

Reunión de Zona SEFH—Castilla La Mancha

**XI Jornadas Científicas
de la Sociedad Castellano Manchega
de Farmacia Hospitalaria**

Ciudad Real 22 y 23 de Abril de 2016

Organiza



**XI JORNADA CIENTIFICA SCMFH
CIUDAD REAL 22 y 23 de Abril de 2016**

LIBRO DE RESÚMENES

Comité organizador

Dra. Marta Rodríguez Martínez

Dr. Juan José Cía Lecumberri

Dra. Eva Martín Alcalde

Dra. María Garrigues Sebastiá

Dra. Elida Vila Torres

Dr. Raúl Pérez Serrano

Comité científico

Dra. Carmen Encinas Barrios

Dra. Isabel Campanario López

Dra. Beatriz González Joga

Dra. Ana Horta Hernández

Dra. Cristina García Gómez

Dra. Gema Marcos Pérez

Dra. Caridad Martí Gil

Dra. Piedad López Sánchez

Dra. M^a Luisa Moreno Perulero

Dr. José Manuel Martínez Sesmero

Dra. Esther Domingo Chiva

PROGRAMA CIENTÍFICO



VIERNES 22 ABRIL

17:00 h Reunión de la Junta Directiva, Comité organizador y Comité científico.

17:00 h Reunión Residentes

18:00 h Código de Ética Farmacéutica versión 2.0.
Dra. Dolores Barreda. Jefe del Servicio de Farmacia,
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

SÁBADO 23 ABRIL

9:30h Inauguración Oficial de la Jornada.

Dr. Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Dra. Carmen Encinas. Presidenta de la SCMFH.

Dra. Marta Rodríguez. Presidenta del Comité Organizador.

9:45h Mesa Redonda.

Modera: Dr. Pablo Aguado. Farmacéutico.

Director Gerente Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares.

9:50h “Las redes de expertos y profesionales en Castilla La Mancha”. Dr Santiago Cortés. Coordinador de la Red de expertos y profesionales de Urgencias.

10:05h El Farmacéutico de hospital como profesional experto en...

“...Evaluación de la innovación terapéutica: El ejemplo de la Oncología”. Dra M^a Dolores Fraga. FEA. Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

“...El uso Seguro del Medicamento: experiencias 2.0”.

Dr Sergio Plata. FEA. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

“...Atención Farmacéutica: El ejemplo en Anestesiología y Reanimación”. Dra Esther Domingo. FEA. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

“...Nuevas tecnologías: Decisiones clínicas con apoyo automático en la validación de medicamentos”.

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

11:05h Debate

11:30h Pausa- Café

11:50h Presentación Oral de las Mejores Comunicaciones.

12:50h Conclusiones de la Jornada: ¿Qué nos queda del día de hoy?. Dra. Ana Horta. Jefe del Servicio de Farmacia, Hospital Guadalajara.

13:00h Presentación y entrega del libro “Atención Farmacéutica en Casos Clínicos. Tomo IV: Enfermedades Raras”

Dra. Ana Valladolid. Jefe del Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

13:10h Entrega del Premio de la SCMFH a la mejor comunicación oral

13:15h Clausura de la Jornada.

13:15 h Asamblea General Ordinaria de la SCMFH

14:10 h Cocktail de clausura

COMUNICACIONES ORALES 9

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES PRETRATADOS (REZOLSTA®) 9

EFICIENCIA DEL REETIQUETADO DE DOSIS UNITARIAS MEDIANTE EL SISTEMA “DÁLE COLOR A TU DOSIS UNITARIA” 10

NUEVAS TECNOLOGÍAS WEB 2.0. EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS: DISEÑO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES 11

DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA CONSULTA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS CON ADMINISTRACIÓN PARENTERAL 12

PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO MODIFICADOR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO 13

COMUNICACIONES POSTER 14

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS NUEVAS TERAPIAS EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C 14

ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON INFILIXIMAB (REMICADE® VS REMSIMA®) 15

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS 16

DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DURANTE UN AÑO EN EL HOSPITAL Y POSIBLES PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS 17

TRATAMIENTO DEL PACIENTE AGITADO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS .. 18

ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 19

ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON ERIBULINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 20

USO DE LINEZOLID: ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN HOSPITALARIO 21

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y ACTITUD TERAPÉUTICA FRENTE A LAS INTERACCIONES CON ESTATINAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS 22

EXPERIENCIA DE USO DE IPILIMUMAB EN MELANOMA METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	23
ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN E INDICACIÓN DE BRONCODILADORES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DE DOS CENTROS SOCIOSANITARIOS	24
FORMULACIÓN DE METOTREXATO TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PUSTULOSIS PLANTAR	25
REORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA: PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES NO ESTÉRILES	26
ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y ALCANCE DE UNA CUENTA DE FACEBOOK CREADA PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN	27
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DIRECTA	28
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID Y ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO DEL HOSPITAL	29
INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	30
RAMUCIRUMAB EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	31
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA AUTORIZACIÓN INDIVIDUALIZADA DE UTILIZACIÓN DE VEDOLIZUMAB	32
EXPERIENCIA EN LA EXTRAVASACIÓN DE ANTRACICLINAS LIPOSOMALES	33
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DENOSUMAB EN METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS	34
ANÁLISIS ESTRATIFICADO DE EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA SEGÚN ORIGEN Y TIPO DE ANEMIA	35
JUNTO AL ONCÓLOGO MÉDICO EN UNA CONSULTA DE ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA	36
OPTIMIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	37
ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A CENTROS SOCIOSANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	38
ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN EL ÁREA DE ONCOHEMATOLOGÍA	39

RESULTADO DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE UNA SESION CLÍNICA DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS IV	40
UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE: MONOTERAPIA Y TERAPIA COMBINADA	41
ANALISIS DE LA UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON REGORAFENIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	42
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH: INICIOS Y CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	43
GEL DE AMITRIPTILINA Y KETAMINA AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	44
SHOCK CARDIOGÉNICO INDUCIDO POR IDARUBICINA: A PROPÓSITO DE UN CASO	45
ANALISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON DARUNAVIR + RITONAVIR FRENTE A DARUNAVIR/COBICISTAT	46
VALIDACIÓN FARMACÉUTICA CON APOYO VIRTUAL EN 29 HOSPITALES	47
EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DISPENSADOS EN EL HOSPITAL DURANTE EL PERÍODO 2010-2015	48
METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA: DAPSONA MÁS TRIMETOPRIM	49
GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	50
MANEJO DE LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	51
DECITABINA COMO TRATAMIENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO	52
ANÁLISIS DE TOLERANCIA PERCIBIDA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO	53
SEGUIMIENTO Y AJUSTE DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTE CON COLESTASIS	54
DESCRIPCIÓN DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD DE RULOXITINIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	55

