Nonay, A.; Cuerda Coronel, S; Martín Alcalde, E; Horta Hernández, AM.
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.
Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivo: Las infecciones cutáneas por bacterias gram-negativas multirresistentes (BGNM) requieren una terapia antibiótica específica, eficaz y rápida, para que limite la dispersión de la multirresistencia y mejore el pronóstico de la enfermedad.

La colistina es un antibiótico polipeptídico de acción bactericida activo frente a bacterias BGNM. Se utiliza ampliamente en protocolos de descontaminación digestiva selectiva (DDS)

Objetivos:

- ✓ 1.- Describir la elaboración de una fórmula tópica de colistina 2% para el tratamiento de infecciones cutáneas por BGNM.
- ✓ 2.- Evaluar la efectividad y tolerancia de la fórmula elaborada.

Método: Desde el Servicio de Dermatología se solicita al Servicio de Farmacia una formulación magistral de colistina tópica al 2% para el tratamiento de infecciones cutáneas por BGNM.

La literatura científica publicada acerca de preparados tópicos emplea concentraciones entre 0,1-1%. La concentración al 2% se solicitó en base a la eficacia de la pasta oral utilizada en los protocolos de descontaminación digestiva selectiva en pacientes para prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes críticos intubados.

Para seleccionar el vehículo idóneo de aplicación externa, se revisaron las fichas de información técnica del principio activo y de diversos excipientes de uso cutáneo, se evaluaron sus compatibilidades con el fármaco y sus cualidades físico-químicas (balance lipofilia/hidrofilia, fluidez, consistencia) y se compararon con el vehículo de referencia (excipiente adhesivo oral).

Para valorar la efectividad y tolerancia de la fórmula elaborada se observó la evolución clínica y microbiológica de las úlceras cutáneas, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes a través de Mambrino®.

Resultados: Se seleccionaron como vehículos idóneos para aplicación externa bases lipófilas de gran consistencia y escasa fluidez: vaselina filante y una base anhidra para la elaboración de emulsiones A/O (Eucerynum® anhydricum).

La decisión de usar un vehículo u otro se establece en función del grado de humectación que requiera la lesión y de la disponibilidad de los excipientes.

Modus operandi:

- 1.- Pesar la cantidad correspondiente de colistina sulfato.
- 2.- Dispersarla en 5-10 mL de vaselina líquida o agua bidestilada.
- 3.- Añadir el vehículo, homogeneizando en mortero.

Si en el paso previo se ha utilizado vaselina líquida, puede emplearse tanto Eucerynum® como vaselina. Para formar una emulsión A/O, hay que calentar y fundir previamente el Eucerynum® y añadirle el fármaco disuelto en agua.

- 4.- Envasar y etiquetar. Conservar refrigerado.

La caducidad asignada fue de 30 días para la emulsión y de 6 meses para la pomada.

Desde julio 2013, se han tratado seis pacientes con infecciones cutáneas con cultivos positivos por BGNM. La duración del tratamiento con colistina tópica 2% fue de 1-2 meses, tras el que se objetivó mejoría de las lesiones en todos los casos.

Ninguno de los pacientes presentó reacciones de hipersensibilidad ni efectos adversos observables.

Conclusiones: La formulación tópica de colistina al 2% supone una alternativa terapéutica efectiva para el tratamiento de las infecciones cutáneas localizadas por BGNM.

Su administración por vía tópica es más ventajosa que la vía sistémica, ya que permite al paciente continuar con el tratamiento antibiótico de manera ambulatoria, con una menor incidencia de toxicidad y efectos adversos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA A BEVACIZUMAB EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Ruiz González L, De Juan- García Torres P, Horta Hernández AM. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es un efecto de clase de todos los antiangiogénicos. En el caso de bevacizumab, los ensayos clínicos, estiman que la incidencia es de hasta un 28% y el 1% de los casos son de hipertensión grado 4(amenaza para la vida). Los datos de seguridad sugieren que es probable que sea dosis-dependiente.

Los objetivos del estudio fueron:

- Determinar la incidencia de HTA en pacientes en tratamiento con bevacizumab.
- Conocer el número de pacientes a los que se tuvo que suspender el tratamiento por esta reacción adversa.

Métodos: Se estudiaron los pacientes oncológicos que estaban recibiendo tratamiento con bevacizumab durante el mes de enero del 2015.

Se les realizó una encuesta donde se registraron aspectos relacionados con la aparición de HTA tras el inicio de tratamiento. Se recogió el tratamiento antihipertensivo actual del paciente, si tenían la tensión controlada, el número de ciclo del tratamiento con bevacizumab, fecha de inicio y dosis recibida hasta el momento de la entrevista, así como el tiempo que transcurrió desde el inicio del tratamiento hasta el primer episodio hipertensivo.

Además, se registraron las tensiones arteriales cuando el paciente acudía al hospital para la administración del tratamiento y se analizaron los medicamentos antihipertensivos que llevaban los pacientes antes y durante el tratamiento, detectando los que habían necesitado un nuevo fármaco o cambio de dosis.

Se consideró HTA valores superiores a 140/90 mm_{Hg}.

Resultados: Se analizaron 29 pacientes en tratamiento con bevacizumab de los cuales 16 estaban en tratamiento antihipertensivo en el momento de la realización de la encuesta, 11 con anterioridad al tratamiento con el anticuerpo, y 5 lo iniciaron después del mismo. Además 2 de los que previamente llevaban antihipertensivos sufrieron modificación de la pauta para aumentar la dosis y controlar la tensión.

La media de tiempo en la que hubo que añadir un antihipertensivo o aumentar su dosis fue de 5.7 meses(1-12 meses). Un 24.1% de los pacientes(n=7) presentaron HTA como reacción adversa a bevacizumab, pero a ninguno de ellos hubo que suspenderles el tratamiento dado que se controló con tratamiento farmacológico. 6 pacientes presentaron HTA previa a alguna de las infusiones del fármaco en el hospital, pero todos ellos la tenían controlada en domicilio.

Conclusiones:

-La incidencia de HTA asociada a bevacizumab en el hospital se encontraba en el rango de cifras que recogen los ensayos clínicos publicados.

-La HTA fue un efecto adverso frecuente en los pacientes tratados con bevacizumab, pero se controló adecuadamente con tratamientos antihipertensivos orales. No se produjo en los pacientes estudiados interrupción del tratamiento debido a una HTA mal controlada o que amenace la vida.

-Es necesario hacer el control de la tensión arterial de forma adecuada en domicilio, ya que la toma de tensión previa al tratamiento no refleja valores reales, debido a la ansiedad y en ocasiones al síndrome de bata blanca.