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: LA VISIÓN EXPERIMENTADA FRENTE A LA VISIÓN DEL INEXPERTO	56
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DETECTADAS EN UNA CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA	57
ANÁLISIS DEL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS A TRAVÉS DE UN COMITÉ EN UN HOSPITAL COMARCAL	58
SIMPLIFICACIÓN ANTIRRETROVIRAL. COSTE-EFECTIVIDAD, SEGURIDAD E IMPACTO SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO	59
UTILIZACIÓN DE UN FÁRMACO BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO	60
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ALOPURINOL AL 3% TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ERITRODISESTESIA PALMO-PLANTAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	61
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA HEPATITIS C: PRIORIZAR SIN DEJAR DE TRATAR	62
PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA VALIDACIÓN A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS	63
EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE SUS PATOLOGÍAS VÍRICAS	64
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS ANTIFÚNGICOS EQUINOCANDINAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	65

COMUNICACIONES ORALES

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES PRETRATADOS (REZOLSTA®)

Manzano Lista, F.J.; Martínez-Sesmero, J.M.; Labrador Andujar, N.; Quirós Ambel, H.; García Sacristán, A.; Moya Gómez, P.

Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivo: describir la efectividad y seguridad de la combinación Darunavir + Cobicistat (DRV/COBI), así como los motivos del cambio de la terapia antirretroviral (TAR) en aquellos pacientes pretratados en los que se introduce ésta.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes pretratados a los que se prescribe DRV/COBI en la consulta monográfica de VIH de un hospital de tercer nivel. Los datos clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica por medio de la plataforma MAMBRINO XXI® (sexo, edad, creatinina -Cr-, carga viral -CV- y recuento de CD4 antes y después de 8 semanas tras el cambio a DRV/COBI, motivo de cambio a DRV/COBI y efectos adversos EAs con DRV/COBI) y los relativos a su farmacoterapia de la aplicación FarmaTools® (TAR anterior al inicio de tratamiento con DRV/COBI). El tratamiento estadístico de los datos fue realizado con SPSS® v21.0.

Resultados: se evaluaron un total de 43 pacientes (27,9% mujeres; edad media 52,1±9,4 años) de los cuales 35 (81,9%) presentaban TAR previo basado en DRV/RTV y 8 (10,7%) tenían otra combinación con un tercer agente, 2 (25%) con inhibidor de la integrasa (Dolutegravir) y 3 (37,5%) pacientes con un inhibidor de la transcriptasa no análogo de nucleósido (Nevirapina).

Los motivos de cambio a DRV/COBI fueron: 38 (92,3%) simplificación de tratamiento, 3 (4,6%) pacientes el cambio fue por intolerancia con el TAR anterior y 2 (3,0%) en busca de una mejora del perfil metabólico.

La CV media previa al cambio fue de 76.738±422.946 copias/ml y tras cambio 39.155±110.607 copias/ml ($p=0,323$), la media de CD4 de 689±297 células/mcl previa al cambio y 713±324 células/mcl posterior al cambio de TAR ($p=0,269$). Respecto a la seguridad la variación de los niveles de Cr antes (0,984 mg/dl) y después (1,027 mg/dl) del cambio a DRV/COBI no mostró diferencias significativas ($p=0,968$). Solo en un paciente (2,3%) se suspendió la combinación DRV/COBI por reacción alérgica al fármaco.

Respecto a la supresión virológica, en 28 (65,1%) la CV se mantuvo indetectable tras el cambio a DRV/COBI, en 8 (18,6%) la CV pasó de ser detectable a indetectable tras el cambio de TAR y en 6 (13,9%) pacientes la CV pasó de ser indetectable a detectable tras cambiar a DRV/COBI donde en 4 (66,67%) pacientes se presentó una falta de adherencia.

Conclusiones: se constata que el principal motivo de cambio DRV/COBI es la simplificación del tratamiento manteniendo el control virológico en el período estudiado.

El empleo de COBI inhibe la secreción tubular de Cr tal y como se indica en los estudios publicados, sin embargo, en nuestra población de estudio la variación de Cr tras el cambio a DRV/COBI no resulta significativo clínica ni estadísticamente, aun así, en pacientes con patología renal es recomendable manejar dicha combinación con precaución.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFICIENCIA DEL REETIQUETADO DE DOSIS UNITARIAS MEDIANTE EL SISTEMA “DÁLE COLOR A TU DOSIS UNITARIA”

*Autores: Olmos Jiménez, R.; García Marco, D.; Martínez Camacho, M.; Rodríguez Jiménez, E.
Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo.*

Introducción: El proyecto “Dale color a tu dosis unitaria” consiste en el reetiquetado de dosis unitarias con el objetivo de disminuir los errores de medicación por isoapariencia de los medicamentos, al aplicar colores y formatos diferentes a los medicamentos sólidos orales en dosis unitarias.

Objetivo: Valorar la eficiencia del reetiquetado de dosis unitarias respecto al reenvasado tradicional.

Material y Métodos: Se realizó la medida del tiempo de reenvasado y reetiquetado de 100 comprimidos, el tiempo de reetiquetado se evaluó para dos modelos diferentes de etiquetas: etiqueta formato folio (se adhiere la etiqueta completa al blíster del medicamento) y etiqueta formato individual (se adhiere la etiqueta una por una a cada comprimido del blíster del medicamento). Se calcularon los costes asociados al material necesario para el reenvasado (opalina, papel y cinta de la impresora), y el reetiquetado (pegatinas y tinta de la impresora), así como el coste asociado al personal implicado en el proceso de reetiquetar o reenvasar 100.000 comprimidos.

Resultados: Se evaluó el tiempo empleado en el reetiquetado de 100 comprimidos en formato folio y formato individual siendo de 306 segundos y 324 segundos, respectivamente. El tiempo necesario para reenvasar 100 comprimidos fue de 535 segundos. Se analizó también el tiempo necesario para dividir los comprimidos obtenidos, consiguiendo dosis individuales preparadas para su dispensación, siendo este tiempo de 87 segundos para los comprimidos reetiquetados en formato folio, 106 segundos para los reetiquetados en formato individual y de 132 para los comprimidos reenvasados. El ahorro de tiempo empleado para el reetiquetado y reenvasado fue de: 274 segundos (41,08%) si el reetiquetado se realizaba con el formato folio, y 237 segundos (35,53%) si era realizado con el formato individual. El coste asociado al material empleado para reenvasar o reetiquetar 100.000 comprimidos fue de 2.474 € y de 194 € (ahorro: 2.280 €), respectivamente, siendo el porcentaje de ahorro de material al reetiquetar 100.000 comprimidos respecto al coste del material de reenvasarlos del 92,1%. En cuanto al coste asociado al tiempo del auxiliar de farmacia, fue de 1.484,9 € para el reetiquetado de 100.000 comprimidos con las etiquetas formato folio y de 2.520,2 € para el reenvasado, siendo el porcentaje de ahorro del 41,1%. También se calculó el coste de amortización de la maquinaria necesaria para realizar ambos procesos, se consideró que para realizar el reenvasado durante 20 años se necesitaba 1 reenvasadora y para realizar el reetiquetado durante 20 años se necesitaban 4 impresoras, siendo el coste de 15.500 € y de 320 €, respectivamente, y por tanto el porcentaje de ahorro de maquinaria a 20 años utilizando el reetiquetado es del 97,7%.

Conclusiones: El ahorro de tiempo y material de la elaboración de dosis unitarias mediante el sistema “Dale color a tu dosis unitaria” respecto al coste asociado al reenvasado tradicional fue del 41,1% y del 92,1% respectivamente. Esto, junto con la capacidad del sistema “Dale color a tu dosis unitaria” de evitar la isoapariencia de los comprimidos en dosis unitaria, consigue que el reetiquetado sea una alternativa más eficiente que el reenvasado tradicional al conllevar menos coste y mayor efectividad en la diferenciación de los comprimidos.

[\(Enlace al póster\)](#)

NUEVAS TECNOLOGÍAS WEB 2.0. EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS: DISEÑO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES

Alañón Pardo, MM; Corral Vinuesa, S; Pérez Serrano, R; Franco Sereno, MT; Encinas Barrios, C; Rodríguez Martínez, M.

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivo: diseñar una aplicación para dispositivos móviles (APP), dirigida a profesionales sanitarios, para la consulta del tratamiento farmacológico de las Urgencias Toxicológicas más habituales en España.

Métodos: estudio descriptivo de una APP sobre el uso de antídotos y otros fármacos para el tratamiento de las intoxicaciones agudas por sustancias tóxicas (medicamentos, tóxicos industriales y agrícolas, animales venenosos, drogas de abuso, productos domésticos y plantas).

La APP incluyó la información de la “Guía de Antídotos” (Primera edición, noviembre 2015) de un hospital general universitario, elaborada y revisada por los Servicios de Farmacia, Urgencias, Medicina Intensiva y Pediatría. Previamente, se realizó una revisión bibliográfica, consultando fuentes de información primarias (fichas técnicas, artículos científicos originales), secundarias (*Medline*, buscando por los descriptores MeSH: “*antidotes*”, “*poisoning*”, “*Pharmacy Service hospital*” y “*guideline*”) y terciarias (bases de datos de toxicología, guías de antídotos de otros hospitales, manuales sobre tratamiento de intoxicaciones).

El Servicio de Farmacia realizó el diseño gráfico, desarrollo de la estructura y programación de la APP para dispositivos móviles (*smartphones* y *tablets*) con sistemas operativos *Android* y *iOS9*, ofreciendo su descarga gratuita a través de *Google Play* y *Apple Store*.

Resultados: se diseñó la APP denominada “Guía de Antídotos en Intoxicaciones Agudas”, organizada en 31 capítulos. Cada capítulo hace referencia a un tipo de intoxicación y contiene: “descripción de la intoxicación” (definición, mecanismo de acción, signos y síntomas), “recomendaciones de uso del antídoto y otros fármacos para el abordaje toxicológico” (principio activo, presentación comercial, indicación toxicológica, mecanismo de acción, posología, vía de administración y observaciones especiales) y referencias bibliográficas.

Se ha dotado a la APP de siete ítems: “INFORMACIÓN” (autores, revisores y desarrollador, presentación, instrucciones y advertencias a los usuarios), “ÍNDICE DE INTOXICACIONES” (búsqueda por tipo de intoxicación, llevando a cada uno de los capítulos: *ácidos débiles, ácido fluorhídrico, ácido sulfhídrico, alcoholes orgánicos, anticolinérgicos, antidepresivos, antiinflamatorios no esteroideos, antipsicóticos, bases débiles, benzodiazepinas, betabloqueantes, calcio-antagonistas, cardiotóxicos, curarizantes, digitálicos, gases irritantes clorados, heparina, herbicidas, hidrocarburos, hipoglucemiantes, humo de incendios, insecticidas, metahemoglobinizantes, metales pesados, mordeduras, opiáceos, paracetamol, salicilatos, serpientes, setas y toxina botulínica*), “ÍNDICE DE ANTÍDOTOS” (incluye 37 antídotos, enlazados con sus respectivos capítulos: *acetilcisteína 20%, ácido ascórbico, alcohol etílico, anticuerpos antidigoxina, atropina, azul de metileno, bicarbonato sódico 1M y 1/6M, carbón activo, ciproheptadina, cloruro cálcico, dantroleno, deferoxamina, dimercaprol, edetato de cobalto, edetato cálcico-disódico, emulsión lipídica intravenosa, fisostigmina, flumazenilo, fomepizol, glucagón, gluconato cálcico, glucosa 33%, hidroxibalamina, montmorillonita, naloxona, neostigmina, penicilamina, pralidoxima, protamina, silibinina, sueros antibotulismo, antiofídico y antirrábico, sugammadex, sulfato magnésico, sulfato sódico, vacuna antirrábica*), “ÍNDICE DE TÓXICOS” (búsqueda por tóxico individual, llevando al/los capítulos correspondientes; contiene más de 240 sustancias tóxicas), “NOTAS” (permite al usuario crear/editar notas), “VER LIBRO EN PDF” (ofrece la posibilidad de visualizar e imprimir la “Guía de Antídotos” en este formato) y “EMERGENCIAS TOXICOLÓGICAS” (permite realizar llamada telefónica al Instituto Nacional de Toxicología).