-Como consecuencia del estudio, se diseñó un impreso explicativo para que los pacientes puedan recoger los valores de tensión arterial adecuadamente en domicilio.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS SUBCUTANEOS EN PATOLOGÍAS AUTOINMUNES.

*Noelia Moreno Nieto, Alejandro Marcos de la Torre, Mónica Gasanz Garicochea, Alicia Lázaro López.
Hospital universitario de Guadalajara*

Objetivo: La optimización de los tratamientos biológicos promueve la búsqueda de la dosis mínima efectiva para cada paciente, minimizando la aparición de efectos adversos y promoviendo un ahorro económico. El objetivo del estudio es analizar la optimización del tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos (sc) utilizados en patologías reumáticas autoinmunes.

Métodos: La optimización de dosis de fármacos biológicos en pacientes en remisión es una estrategia empleada en los últimos años, que consiste en reducir la dosis administrada o ampliar el intervalo entre dos dosis. El documento de consenso SER-SEFH 2014 recoge que la optimización debe realizarse cuando el paciente lleva al menos 6 meses de objetivo terapéutico y la reducción de dosis debe hacerse entre un 20-50% de la dosis habitual. Las dosis habituales de estos fármacos son: etanercept 50 mg/7 días, adalimumab 40 mg/14 días, golimumab 50 mg/28 días y certolizumab 200 mg/14 días.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de la optimización de medicamentos biológicos sc en patologías autoinmunes reumatológicas. El periodo de estudio fue del 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Los datos se obtuvieron a través del registro de dispensaciones de Farmatools®, ordenes de dispensación e historia clínica informatizada (Mambrino XXI®).

Las variables recogidas fueron tipo de patología reumatológica, fármaco biológico, dosis de optimización y motivos de la finalización de la optimización.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 378 pacientes con patologías autoinmunes reumatológicas recibieron tratamiento con fármacos biológicos sc; de ellos se optimizaron 76 (20,1%).

La optimización según diagnóstico fue: artritis reumatoide 40 (52,6%), espondilitis anquilosante 21 (27,6%), artritis psoriásica 11 (14,5%), síndrome de Reiter 1 (1,3%), poliartritis seronegativa 1 (1,3%) y sacroileitis 1 (1,3%).

Los fármacos optimizados fueron etanercept (57,9%), adalimumab (40,8%) y certolizumab (1,3%).

Al finalizar el estudio, permanecían optimizados 68 pacientes (89,5%). El motivo de finalización de la optimización en todos los casos fue el empeoramiento clínico.

Analizando por años, 13 pacientes fueron optimizados en 2012 (17,1%); 31 en 2013 (40,8%) y 32 en 2014 (42,1%).

Las pautas más empleadas en la optimización para etanercept fueron 25 mg/semanal (44,4%), 50 mg/10 días (39%), 50 mg/quincenal (13,3%) y 50 mg/mensual (2,2%). Las más empleadas para adalimumab fueron 40 mg/21 días (84,1%) y 40 mg/mensual (15,6%). La dosis de optimización para certolizumab fue 200 mg/21 días.

Conclusiones: El porcentaje de optimización se sitúa dentro del intervalo establecido por estudios previamente publicados (15,5%-45,7%). El fármaco más empleado en la optimización ha sido etanercept, con porcentajes muy similares a los encontrados en otros estudios (56%).

El bajo porcentaje de finalización de la optimización encontrado demuestra que esta estrategia terapéutica es una práctica segura para los pacientes.

Se ha observado un incremento en la optimización a lo largo de los años. El fármaco más optimizado es etanercept y la patología en la que se realiza mayor optimización es la artritis reumatoide.

Sería interesante analizar el impacto económico y el impacto en la calidad de vida de esta estrategia terapéutica.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON COLIRIOS DE SUERO AUTÓLOGO EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.

Domínguez Herencias, S. Iranzu Aperte, MC. Iturgoyen Fuentes, DP. González Joga, B. García Esteban, B. Berrocal Javato, MA.

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Objetivos:

- Revisión de los pacientes en tratamiento con colirios de Suero Autólogo (SA), indicación de la terapia y número de dispensaciones por año.
- Evaluación de la duración del tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de 145 pacientes, a los que se ha dispensado colirio de SA en los últimos tres años.

Se diseñó una tabla Excel® a partir de la revisión de la historia clínica de cada paciente con el programa Visor Clínico®, y del impreso de registro de elaboración del colirio. La tabla recoge datos demográficos de cada paciente (NHC, sexo y edad), diagnóstico y fechas de recogida del colirio.

Se procesaron los datos obtenidos y se llevó a cabo un análisis de los mismos.

Resultados:

- Durante el año 2012 se elaboraron colirios de SA para 42 pacientes, 22 mujeres (52%) y 20 hombres (48%) con una media de edad de 63 años (rango: 14-90 años). 10 pacientes (24%) presentaban como diagnóstico ojo seco severo, 9 (21%) Defectos Epiteliales Persistentes (DEP), 10 (24%) queratitis, 2 (5%) glaucoma, y 11 (26%) otras patologías.

Se realizaron 71 dispensaciones. A 30 pacientes (71%) se les dispensaron los colirios una vez (duración del tratamiento < 3 meses), a 7 pacientes (17%) 3 veces (tratamiento 6-9 meses), y a 5 pacientes (12%) 4 veces (tratamiento > 12 meses).

- Durante el año 2013 se elaboraron colirios para 51 pacientes, 27 mujeres (53%) y 24 hombres (47%) con una media de edad de 61 años (rango: 7-96 años). 15 pacientes (29%) presentaban como diagnóstico ojo seco severo, 4 (8%) DEP, 18 (35%) queratitis, 3 (6%) glaucoma, y 11 (22%) otras patologías.

Se realizaron 101 dispensaciones. A 31 pacientes (61%) se les dispensaron los colirios una vez (duración del tratamiento < 3 meses), a 10 pacientes (20%) 3 veces (tratamiento 6-9 meses), a 2 pacientes (4%) 4 veces (tratamiento 10-12 meses), y a 8 pacientes (16%) 4 veces (tratamiento > 12 meses).

- Durante el año 2014 se elaboraron colirios de SA para 52 pacientes, 29 mujeres (56%) y 23 hombres (44%) con una media de edad de 63 años (rango: 4-92 años). 13 pacientes (25%) presentaban como diagnóstico ojo seco severo, 7 (13%) DEP, 19 (36%) queratitis, 4 (7%) glaucoma, y 9 (17%) otras patologías.

Se realizaron 107 dispensaciones. A 31 pacientes (60 %) se les dispensaron los colirios una vez (duración del tratamiento < 3 meses), a 1 paciente (2%) 2 veces (tratamiento 3-6 meses), a 6 pacientes (11%) 3 veces (tratamiento 6-9 meses), a 4 pacientes (6%) 4 veces (tratamiento 10-12 meses), y a 10 pacientes (20%) 4 veces (tratamiento > 12 meses)

Conclusiones:

- El número de pacientes tratados con colirio de SA ha ido en aumento, así como el número de dispensaciones.
- Las patologías más frecuentes tratadas en nuestro hospital son ojo seco severo y DEP. Actualmente, no existe ningún consenso que regule la indicación del tratamiento con SA, pero sí estudios que evidencian la eficacia en estas dolencias.
- Aunque la duración del tratamiento depende de la patología, predomina una tendencia de cronificación del tratamiento.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Ramírez Córcoles, A.; Pagán Núñez, F.T
Gerencia Atención Integrada de Almansa

Objetivo: Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en asma alérgica grave persistente mediada por IgE (Inmunoglobulina E) en pacientes que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves a pesar de utilizar corticoides diarios inhalados más un agonista beta2 inhalado de larga duración y en urticaria crónica espontánea en pacientes con respuesta inadecuada al tratamiento con antihistamínicos H1. El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de omalizumab en las diferentes indicaciones utilizadas en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con omalizumab desde febrero 2011 hasta febrero 2015. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, servicio prescriptor, diagnóstico, IgE basal inicial, FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de una espiración forzada), test cutáneo a aeroalérgenos perennes, tratamientos previos y posteriores al tratamiento con omalizumab, dosis y frecuencia de administración. Los datos de recogieron del programa Farmatools®, historia clínica y analítica.

Resultados: Durante el periodo de estudio 10 pacientes han recibido tratamiento con omalizumab, 6 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 43 años (rango 12-77). El servicio prescriptor mayoritario es alergología con un total de 8 pacientes seguido de neumología con 1 paciente y pediatría con 1 paciente. La dosificación de omalizumab se realiza en función del peso corporal (Kg) y la concentración de IgE basal tal y como se indica en ficha técnica (FT), en el 90% de los pacientes las dosis y frecuencia de administración se ajustan a lo establecido en FT (150 mg/4 semanas a 300 mg/2 semanas) pero en ningún informe viene reflejado el peso del paciente por lo que se desconoce si es correcta la individualización de dosis. Del total de pacientes tratados, la indicación de omalizumab en 8 pacientes se ajusta a FT, 5 pacientes con diagnóstico de asma alérgica persistente con test cutáneo positivo a aeroalérgenos perennes y 3 pacientes con diagnóstico de urticaria crónica persistente. En 2 pacientes el diagnóstico es asma no alérgico persistente con test cutáneo a aeroalérgenos perennes negativo, por lo que se trata de una indicación fuera de FT. El 100% de los pacientes con diagnóstico de asma persistente presentaban una FEV1<80% (media=56,5%) antes del inicio de tratamiento con omalizumab, y el 80% de los pacientes con dicho diagnóstico presentaban una IgE >76 UI/ml siendo la concentración media de IgE inicial de 838,4 UI/ml (rango 42-5000 UI/ml) en el momento de inicio de tratamiento con omalizumab. El 90% de los pacientes con asma persistente presentaron mejoría clínica con menor necesidad de uso de corticoides sistémicos. En 1 paciente se suspendió el tratamiento por ineficacia. No se han descrito efectos adversos durante su utilización.

Conclusiones: El 80% de los pacientes tratados con omalizumab cumplían criterios de indicación de FT. El servicio prescriptor mayoritario es alergología (80%). En la mayoría de los pacientes con diagnóstico de asma persistente el tratamiento con omalizumab ha resultado ser una opción terapéutica efectiva con un buen perfil de seguridad.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES ANCIANOS.

Martínez Camacho M, Rodríguez Jiménez E*, Martín Agudo L, Fernández-Shaw Toda C**, García Marco D***

Hospital Virgen del Valle (Toledo), Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo)***

Objetivos: La validación de los tratamientos permite detectar PRM (problemas relacionados con los medicamentos), que causan un alto porcentaje de la mortalidad y morbilidad de la población anciana y que son fácilmente evitables, así como el ahorro económico, consecuencia de una mejor utilización de los medicamentos y de la gestión de adquisiciones. Este trabajo evalúa la mejora asistencial a través de las intervenciones farmacéuticas para detectar prescripciones inadecuadas en los pacientes ingresados.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional para evaluar todas las intervenciones farmacéuticas sobre las prescripciones de los pacientes ingresados durante todo el año 2014. El sistema de distribución de medicamentos es por dosis unitaria diaria; el farmacéutico valida las órdenes médicas de tratamiento que se realizan y la prescripción es electrónica. El número de intervenciones se extrajo del programa informático de prescripción electrónica. La mejora asistencial se evaluó calculando el número de intervenciones realizadas, que contribuyen directamente a mejorar la utilización de medicamentos. Para el registro de las intervenciones se utiliza un sistema de codificación de 10 ítems: Alergia, Dispensación, Dosificación, Duración de tratamiento, Especialidad incorrecta, Indicación, Interacciones, Pauta/Secuencia horaria, Vías de administración y Otros. La evaluación del impacto se realizó por código de impacto (efectividad, toxicidad) y por código de significación (Apropiado, Indiferente, Inapropiado). Por otro lado, se especifica su resolución y si son o no aceptadas por el médico prescriptor.

Resultados: Se revisaron 64468 tratamientos, con un total de 448077 líneas de prescripción, de 3837 pacientes geriátricos ingresados durante el año 2014, con una media de 10,9 medicamento prescritos/paciente. Se registraron una media de 2,5 intervenciones/día, con un total de 628 intervenciones. En base a los ingresos el índice se sitúa en 0,16 intervenciones/ingreso. En cuanto al tipo de intervención las más frecuentes fueron por Dispensación el 68,15% (Adecuación a la forma farmacéutica 62,15%; Medicamento no Incluido en Guía 30,37% e Intercambio Terapéutico 7,47%); Interacción 10,51%; Dosificación 9,24% y Especialidad Incorrecta un 6,85%. Los grupos terapéuticos más implicados fueron el C (Cardiovascular) 29,78%; N (Sistema Nervioso) 19,59%; H (Terapia Hormonal) 16,40% y A (Aparato Digestivo) 12,58%. Por otro lado, las formas farmacéuticas más involucradas han sido los comprimidos orales en un 64,81%, las cápsulas un 12,58%, y las ampollas y viales en un 7,01%. La distribución de los códigos de impacto fue del 80,57 % de efectividad; 16,72% de toxicidad y 2,70% no valorables. La distribución de los códigos de significación fue: 0,65% apropiado y extremadamente significativo; 16,54% apropiado y muy significativo; 77,70% apropiado y significativo y el 5,09% no significativo. Las intervenciones realizadas y analizadas fueron dirigidas a los facultativos médicos y la aceptación de las intervenciones fue del 100%.