Conclusiones: la APP “Guía de Antídotos en Intoxicaciones agudas” permite un acceso rápido y práctico a información relevante y actualizada sobre el tratamiento farmacológico de Urgencias Toxicológicas, facilitando a los profesionales sanitarios la atención toxicológica al paciente intoxicado.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA CONSULTA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS CON ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

Ruiz González L¹, Fernández Román AB², Marcos de la Torre A¹, Moreno Nieto N¹, Guisado Aguilar C², Bravo Lázaro C².

¹Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara). ²Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Objetivo: diseñar una aplicación informática homogénea y de calidad que permita consultar información relativa a la administración de fármacos por vía parenteral, desde las unidades de enfermería.

Métodos:

Diseño de una aplicación informática desde el Servicio de Farmacia basada en el sistema de gestión de bases de datos Microsoft Access 2003, interconectada con la prescripción electrónica activa de cada paciente.

Se definieron los campos de consulta que debía contener cada fármaco de la base de datos contrastando la bibliografía existente, las guías de administración publicadas, y las consultas registradas en el centro de información de medicamentos.

Se diseñaron los aspectos formales: entrada de nuevos datos, búsqueda y edición de datos ya existentes, opciones de impresión, listados y mantenimiento de las bases de datos. Se elaboró una aplicación con la finalidad de facilitar su manejo, para lo cual se emplearon órdenes del lenguaje de programación SQL.

Se habilitaron dos opciones de consulta de información:

Por principio activo.

Por unidad de enfermería.

Para garantizar la calidad de la información se consultaron al menos tres de las siguientes fuentes de información de datos: ficha técnica, Micromedex[®] y Trissel's[®].

Resultados:

La aplicación consta de varios módulos que permiten la centralización de la información de los medicamentos de administración parenteral.

-**Módulo Unidad de Enfermería** permite la visualización de todos los pacientes ingresados en esa unidad en ese mismo instante, gracias a la interconexión con el módulo de prescripción electrónica. Proporciona la información completa de cada paciente (nombre y apellidos, número de historia y cama), así como la medicación de administración por vía parenteral pautada en su orden médica, actualizándose constantemente.

-**Módulo Fármacos** dispone de toda la información acerca del medicamento, recogiendo los siguientes datos: principio activo, nombre comercial, indicación, vía de administración (intravenosa directa, intermitente, infusión continua, intramuscular, subcutánea), modo de reconstitución, estabilidad del fármaco, compatibilidad con sueros, incompatibilidad con fármacos, signos a vigilar durante y post administración (por posibilidad de efectos adversos), dosis máxima, fecha de actualización de la información y bibliografía consultada. Además dispone de una URL de acceso directo al fármaco especificado en stabilish[®], para poder consultar datos adicionales.

-**Módulo de Informes** permite la impresión y visualización de forma estandarizada de los datos prioritarios e información que debe recibir el paciente al alta sobre los medicamentos de administración parenteral que llevará en domicilio.

-**Módulo de Documentación** proporciona acceso directo a toda la información relacionada con los medicamentos con administración parenteral (diferentes guías, documentos, alertas...)

Conclusiones:

La puesta en marcha de la aplicación permite:

- Centralizar y homogeneizar la información de los medicamentos de administración parenteral en los diferentes Servicios y Unidades del Hospital.
- Consultar la información de varias guías en un mismo instante sin necesidad de intermediarios, lo que reduce el tiempo de consulta y garantiza una administración segura.
- Posibilidad de mejora continua, adaptándose a los criterios de trabajo definidos en nuestro sistema de calidad.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO MODIFICADOR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Alañón Pardo, MM; Áreas del Águila, VL; Franco Sereno, MT; Fernández Marchante, AI; Benet Giménez, I; Rodríguez Martínez M.

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos:

-Evaluar la persistencia al tratamiento modificador de la enfermedad (TME) en pacientes con esclerosis múltiple (EM).
-Analizar la reducción en la tasa anual de brotes (rTAB) y efectos adversos (EA) asociados al TME.

Métodos:

Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de EM que iniciaron ó cambiaron el TME desde enero 2009 hasta diciembre 2014 en el área de atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital terciario y en seguimiento hasta diciembre 2015.

Variables recogidas: sexo, edad, forma evolutiva (remitente-recurrente (RR) y progresiva), duración y síntomas relacionados con EM, persistencia a TME al primer (P1), segundo (P2) y quinto año (P5), motivo de discontinuación, rTAB y EA.

Se definió "persistencia" como tiempo transcurrido desde el inicio hasta discontinuación del TME; y "discontinuación", la suspensión ó cambio del TME

La rTAB se calculó, en los pacientes con EMRR, como media del número de brotes en el año previo (TAB_{previa}) y posterior ($TAB_{posterior}$) al inicio/cambio del TME.

Fuentes consultadas: historia clínica, programa de dispensación a pacientes externos y entrevista farmacéutica.

Análisis estadístico (*IBM-SPSS Statistics v.19*): *t-test* para comparación de variables cuantitativas; *Chi-Cuadrado* para cualitativas.

Resultados:

Se incluyeron 76 pacientes (68,4% mujeres, edad media: $45 \pm 10,6$ años). Formas evolutivas: RR (86,8%) y secundariamente progresiva (13,2%). Duración media de EM: 5,1 años. Síntomas: fatiga (65,3%), espasticidad (44,0%), ataxia (41,3%), trastorno cognitivo (34,7%), dolor neuropático (31,6%), disfunción vesical (31,6%), temblor (25,3%) y depresión (21,1%).

Se realizaron 115 prescripciones de TME (59 inicios y 56 cambios): *interferón beta (INF- β)-1-A-intramuscular* (34,8%) y *subcutáneo* (27,0%), *acetato de glatirámico (AG)* (17,4%), *fingolimod* (10,4%), *natalizumab* (7,8%) e *INF- β -1B-subcutáneo* (2,6%). Se pudo realizar seguimiento de todas las prescripciones al primer año, del 82,5% y 33,9% al segundo y quinto.

P1, P2 y P5 fue respectivamente: 78,3%, 62,1% y 30,8%, siendo mayor para los inicios que los cambios (86,4% vs. 69,6%, $p=0,029$), (73,5% vs. 50%, $p=0,018$) y (52,5% vs. 10%, $p=0,004$). *INF- β -1-A-intramuscular* fue el TME con mayor P1 (92,5%); *fingolimod* mayor P2 (77,8%) e *INF- β -1A-subcutáneo* mayor P5 (50,0%).