Conclusiones: Los grupos más prevalentes, C y N coinciden con los encontrados por otros autores dentro de las intervenciones realizadas en el hospital. La monitorización terapéutica por parte del farmacéutico facilita, evita o minimiza los efectos indeseables o los problemas relacionados con los medicamentos.

No hay **conflicto de intereses**.

[\(Enlace al póster\)](#)

DESARROLLO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE PAROMOMICINA TOPICA 5% PARA TRICOMONIASIS VAGINAL.

García Palomo, M; Martínez Sesmero J.M; Manzano Lista F.J; Quirós Ambel H. A; Labrador Andújar, N; Moya Gómez P. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir el desarrollo de una fórmula magistral de paromomicina vaginal para una paciente con 1 año de historia de infección por *Trichomonas vaginalis* resistente al tratamiento con metronidazol y tinidazol oral y su efectividad a corto plazo.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos MeSH “trichomoniasis”, “paromomycin”, “tinidazole”, “metronidazole resistant”, “nitroimidazole resistant”, así como en los principales recursos web de formulación magistral. También se revisaron las guías más actualizadas para el tratamiento de la tricomoniasis vaginal y se realizó la matriz de riesgo para preparados no estériles según la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Resultados: El tratamiento concomitante de tinidazol oral a altas dosis con paromomicina vaginal resultó ser la alternativa estudiada más efectiva en casos de resistencia a nitroimidazoles (58% efectividad), aunque en ningún artículo describía cómo formularla. Se redactó un procedimiento normalizado de elaboración y control de paromomicina 5% en emulsión oleo-acuosa, asignándose un riesgo medio con un periodo de validez de 30 días. Para la elaboración de un envase de 100 g se utilizaron 25 g de Neo PCL O/W autoemulsionable (Acofarma) que se fundieron al baño maría a 70°C (fase oleosa). Por otro lado se preparó la fase acuosa midiendo 70 ml de agua destilada en probeta y añadiendo sobre ella 5 g de glicerina y nipagín sódico 0,2%. La fase acuosa se calentó también al baño maría a 70°C. Cuando ambas fases alcanzaron la misma temperatura, se añadió la fase acuosa sobre la oleosa, agitando con varilla de vidrio hasta formar la emulsión. Para la obtención de paromomicina sulfato se partió de cápsulas de Humatin® (Parke Davis S.L.), utilizando 20 cápsulas (5 g paromomicina sulfato), que se vaciaron sobre mortero y se añadió la emulsión obtenida enfriada a 30°C mezclando hasta obtener una emulsión homogénea, que resultó tener un color blanco, textura suave y agradable y un ph = 5 – 7,5. Se le explicó a la paciente el método de administración (1 aplicación de 5 g de emulsión mediante aplicador vaginal, diariamente por la noche, durante 14 días) y se le advirtió de la posibilidad de irritación química de la zona vaginal y el modo de prevenirla.

La paciente experimentó como efectos adversos al tratamiento con paromomicina la aparición de úlceras vaginales y dolor a la administración, que cedieron al finalizar el tratamiento.

Tres meses tras la finalización del mismo la paciente persiste asintomática y sin signos de infección.

Conclusiones: El tratamiento de la tricomoniasis vaginal resistente a nitroimidazoles a dosis altas supone un reto terapéutico debido a que las opciones son limitadas y de poca evidencia. La paromomicina vaginal es una alternativa pero no está comercializado ni tampoco normalizado el procedimiento para formularla. En nuestra paciente, esta sencilla fórmula magistral junto con el tratamiento concomitante con tinidazol fue efectiva aunque no exenta de reacciones adversas.

Conflicto de intereses: Nada que declarar.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFICIENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DALE COLOR A TU DOSIS UNITARIA.

García Marco D, Fernández-Shaw Toda C, Rodríguez Jiménez E, Martínez Camacho M*
Hospital Nacional de Parapléjicos (Toledo), Hospital Virgen del Valle (Toledo)**

Objetivos: Valorar la eficiencia del proyecto dale color a tu dosis unitaria.

Métodos: Se realiza el proyecto "Dale color a tu dosis unitaria" que pretende disminuir los errores por similitud en la apariencia de los medicamentos al aplicar colores y formatos diferentes a los medicamentos sólidos orales en dosis unitarias; a su vez pretende ahorrar tiempo de auxiliar en la preparación de dichas dosis unitarias. El programa "Dale Color a tu Dosis Unitaria" tiene además del control habitual (especialidad, principio activo, lote y caducidad) la opción de identificar a la persona que manipula el reetiquetado, así como la fecha y hora a la se ha imprimido la etiqueta; y un registro de impresión que recoge esos datos así como la cantidad reetiquetada, el revisor y observaciones. Posee un control de seguridad de forma que no se puede modificar ni el nombre del medicamento ni el principio activo, tan sólo, el lote y la caducidad, excepto en dos modelos genéricos. Se realiza un video soporte en youtube para que los S de Farmacia puedan visualizar el proyecto.

Resultados: 22 servicios de farmacia se apuntan al proyecto con la intención de ponerlo en marcha en sus hospitales. La encuesta de satisfacción posterior muestra que los solicitantes del proyecto piensan que es necesario diferenciar los medicamentos que se manipulan en el S de Farmacia, y que este proyecto consigue diferenciarlos, es decir su eficacia queda demostrada. Los costes del material necesario del etiquetado es muchísimo más barato y a su vez el etiquetado con impresora nos lleva menos tiempo de auxiliar de enfermería. El tiempo para preparar en dosis unitaria 100 comprimidos es: reenvasado: 8':22'', reetiquetado en tamaño cuartilla (pegatina una a una): 7':59'', reetiquetado en formato folio 6':46''. Se ahorra un 5% del tiempo del auxiliar en las pegatinas de tamaño cuartilla, y un 19% si se emplean las etiquetas de tamaño folio, a este ahorro se debe añadir que el coste de etiquetar 100 comprimidos es 0,30€, y el reenvasado es de 2,74€ (9 veces más caro). El reetiquetado por este método es más eficiente que el reenvasado en la diferenciación de medicamentos, siendo la alternativa dominante en el análisis de eficiencia al ser más efectiva y menos costosa. La lista-sefh es una buena herramienta para que los servicios de farmacia se incorporen a nuevos proyectos de otros hospitales.