La persistencia fue mayor para *INF- β -1-A-intramuscular* que *AG* al primer (92,5% vs. 40,0%, $p=0,001$) y segundo año (68,8% vs. 21,4%, $p=0,030$). No se encontraron diferencias respecto a *INF- β -1A-subcutáneo*, *fingolimod* ni *natalizumab* en el período de seguimiento. Ningún paciente con *INF- β -1B-subcutáneo* persistió al primer año.

P2 fue menor para pacientes pretratados, con espasticidad, ataxia, disfunción vesical ó trastorno cognitivo ($p<0,05$).

Motivos de discontinuación: "falta de efectividad" (36,4%) (principal motivo para *INF- β -1A-subcutáneo* (50,0%) e *intramuscular* (43,7%)), "intolerancia/EA" (36,4%) (para *fingolimod* (66,7%), *AG* (64,3%) e *INF- β -1B-subcutáneo* (60,0%)), "embarazo/lactancia" (10,9%), "anticuerpos virus JC" (10,9%) y "contraindicación por enfermedad grave" (5,5%).

La rTAB fue: *INF- β -1-A-intramuscular* (1,3 vs. 0,6; $p=0,001$); *INF- β -1A-subcutáneo* (1,2 vs. 0,4; $p=0,001$); *AG* (2,2 vs. 1,8; $p=0,548$); *fingolimod* (2,1 vs. 1,1; $p=0,200$) y *natalizumab* (2,0 vs. 0,3; $p=0,069$).

EA: síndrome pseudogripal (26,3%), reacción cutánea en lugar de inyección (15,8%), linfopenia (9,5%), cefalea (6,3%), dolor en lugar de inyección (5,3%), ansiedad/depresión (4,2%), astenia (4,2%), alteración tiroidea (4,2%), hepática (4,2%) y digestiva (3,2%), insomnio (3,2%), infección severa (2,1%), alopecia (2,1%), palpitaciones/taquicardias (2,1%), otras (7,3%).

Conclusiones:

La persistencia al TME se reduce con el tiempo, siendo mayor para *INF- β -1A-subcutáneo* a largo plazo y para los inicios que los cambios.

La mayor rTAB se obtiene con *INF- β -1A-intramuscular* y *subcutáneo*.

La discontinuación del TME es motivada por pérdida de efectividad y EA, principalmente pseudogripales y cutáneos.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

COMUNICACIONES POSTER

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS NUEVAS TERAPIAS EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

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

Objetivo: la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud de primera magnitud en Europa, siendo la primera causa de enfermedad hepática terminal y una de las principales indicaciones de trasplante hepático. La aparición de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) ha supuesto un cambio sustancial en el tratamiento y pronóstico de esta infección, ha simplificado el tratamiento del VHC, ha reducido la necesidad de seguimiento y ha mejorado la tolerancia.

El objetivo es evaluar el grado de efectividad y seguridad de una combinación con nuevos AAD frente al VHC: simeprevir + sofosbuvir ± ribavirina durante 12 semanas.

Métodos: estudio retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. El periodo de estudio fue de Febrero de 2015 a Enero de 2016. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con dicha combinación.

Se elaboró un registro con datos demográficos, datos clínicos (genotipo, grado de fibrosis y carga viral (-CV-)), y datos farmacoterapéuticos (tratamientos previos y fecha de inicio de nuevo tratamiento). Para evaluar la efectividad se recogió la CV en semana 4 y 12 de tratamiento y a las 12 semanas de finalizarlo para valorar la respuesta viral sostenida (RVS12). La seguridad se determinó recogiendo los efectos adversos (EA) descritos en cada visita en la consulta de atención farmacéutica. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica (Mambrino XXI®) y los datos farmacoterapéuticos de la aplicación informática de Dispensación de Pacientes Externos (Farmatools®).

Resultados: se incluyeron 32 pacientes (24 varones), con una edad media de 54 años (32-72). De éstos, 23 fueron pretratados con interferón y ribavirina: 10 pacientes fueron no respondedores, 2 parcialmente respondedores, 6 recayeron y 5 presentaron intolerancia al tratamiento.

Todos ellos con genotipo 1, (41% 1a, 53% 1b y 6% 1a/1b), grado de fibrosis variado: F1-F4 (69% F4) y un 22% de los pacientes, coinfectados VHC/VIH. A la semana 4 de tratamiento se realizó la determinación de CV en 25 pacientes, siendo no detectable en 16 de ellos, mientras que en los 9 pacientes restantes la determinación fue positiva, con CV inferior a 15 copias/mL. En la semana 12 de tratamiento, 31 pacientes presentaban CV no detectable y en uno no se recogió. Al cierre del estudio se dispone de 21 determinaciones, de las cuales en el 100% se ha conseguido RVS12. El EA con mayor frecuencia descrito fue la cefalea (31%), seguido de cansancio (28%) y picor (22%).

Conclusiones: a la espera de la totalidad de los resultados, la combinación de simeprevir + sofosbuvir ± ribavirina, parece ser una pauta efectiva y segura para el tratamiento de los pacientes infectados por el VHC. La utilización de las pautas libres de interferón ofrecen diferentes ventajas. Destaca el aumento de la tasa de curación de la infección, mejora la tolerancia y retrasa la aparición de las complicaciones tardías y severas de la enfermedad.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON INFLIXIMAB (REMICADE® VS REMSIMA®)

Manzano Lista, F.J.; Martínez Sesmero, J.M.; Quirós Ambé, H.; Labrador Andújar, N.; García Sacristán, A.; Moya Gómez, P.

Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivo: evaluar comparativamente la seguridad de Infliximab (IFX) de referencia (REMICADE®) frente a biosimilar (REMSIMA®) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Material y método: estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes con EII a los que se prescribe IFX en la consulta de digestivo de un hospital de tercer nivel.

Para evaluar la seguridad de forma comparativa, se analizaron los 6 primeros meses de tratamiento de cada paciente. Los datos clínicos se obtuvieron de la plataforma Mambrino XXI® (sexo, edad, patología, efectos adversos -EAs- y motivo de suspensión o no de tratamiento con IFX) y los relativos a la farmacoterapia del módulo de Pacientes Ambulantes de la aplicación Farmatools® (tratamiento anterior con otros biológicos, fecha de inicio de tratamiento con IFX y número de dosis administradas). Los datos fueron recogidos en una tabla EXCEL® 2010 y el tratamiento estadístico se realizó con SPSS® v21.0 elaborando tablas de contingencia al efecto (test Chi-cuadrado).