Conclusiones:

1) El reetiquetado con el proyecto Dale color a tu dosis unitaria consigue diferenciar los medicamentos en dosis unitaria. 2) Es más eficiente reetiquetar con este proyecto que reenvasar, al disminuir tiempo de auxiliar y de material. 3) La lista-sefh es un buen medio de comunicación para compartir, cambiar y mejorar el trabajo en los S de Farmacia.

No hay **conflicto de intereses**.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE FAMPRIDINA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Iturgoyen Fuentes D, Piqueras Romero C, Dominguez Herencias S, García Esteban B, González Joga B y Berrocal Javato MA. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)

Objetivo: Evaluación de la eficacia de fampridina en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) con alteración de la marcha a los tres meses después del inicio del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un año de duración en el que se incluyeron pacientes con EM, con grado de discapacidad de 4 a 7 según la escala EDSS (Escala Expandida del Estado de Discapacidad), tratados con una dosis de fampridina de 10 mg/12h entre enero de 2014 y enero de 2015.

Para medir la efectividad se utilizó la prueba cronometrada de la marcha de los 25 pies (T25FW) y la escala de evaluación de la movilidad en EM de los 12 ítems (MSWS-12) a los 15 días, al mes y a los 3 meses del inicio del tratamiento, según el protocolo de utilización establecido en nuestro hospital.

Como criterios de efectividad se utilizaron el aumento de la velocidad en el test T25FW mayor o igual al 20% y mejoría subjetiva del paciente confirmada mediante el test de MSWS-12 a los tres meses de tratamiento. Los pacientes aportaron un informe con los resultados de estos test de eficacia para la dispensación de fampridina en el servicio de farmacia.

Los datos antropométricos (edad, sexo) e historial farmacoterapéutico fueron recogidos en el Módulo de Gestión de Pacientes Externos del programa Farmatools®. Los datos clínicos (diagnóstico de EM) se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica del paciente (Mambrino XXI®).

Resultados:

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento con fampridina 17 pacientes (9 mujeres y 8 hombres), con una mediana de edad de 45 años y un valor de entre 4.0 y 7.0 en la escala EDSS.

De ellos, 11 pacientes (5 mujeres y 6 hombres) presentaron una mejoría en T25WT entre el 20 y el 75% a los 3 meses de tratamiento y todos confirmaron mejoría a través del MSWS-12. La media inicial y tras tres meses de tratamiento del T25FW fue de 17 segundos (rango: 7.1-53) y 8.6 segundos (rango: 4.7-33.8) respectivamente.

En 4 pacientes (2 mujeres y 2 hombres) no se obtuvo mejoría tras los primeros 15 o 30 días de tratamiento y se suspendió el mismo.

En los 2 pacientes restantes todavía no se tienen datos de los primeros 3 meses de tratamiento.

Conclusiones:

Fampridina produjo un aumento de la velocidad de la marcha en el 65% de los pacientes incluidos en este estudio, disminuyendo en 8,4 segundos la media inicial obtenida por los pacientes en el T25FW.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DEL METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES TRATADOS CON SOFOSBUVIR FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

Martínez Sesmero JM, Manzano Lista J, García Palomo M, López Sánchez P, Cía Lecumberri JJ, Moya Gómez P.

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivo: Describir y analizar los cambios tempranos (semana 4) del perfil lipídico (Colesterol LDL -cLDL- y Triglicéridos -TG-) en una cohorte de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) tratados con Sofosbuvir (SOF).

Material y método: Estudio observacional, prospectivo y analítico, efectuado en un centro hospitalario de tercer nivel (780 camas), de los pacientes que iniciaron tratamiento con SOF más otros agentes antivirales directos (AAD = Simeprevir -SIM- o Daclatasvir -DAC-) o no directos (Ribavirina -RBV- o Interferon pegilado -IP-) desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2015. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y FarmaTools[®] 2.5 (edad, sexo, grado de fibrosis -fibroscan-, genotipo viral, IL-28B, coinfección VIH, tratamiento VHC, respuesta viral en semana 4 -RV4-, TG y cLDL 4 semanas antes del tratamiento y tras 4 semanas de su inicio). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la aplicación SPSS[®] 17.0 (prueba de los signos de Wilcoxon y análisis de medias repetidas).

Resultados: En el período estudiado 27 pacientes comenzaron tratamiento con SOF (edad media = 55,6 ±9,1 años; 40,7% mujeres; 100% F4; genotipo 33,3 % 1a, 55,6% 1b y 11,1 3a; IL-28B 40,7% CC, 48,1% CT y 11,1% TT; coinfección VIH 29,6%) de los cuales 3 (11,1%) lo combinaron con RBV, 2 (7,4%) con RBV + IP, 7 (25,9%) con SIM, 3 (11,1%) con SIM + RBV, 5 (18,5%) con DAC y 7 (25,9%) con DAC + RBV. El 92,6% de los pacientes obtuvieron RV4. El valor medio de los TG antes del tratamiento y tras 4 semanas fue significativamente diferente ($p = 0,025$; 117,8 mg/dL vs. 107,2 mg/dL, respectivamente). El valor medio del cLDL antes del tratamiento y tras 4 semanas fue significativamente diferente ($p = 0,020$; 74,4 mg/dL vs. 78,1 mg/dL, respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de medidas repetidas para los factores intersujeto (genotipo viral, IL-28B, coinfección VIH y RV4), salvo para el tipo de tratamiento VHC ($p = 0,007$).

Conclusiones: es conocido que la infección por el VHC se asocia a cambios del metabolismo lipídico (hipocolesterolemia, hipobetalipoproteinemia, etc.) y que el tratamiento también influye en estos procesos. Nuestro estudio objetiva estos cambios, es decir, el rápido incremento del cLDL y el descenso de TG tras el inicio del tratamiento con SOF y otros AAD. Es posible que la magnitud de estos cambios dependa del tipo de combinación de AAD. Lo que impliquen estos cambios y relaciones como factores predictivos de RV sostenida se evaluará en futuros estudios.

Conflicto de intereses: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

GESTIÓN INFORMÁTICA DE LA ESTABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES ANTE UNA ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO: ACTUALIZACIÓN DE UNA APLICACIÓN PROPIA.

Labrador Andújar N, Cía Lecumberri JJ, Manzano Lista FJ, Quirós Ambel H, Moya Gómez P. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivo: Elaborar una actualización de una aplicación informática de elaboración propia para gestionar la estabilidad de los medicamentos termolábiles (MT) incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) con una rápida identificación de su validez ante una rotura de la cadena de frío.

Materiales y métodos: se revisaron los datos disponibles en ficha técnica y bibliografía publicada sobre la estabilidad de los MT incluidos en GFT para la posterior actualización y mejora de la aplicación informática ya disponible en un hospital de tercer nivel. La aplicación informática creada mediante el programa Microsoft Office Excel 2003 incluye los siguientes datos: código nacional, especialidad farmacéutica, principio activo, frigorífico en el que se encuentra almacenado en el Servicio de Farmacia, estabilidad (clasificada por un código numérico del 1 al 6 según el tiempo de estabilidad y temperatura máxima alcanzada: 24 horas, 72 horas, 1 semana, 1 mes, más de un mes e inestables fuera de nevera), temperatura de estabilidad, observaciones y proveedor. En esta nueva versión, además de introducir el tiempo que ha permanecido rota la cadena de frío, se ha habilitado una celda adicional para anotar la temperatura máxima alcanzada. Combinando la información de ambos parámetros, la aplicación resalta en color rojo aquellos medicamentos considerados inestables por encima del tiempo y temperatura alcanzados, y en color amarillo aquellos en los que deban revisarse las condiciones específicas, dejando en color normal los que no han rebasado sus límites de conservación y por lo tanto son válidos.

Resultados: se revisaron 207 especialidades farmacéuticas termolábiles incluidas en la GFT, se clasificaron según el tiempo de estabilidad y temperatura máxima alcanzada en las 6 categorías y se incluyeron estos datos en la aplicación informática. La aplicación informática permite consultar de manera instantánea la validez de los MT disponibles en el hospital para los datos introducidos de tiempo de rotura de la cadena de frío y temperatura alcanzada.

Conclusiones: la temperatura de conservación de los MT es un requisito fundamental para garantizar la eficacia y seguridad de estos medicamentos. Por tanto disponer de una herramienta informática que nos permita actuar con rapidez ante una rotura de la cadena de frío y que facilite la retirada de los medicamentos no válidos, evitará el riesgo para la salud del paciente. Resulta necesario realizar actualizaciones de la aplicación para mantenerla al día de los medicamentos incluidos en la GFT, e incorporar mejoras como la diferente estabilidad en función de la temperatura máxima alcanzada, con el objetivo de garantizar la máxima seguridad para nuestros pacientes al usar un MT.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPLANTACIÓN Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE POTASIO INTRAVENOSO.

Mateos Rubio J. Manzano Lista F.J. Labrador Andújar N. Quirós Ambel H. Moya Gómez P. Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Objetivo: Describir los aspectos clave del protocolo de manejo de potasio intravenoso y analizar el grado de adherencia al mismo en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Para la elaboración del protocolo se consulta la bibliografía disponible respecto al manejo de potasio intravenoso y recomendaciones editadas por el Ministerio de Sanidad y el ISMP.

La adherencia se evalúa en función del consumo de CIK en las unidades autorizadas con respecto al total de ampollas de CIK 1M dispensadas durante 2014.

Obtención de datos de consumo de la aplicación Farmatools® v2.5, recogiendo: dispensaciones a GFH autorizadas según protocolo al empleo de soluciones concentradas de potasio (SCP), GFHs no autorizadas y dentro de ellas si fueron dispensadas en dosis unitaria con asignación al paciente o no.

En pacientes con prescripción de potasio fuera del protocolo la información se obtuvo de la Historia Clínica Electrónica: NHC, edad, sexo, servicio, diagnóstico, nivel de K+ sérico, días de tratamiento, uso justificado de SCP registrándose en EXCEL 2003.

Resultados: El "Protocolo de utilización de potasio intravenoso" fue elaborado por un grupo multidisciplinar y aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica y la Comisión de Seguridad del paciente en mayo de 2010.

Los puntos claves son:

- Indicaciones de prescripción/almacenamiento/preparación/administración segura de SPC.
- Descripción de las unidades autorizadas a la utilización de SPC: unidades de críticos (UCI/coronaria/reanimación), quirófanos, pediatría, urgencias y hemodiálisis.
- Procedimiento de intercambio terapéutico para adaptar las prescripciones a las 4 presentaciones de premezclados de potasio diluido disponibles en el hospital (Salino fisiológico y Glucosado-5% con 10 y 20 mEq de CIK en 500 ml).
- Aplicación de intercambio terapéutico de soluciones de Glucosalino 1/3 con CIK a soluciones de Salino y Glucosado-5% con CIK prediluido.
- Validación del fármaco y ajuste a múltiplos de 10 mEq de CIK.

Durante 2014 se dispensaron 36.042 ampollas de CIK, de las cuales 35.054 (97,26%) correspondieron a unidades autorizadas por el protocolo y 998 (2,76%) a unidades no autorizadas.

El consumo de SPC en unidades autorizadas correspondió a la UCI: 17.792 (49,36%), Pediatría: 6.110 (16,95%), Críticos Cardíacos (UCCC): 3.890 (10,79%), Quirófanos: 1.595 (4,25%) y Urgencias: 1.330 (3,69%).

De las SPC dispensadas a unidades no autorizadas según protocolo, 658 (65,93%) fueron prescritas en Farmatools® y 330 (33,66%) no fueron dispensadas en dosis unitarias.

De las ampollas de CIK no asignadas a pacientes los servicios prescriptores fueron: Cardiología 156 (47,27%), Medicina Interna 37 (11,21%) y Oncología 23 (6,96%) ampollas.

Los pacientes con prescripciones electrónicas de potasio fuera de protocolo fueron 16: 10 (62,5%) mujeres, edad media: 67,3 años (SD: 24,05). Los servicios prescriptores son: 7 (43,75%) Cardiología, 4 (25%) Medicina Interna y 5 (31,25%) otros servicios. El 100% de los pacientes cumplían criterios recogidos en el protocolo.

Conclusiones: El protocolo ha tenido una alta aceptación y una excelente adherencia dentro de nuestra institución.

Todas las prescripciones de SPC fuera del protocolo estaban justificadas.

Es importante un seguimiento continuo del protocolo con el objetivo de que todas las prescripciones se adapten al mismo, consiguiendo con ello el mínimo manejo de las SPC fuera del circuito de seguridad que garantiza el protocolo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL.