Resultados: se evaluaron un total de 51 pacientes (49,01% mujeres, edad media: 40,07±15,24 años), 21 (41,17%) presentaban Colitis Ulcerosa (CU) y 30 (58,82%) tenían Enfermedad de Crohn (EC). Del total pacientes sólo 4 (7,84%) habían estado en tratamiento previo con un biológico, todos con Adalimumab (ADA).

Del total de pacientes, 35 (68,62%) fueron tratados con REMICADE® (43,75% mujeres, edad media: 40,77±14,13 años) con una media de administraciones por paciente de 17,45±7,90 y 16 (31,37%) con REMSIMA® (43,75% mujeres, edad media: 38,56±17,33 años) con un número de medio de administraciones por paciente de 4,06±1,47.

En 18 (35,29%) pacientes se registraron EAs tras la administración de IFX de los cuales 14 (77,77%) estaban en tratamiento con REMICADE® y 4 (23,52%) en tratamiento con REMSIMA® (p=1,082). Del total de EAs registrados: 5 (29,41%) fueron linfocitosis (2 con REMSIMA® y 3 pacientes con REMICADE®) (p=0,192), 3 (17,64%) con lesiones eritematosas tras infusión (2 con REMSIMA® y 1 paciente con REMICADE®) (p=1,844), 3 (17,64%) cefalea (todos con REMICADE®) (p=1,457), 3 (17,64%) afectación articular (todos con REMICADE®) (p=1,457), 2 (11,76%) dolores abdominales (todos con REMICADE®) (p=0,952), 1 (5,88%) náuseas y vómitos tratado con REMICADE® (p=0,466), 1 (5,88%) por molestias faríngeas tratado con REMICADE® (p=0,466).

Durante los primeros 6 meses de tratamiento se suspendió IFX en 11 (21,56%) pacientes, 10 (90,90%) con REMICADE® y uno (9,09%) con REMSIMA®. De ellos, 3 (27,27%) por ineficacia, 1 (9,09%) por fallecimiento, 4 (36,36%) pérdida de seguimiento, 3 (27,27%) en relación a EAs: 2 (66,67%) fueron con REMICADE® y uno (33,33%) con REMSIMA® (p=0,940).

Conclusiones: la utilización de biosimilares complejos es uno de los principales retos de la farmacoterapia presente y futura. Con nuestra experiencia y los resultados obtenidos, se puede indicar que REMSIMA® presenta un perfil de seguridad temprano similar a REMICADE®, no obstante se hace preciso obtener más datos a largo plazo con REMSIMA®, tanto de seguridad, como de efectividad.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

*Martínez Camacho M, Sánchez Matas I, Rodríguez Jiménez E, García Sacristán AA, Tapia de Pedro G,
Senent Sánchez C
Hospital Virgen del Valle (Toledo)*

Objetivo: evaluar la eficacia del tratamiento con Omalizumab en pacientes diagnosticados de Urticaria Crónica Espontánea (UCE) y refractarios a antihistamínicos a dosis altas en un Servicio de Alergología.

Material y métodos: estudio retrospectivo de Octubre de 2010 a Octubre de 2015, en el que se evaluaron a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Alergología y diagnosticados de UCE y precisaron tratamiento con Omalizumab siguiendo las recomendaciones de la Guía Europea.

Tras la revisión de las historias clínicas se revisaron los siguientes datos: edad, sexo, pruebas complementarias, tratamientos previos, tiempo desde los primeros síntomas de urticaria hasta el tratamiento con Omalizumab, dosis de Omalizumab empleada, tiempo de tratamiento, retirada, recaídas tras la retirada o el espaciado del tratamiento y posibles efectos adversos.

Resultados: durante los 5 años se registraron 13 pacientes de los cuales el 23,07% eran hombres y el 76,92% mujeres, con una edad media al inicio de la clínica 40,0 años (27-62). Los tratamientos previos a la terapia con Omalizumab fueron: Antihistamínicos H1 en el 100% de los pacientes; Corticoides 84,61%; Montelukast 23,07%; y Ciclosporina, Metotrexato, Antihistamínico H2, y AINEs en el 7,69% de los pacientes. Las pruebas complementarias no supuieron cambios en la actitud terapéutica. El tiempo medio entre el inicio de la urticaria y el comienzo del tratamiento con Omalizumab es de 26,77 meses. La dosis eficaz fue de 300 mg. La respuesta al Omalizumab fue: remisión completa sin antihistamínicos en un 46,15%; remisión completa con antihistamínicos también un 46,15% y parcial en 1 paciente (7,69%). Tras valoración clínica se decidió retirar el tratamiento a 4 pacientes (30,71%), 2 mantienen buen control con antihistamínicos y en otros 2 se reintrodujo el tratamiento tras recaída, con buena respuesta. Ningún paciente del estudio tuvo reacciones adversas al Omalizumab.

Conclusiones: el Omalizumab a dosis de 300 mg es una buena opción terapéutica para aquellos pacientes con UCE no respondedores al tratamiento con antihistamínicos a dosis altas. Todos los pacientes total o parcialmente, presentaron una buena respuesta al tratamiento; además, en los pacientes a los que se retiró y hubo que reintroducir el tratamiento, el Omalizumab no perdió su efectividad.

Conflicto de intereses: no existe ningún conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DURANTE UN AÑO EN EL HOSPITAL Y POSIBLES PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS

Martínez Camacho M, Rodríguez Jiménez E*, García Marco D**, Olmos Jiménez R**, Fernández Corada Sánchez A***, Fernández Arévalo M****

Hospital Virgen del Valle, Hospital Nacional de Parapléjicos** Hospital Virgen de la Salud*** (Toledo)*

Objetivos: analizar los desabastecimientos de medicamentos ocurridos en España durante el año 2015 que han afectado a nuestro centro, las actuaciones puestas en marcha para asegurar la continuidad de los tratamientos, el tiempo que conlleva y los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) potenciales.

Material y métodos: se registraron los medicamentos que causaron falta durante el año 2015 en el hospital, clasificándolos en: medicamentos con alternativa en la Guía Farmacoterapéutica (GFT), alternativas en el mercado nacional, adquisición a Medicamentos Extranjeros y sin alternativa al mismo principio activo. Los tiempos empleados para solucionar cada tipo de problema se extrajeron de un estudio realizado anteriormente en el Hospital Universitario Gregorio Marañón¹ catalogados en: Búsqueda y adquisición de alternativas en el mercado (120 min); Cambio de código nacional, prescripción y protocolo (180 min); Solicitud de medicamentos extranjeros (30 min); Notificación al personal sanitario (10 min); y Búsqueda de solución con proveedor y equipo médico (15 min). Los potenciales problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) se relacionaron con aquellas presentaciones como alternativa que tenían una dosificación, preparación o administración distinta al medicamento que sufría desabastecimiento, tal y como indica el ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos)-España.

Resultados: se identificaron 54 medicamentos con desabastecimiento en 2015: 3 de ellos con alternativa en la GFT; 44 se cambiaron a otros disponibles en el mercado nacional; 5 se solicitaron a medicamentos extranjeros y 2 de ellos sin alternativas del mismo principio activo. El tiempo empleado para gestionar las posibles soluciones en total fue de 178,66 h lo que supone un 11,76% de la jornada anual, clasificados como: Búsqueda y adquisición de alternativas en el mercado 360 min; Cambio de código nacional, prescripción y protocolo 9720 min; Solicitud de medicamentos extranjeros 150 min; Notificación a personal sanitario 460 min; y Búsqueda de solución con proveedor y equipo médico 30 min. El precio unitario del medicamento que sustituyó al desabastecido, aunque en la mayoría de los casos era bajo, supuso un incremento medio total del 421%; en el 26% de las presentaciones hubo un descenso medio del -22,01 % (-1,46% al -52,94%); y en el 74% se incrementó una media de 752,36% (1,57%-1574%). En cuanto a los PRMs potenciales se identificaron 5 relacionados con cambios de dosis, uno de ellos la digoxina intravenosa que supuso establecer un procedimiento especial con vigilancia, retirada, y distintas estrategias para evitar el riesgo asociado. Otro PRM detectado fue el desabastecimiento de una forma farmacéutica adecuada para pacientes con problemas de deglución.

Conclusiones: los desabastecimientos de medicamentos en nuestro país son cada vez más frecuentes ocasionando un tiempo elevado para gestionarlo, cambios en los tratamientos para los profesionales sanitarios y potenciales PRMs para los pacientes pudiendo dar lugar a consecuencias graves para la salud. Sería necesario que desde el Ministerio se investigaran las posibles causas (imprevistos inevitables, negocios fraudulentos, rentabilidad...) y se revisaran las políticas de precios para que este problema no fuera cada vez mayor.

Conflicto de intereses: no existe ningún conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

TRATAMIENTO DEL PACIENTE AGITADO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS

¹Rodríguez Llansola, B; ¹Gómez Rodríguez, MS; ²Benito Ruiz, A.

¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Breve.
Hospital Provincial, Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: la agitación es un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones en la esfera emocional, suele asociarse a riesgo auto o heteroagresivo. Puede estar causada por un trastorno psiquiátrico (psicótico o no psicótico), ser resultado de consumo de tóxicos o tener origen mixto.

Para su control se utilizan medidas de contención mecánica (inmovilización física mediante ataduras) y/o química (neurolepticos y/o benzodiazepinas). Las pautas farmacológicas son prescritas en función de la patología del paciente, antecedentes clínicos y respuesta previa, siendo de elección la vía intramuscular por ser más rápida que la vía oral y presentar menos riesgo que la intravenosa.

El objetivo de este estudio es describir las pautas de contención química prescritas si agitación en la unidad de hospitalización de psiquiatría.

Método: estudio observacional retrospectivo desde diciembre 2015 a febrero 2016 de las medidas de contención aplicadas al paciente agitado en la unidad de psiquiatría de agudos.

Se localizaron los pacientes y las medidas de contención a través del módulo de unidosis del programa informático Farmatools®, complementándose la información mediante el programa informático Mambrino®. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico y pauta prescrita "si agitación"

Se excluyeron los pacientes con medidas de contención únicamente mecánica.

Resultados:

1- Número de pacientes incluidos 52: 29 mujeres (55,8%) y 23 hombres (44,2%), edad media 45,25 años ($\pm 15,38$).

2- Del total de pacientes un 40,4% presentó agitación de origen psicótico, otro 40,4%, no psicótico y un 19,2% mixto

3- Se prescribieron 58 medidas de contención si agitación, de las cuales, un 70,7% fueron de contención química y mecánica, y en un 29,3% únicamente química. En seis casos, se prescribieron 2 pautas diferentes de contención química durante un mismo ingreso.

4-Pautas de contención farmacológica vía intramuscular (n=58) y porcentaje de utilización (%) fueron:

a- Monoterapia: Olanzapina 10mg (3,4%), Diazepam 10mg (5,2%), Clorazepato Potásico 50mg (1,7%), Aripiprazol 9,75mg (22,4%), Haloperidol 5mg (22,4%).

b- Asociaciones: Aripiprazol 9,75mg + Clorazepato 50mg (1,7%); Haloperidol 5mg+ Diazepam 5-10mg (3,4%); Olanzapina 10mg + Clorazepato 25-50mg (3,4%); Haloperidol 5mg + Clorazepato 20-50mg (8,6%); Aripiprazol 9,75mg + Diazepam 5-10mg (27,6%).

Conclusiones:

1- Se han recogido 10 pautas farmacológicas, compuestas por neurolepticos incisivos (Haloperidol, Aripiprazol, Olanzapina) y/o benzodiazepinas (Diazepam y Clorazepato Potásico).

2- Las pautas más utilizadas han sido: Aripiprazol 9,75mg + 5-10mg de Diazepam (27,6%); Aripiprazol 9,75mg (22,4%); Haloperidol 5mg (22,4%);

3- En algunas pautas los neurolepticos se han asociado a dosis variables de benzodiazepinas (ajustada por paciente) para favorecer sedación, rebajar ansiedad y disminuir dosis del neuroleptico.

4- En un elevado porcentaje de pacientes a la contención farmacológica se le ha añadido contención mecánica por posible riesgo de auto o heteroagresividad.

5- No hemos encontrado relación entre el neuroleptico y/o benzodiazepina elegida y la patología causante de la agitación, por lo que deducimos que la elección depende de la experiencia personal del prescriptor con los fármacos manejados, y de los antecedentes de respuesta del paciente si los hay.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Quirós Ambel, H. Labrador Andújar, N. Rubio Salvador, A. Manzano Lista, FJ. García Sacristán, A. Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: la terapia anti-angiogénica oral (TAO) incluye un grupo de fármacos antineoplásicos cuyo mecanismo de acción está dirigido a las características moleculares del tumor, dando resultados prometedores en el carcinoma de células renales (CCR). La mayoría de estos medicamentos se administran por vía oral, con resultados positivos en términos de adherencia. Sin embargo pueden comprometer la seguridad y eficacia del tratamiento al interactuar con la medicación concomitante; especialmente importante en pacientes polimedicados. El objetivo será detectar y evaluar las interacciones medicamentosas en pacientes en estadios avanzados de CCR tratados con TAO.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes diagnosticados de CCR en estadio avanzado tratados con TAO (sunitinib, pazopanib, sorafenib, axitinib, y everolimus) entre Octubre del 2014 y Octubre del 2015 en un hospital de tercer nivel.