Quirós Ambel, H. Mateos Rubio, J. Manzano Lista, F.J. Labrador Andujar, N., Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivo:

Elaborar un protocolo de utilización seguro de medicamentos de alto riesgo (MAR) en nuestro hospital. Describir los contenidos y los procedimientos llevados a cabo para elaborar y difundir el protocolo MAR. Fomentar la cultura de seguridad en la institución y reducir los riesgos para los pacientes derivados de la utilización de los MAR.

Material: Estudio descriptivo prospectivo en un hospital de tercer nivel. Para la elaboración del protocolo se estudian y analizan los siguientes documentos:

- Relación adaptada de los medicamentos de alto riesgo publicada por ISMP-España, Septiembre-2012.
- Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, MSC, Diciembre-2007.
- Cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en hospitales. ISMP-MSM. Madrid. 2007.

Con esta información se elabora una guía para la mejora de la seguridad de los MAR donde se incluye la relación de prácticas seguras y se seleccionan los medicamentos de alto riesgo en nuestro hospital. Para la generación de alertas en la prescripción electrónica se utiliza el programa Farmatools® V2.5.

Resultados: Las estrategias desarrolladas en el protocolo fueron las siguientes:

- Se identificaron 88 principios activos MAR incluidos en la guía del hospital, contenidos en 375 especialidades farmacéuticas: 127 citostáticos, 40 en grupo de opiáceos, 30 en anestésicos locales, 21 en soluciones de electrolitos, 14 medicamentos cardioactivos.
- Con objeto de alertar a los clínicos prescriptores y al personal de enfermería se incorporaron alertas MAR en todas las fichas del maestro del programa Farmatools® de prescripción electrónica asistida.
- Se editó un póster con “Prácticas seguras en la utilización de los MAR” donde se seleccionaron los medicamentos de mayor riesgo y utilización en el hospital. Se imprimieron 50 pósters que fueron colocados en las áreas de almacenamiento y preparación de los medicamentos en las unidades de enfermería.
- Se diseñaron etiquetas adhesivas de alerta “Precaución MAR”, que fueron colocadas en los cajetines y estantes del servicio de farmacia y en los cajetines de 24 botiquines del hospital.
- Se limitó la prescripción-dispensación de MAR de uso restringido a unidades especiales.
- Se elaboró una “Guía de administración parenteral de MAR” que fue colgada en la intranet.

El protocolo completo fue presentado y aprobado por la Comisión de Seguridad del Paciente y se difundió a través de la intranet en la sección de Farmacovigilancia y seguridad del servicio de farmacia. La comunicación fue potenciada por la presentación del protocolo en dos sesiones clínicas generales intrahospitalarias.

Conclusiones: La información del protocolo proporciona ayudas y alertas informativas a la prescripción/almacenamiento/dispensación/preparación y administración de los MAR en nuestro hospital. La implantación del protocolo ha resultado ser un instrumento efectivo y adecuado para coordinar y mejorar la cultura de seguridad en la utilización de estos medicamentos. Es necesario establecer indicadores que nos permitan medir el impacto y los resultados de este programa en el futuro.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.

López Sánchez, P; Martínez Sesmero, JM; Quirós Ambel, H; Manzano Lista, FJ; Labrador Andújar, N; Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Objetivo: Describir y analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante los primeros meses (Fase I) de la integración del farmacéutico en el equipo asistencial de un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

Material y método: Estudio naturalístico, descriptivo y prospectivo, desde septiembre 2014 a enero 2015, en un Hospital General de 700 camas. Se desarrolló en el área de observación del SUH que tenía 18 puestos para pacientes. Con 2 enfermeras/os y 1 auxiliar de enfermería, coordinadas por una supervisora, y 2 médicos del SUH y otros especialistas. La Fase I del proyecto global pretendía proporcionar información de medicamentos a los profesionales del equipo asistencial y mejorar la organización y gestión de stocks de medicamentos. Se definió IF como las actuaciones realizadas en todo lo relacionado al circuito del medicamento (petición de medicamentos al Servicio de Farmacia (SF), distribución al SUH, almacenamiento en botiquín convencional del SUH, prescripción médica manual, validación farmacéutica, preparación de medicamentos, administración y seguimiento de pacientes). Se categorizaron en función del personal al que fueran dirigidas las IF: A) IF a personal de enfermería (A1: Resolución de dudas sobre medicamentos; A2: Intercambio terapéuticos; A3: Aclaraciones de la prescripción de la orden médica; A4: Cambio de vía de administración), B) IF a facultativos (B1: Información de medicamentos; B2: Cambios a fármacos alternativos disponibles en el hospital; B3: Discontinuación de tratamiento; B4: Detección de duplicidades farmacológicas) y C) IF a supervisora de enfermería centrada en la gestión de botiquines (C1: Peticiones al Servicio de Farmacia evitados). Las IF y su aceptación se registraron diariamente en una hoja de recogida de datos electrónica Excel®. Los resultados se analizaron con SPSS® v.19.0.

Resultados: Se realizaron 1275 IF (15 IF/día). Destacó la IF A1 (n=510 (40%); media=6,2; Desviación estándar (DS)=1,4), seguida de C1 (n=201 (15,8%); media=2,5; DS=1,1), A3 (n=183 (14,4%); media=2,2; DS=1,0), A2 (n=157 (12,3%); media=1,9; DS=0,8) y A4 (n=78 (6,1%); media=1,0; DS=0,8). Las minoritarias fueron B3 (n=59 (4,6%); media=0,7; DS=0,7), B2 (n=43 (3,4%); media=0,5; DS=0,6), B1 (n=24 (1,9%); media=0,3; DS=0,5) y B4 (n=20 (1,6%); media=0,2; DS=0,5). Se aceptaron 1242 IF (97%), sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los grados de aceptación de los grupos A (98,6%), B (86,3%) y C (100%).

Conclusiones: Las IF centradas en el personal de enfermería fueron más del 70% del total, y tan sólo un 11,5% fueron relativas al personal médico. Se espera que las IF dirigidas al médico aumenten durante la Fase II, fundamentalmente encaminadas a la conciliación de la medicación. La alta aceptación de las IF muestra una gran colaboración y confianza en el nuevo facultativo, que consideramos ya integrado. Aún existiendo algunas limitaciones, como la falta de automatización, se sigue avanzando para conseguir la máxima seguridad y eficiencia en el uso de los medicamentos.

Conflicto de intereses: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

OMALIZUMAB COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LOS PACIENTES REFRACTARIOS A LA INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA.

Martínez Camacho M, Marchán Martín E**, Rodríguez Jiménez E*, de la Osa Puebla V**, Senent Sánchez C**.*

**Servicio de Farmacia, **Servicio de Alergología. Hospital Virgen del Valle (Toledo)*

Objetivo: La alergia a las proteínas de leche de vaca durante la infancia tiene buen pronóstico y algunos niños pueden conseguir la tolerancia, a través de la dieta, entre un tiempo de 2-5 años. Pero entre un 10-15% de los pacientes se diagnostican de alergia persistente; y en ellos es necesario realizar algún tratamiento, ya que evitar completamente este alimento durante toda la vida es muy difícil y pueden ocurrir accidentes con consecuencias graves. El tratamiento de desensibilización o inducción oral de tolerancia (IOT) consiste en la administración oral de pequeñas cantidades progresivamente crecientes del alimento al que el paciente es alérgico, de manera pausada y bajo control médico, hasta alcanzar la tolerancia. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia del Omalizumab en niños que no progresaban en la IOT de tolerancia a leche de vaca pese a añadirles tratamiento antihistamínico.

Métodos: Estudio retrospectivo desde octubre 2010 a diciembre de 2011 de niños mayores de 5 años diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca. Se requería para su inclusión provocación oral controlada (POC) positiva, excepto en niños que en los dos últimos meses habían sufrido una exposición accidental positiva o anafilaxia. Los niveles de IgE, IgG, IgG4 específicas frente a: caseína, α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina y leche de vaca fueron medidos antes y después de completar el protocolo. Los síntomas fueron tratados con antihistamínicos, y a los no respondedores se les añadió Omalizumab.

Resultados: 40 pacientes presentaron POC positiva, de ellos se incluyeron 38 de los que 37 completaron el protocolo de desensibilización y 9 presentaron síntomas que requirieron tratamiento con Omalizumab. La IgE total aumentó de manera significativa en todos los pacientes durante todo el protocolo ($p=0,002$). Por otro lado, el 77% de los pacientes que recibieron Omalizumab eran asmáticos. Todos toleraron 200 ml de leche al finalizar el protocolo; y tras la retirada de Omalizumab, dos pacientes presentaron recidiva. Los pacientes asmáticos tuvieron un riesgo 6,5 veces mayor de precisar Omalizumab para conseguir la inducción oral de tolerancia a la leche de vaca con éxito ($p=0,004$). Por otro lado, los que requirieron Omalizumab tuvieron una IgE total inicial y específica a caseína mayor que el resto de los sujetos ($p=0,003$).

Conclusiones: La IOT es una opción terapéutica a tener en cuenta en niños mayores de 5 años con un elevado porcentaje de éxito. Por nuestra experiencia creemos que en pacientes por encima de 5 años en los que la IOT no progresa pese al tratamiento concomitante con antihistamínicos se debe intentar tratamiento adyuvante con Omalizumab, dados los buenos resultados obtenidos, a pesar de tratarse de una serie no muy amplia. La cuestión final sobre hasta cuando mantener el tratamiento sigue sin respuesta, a la espera de mayor experiencia clínica.

No hay **conflicto de intereses**

[\(Enlace al póster\)](#)

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ELVITEGRAVIR Y DOLUTEGRAVIR.

Manzano Lista, F.J. Martínez Sesmero, J.M. López Sánchez, P. Mateos Rubio J. Moya Gómez, P. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivo: Evaluar los motivos de cambio de la terapia antirretroviral (TAR) en pacientes en los que se introducen los inhibidores de la integrasa (II) Elvitegravir/cobicistat (EVG/c) o Dolutegravir (DTG) así como analizar la efectividad y seguridad tras el cambio.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico de los pacientes a los que se prescribe EVG/c o DTG en la consulta monográfica de VIH de un hospital de tercer nivel. Los datos clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica (sexo, edad, co-infección, carga viral -CV- y recuento de CD4 antes/después del cambio de TAR, motivo de cambio de TAR) y los relativos a su farmacoterapia de la aplicación FarmaTools® (líneas de TAR previas, TAR anterior/después del cambio). Tratamiento estadístico con SPSS® 21.0.

Resultados: Se evaluaron 45 pacientes (24,4% mujeres; edad media 49,7±6,2 años; 86,6% co-infección con VHC; CV media antes del cambio 305.120±125.234 copias/ml; media de CD4 antes del cambio de 432±205 células/μl; media de 3,3±2,1 líneas previas antes del cambio de TAR, principalmente basadas en Inhibidores de Proteasa -IP- 75,5%) de los cuales 31 (68,9%) fueron cambiados a EVG/c coformulado con Emtricitabina/Tenofovir y 14 (31,1%) a DTG (12 combinado con Abacavir/Lamivudina, 1 con Emtricitabina/Tenofovir y 1 con otras combinaciones).

Los motivos de cambio recogidos fueron: 15 (33,4%) casos de manifestación de algún efecto adverso (EAs) relacionado con el TAR (12 con EVG/c vs 3 con DTG, p= 0,347), 14 (31,1%) casos por evitar interacción con otros fármacos no TAR (7 con EVG/c vs. 7 con DTG, p= 0,081), 12 (26,6%) casos con el objetivo simplificar el TAR (10 con EVG/c vs. 2 con DTG, p= 0,412) y 4 (8,8%) otros motivos (2 con EVG/c vs. 2 con DTG, p= 0,280).

La mediana de seguimiento global tras cambio de TAR fue 6,3 meses. La CV media tras cambio de TAR fue de 36.435±12.564 copias/ml (p= 0,002) y la media de CD4 de 555±165 células/μl (p= 0,112). Respecto a la seguridad, no se identificó ningún efecto adverso relacionado con el TAR, sólo un paciente co-infectado por VHC al que se cambió a EVG/c coformulado debió suspender la medicación para iniciar tratamiento frente al VHC.

Conclusiones: Los principales motivos de cambio fueron evitar EAs e interacciones relativos al TAR. No existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los motivos de cambio entre los pacientes a los que se decide cambiar a EVG/c o DTG, únicamente cuando el motivo de cambio es con el objetivo de evitar interacciones medicamentosas existe una mayor tendencia a prescribir DTG.

La CV media tras el cambio a los nuevos II mejoró significativamente, y se observó una tendencia de aumento en la media de CD4, aunque no significativa. El perfil de tolerancia de los nuevos II durante el período de estudio resultó bastante favorable. Es posible que la mejora de la adherencia tras el cambio de TAR influya en estos resultados.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)