La información se recogió a través del programa para pacientes ambulatorios (Farmatools®) y el sistema de prescripción farmacológico de atención primaria (Turriano®).

Se consideraron: datos demográficos (edad, sexo), TAO prescrito por el oncólogo y la medicación prescrita por el médico de atención primaria, a la que hemos denominado medicación concomitante (MC). Para el análisis de las interacciones entre los fármacos TAO y MC usamos la base de datos Medscape 2015 Drugs Interactions® y la base de datos proporcionada por el grupo de trabajo GEDEFO®, SEFH 2014.

Resultados: se incluyeron un total de 35 pacientes con CCR en estadio avanzado en tratamiento con TAO (27 hombres, 8 mujeres), con edad media de 62 años (mínimo 47- máximo 74): Diez pacientes (28,6%) estaban tomando sunitinib, 9 (25,7%) everolimus, 8 (22,9%) pazopanib, 4 (11,4%) sorafenib y 4 (11,4%) axitinib. Detectamos 42 Interacciones entre TAO y MC: 4 fueron por contraindicaciones o asociaciones no recomendadas (imatinib con amiodarona, fluconazol y dexametasona) y 38 fueron interacciones potenciales que requieren ajuste de dosis o monitorización del nivel farmacocinético.

La distribución total de las interacciones TAO fue: 10 (23,8%) para sunitinib, 2 (4,7%) everolimus, 16 (38,1%) para pazopanib, 1 (2,4%) sorafenib y 13 (31%) para axitinib.

Los fármacos prescritos por el médico de atención primaria involucrados en estas interacciones fueron 9 (21,4%) con omeprazol, 7 (16,7%) dexametasona, 3 (7,1%) fluconazol, 3 (7,1%) metformina, 2 (4,8%) atorvastatina, 2 (4,8%) escitalopram, 2 (4,8%) paracetamol, 2 (4,8%) repaglinida, 2 (4,8%) amiodarona, 2 (4,8%) amlodipina, 1 (2,4%) citalopram, 1 (2,4%) dextrometorfano, 1 (2,4%) ketoconazol, 1 (2,4%) pravastatina, 1 (2,4%) prednisona, 1 (2,4%) rosuvastatina, 1 (2,4%) simvastatina y 1 (2,4%) con vildagliptina.

Conclusiones: los pacientes diagnosticados con CCR avanzado y tratados con TAO deberían ser monitorizados y vigilados para tratar de reducir las interacciones relacionadas con el uso de otros fármacos prescritos por el médico de atención primaria, aumentando así la seguridad y/o efectividad en el uso de TAO.

Es importante una mejora de la atención farmacéutica para detectar posibles interacciones medicamentosas y contribuir a una mayor eficacia del tratamiento y seguridad del paciente.

La notificación personalizada al médico de primaria puede ser una acción estratégica que mejore el cociente beneficio-riesgo de la prescripción farmacológica.

Conflicto de intereses: no se declaran.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON ERIBULINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Quirós Ambel, H. Rubio Salvador, AR. Labrador Andújar N, Manzano Lista, FJ. García Sacristán, A. Martínez Sesmero, JM. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivo: la eribulina es un fármaco antineoplásico para cáncer de mama metastático en progresión, después de haber utilizado, al menos, una antraciclina y un taxano. El objetivo será evaluar la utilización, efectividad y seguridad del fármaco desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital siguiendo indicaciones de ficha técnica.

Método: estudio observacional y retrospectivo de los pacientes tratados con Eribulina desde su inclusión en la guía hospitalaria en Marzo-2014 hasta Enero-2016 en un hospital de tercer nivel.

Datos recogidos: sexo, edad, diagnóstico, posología, inmunohistoquímica, quimioterapia previamente recibida, número de ciclos con eribulina (% o no de reducción de dosis) y tolerancia.

Las variables utilizadas para medir la efectividad fueron supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Información obtenida del programa de prescripción oncológica Oncobass® e historia clínica electrónica registrada en Mambrino® XXI.

Análisis de datos realizado con el programa estadístico SPSS® versión 21.

Resultados: incluimos 16 pacientes, 13 mujeres y 3 hombres, con una media de 61 años (34-87). El diagnóstico de los pacientes fue cáncer de mama metastático en progresión: 15 pacientes con carcinoma ductal infiltrante (1 paciente estadio II, 13 estadio III, 1 estadio IV) y 1 paciente con carcinoma lobulillar estadio III.

Recibieron una media de 4 líneas de tratamiento (1- 14): 7 pacientes siguieron una pauta estándar de 1.23 mg por m² los días 1 y 8 del ciclo y a 9 pacientes se redujo la dosis (3 pacientes reducción del 25%, 5 pacientes reducción del 20%, 1 paciente reducción del 18%).

Del total, 13 pacientes recibieron previamente una antraciclina y un taxano, 1 paciente no fue candidato por insuficiencia renal, otro por arritmias y del tercer paciente no existen datos.

Según tolerancia: el 18.75% presentó astenia y anorexia (N=3), 12.5% neutropenia (N=2), 12.5% anemia y trombopenia (N=2), 12.5% tos seca (N=2), 6.25% presentó disnea (N=1), 6.25% rash cutáneo (N=1). El 50% padeció náuseas y vómitos (N=8). El 31.25% de la población no declaró evento adverso asociado (N=5).

La mediana de SG con IC 95% fue 7,5 ± 5,51 meses, y la SLP con IC 95% fue de 2 ± 3,57 meses.

Conclusiones:

- Trece pacientes (81.25%) usaron previo a eribulina una antraciclina y un taxano, en dos (12.5 %) se consideró no adecuado y solo en un caso (6.25 %) no se justificó. Podemos afirmar que en el 93.75 % de los casos la indicación se ajustó a la establecida en ficha técnica.
- A pesar de que el 68.75 % de los casos presentaron al menos un evento adverso, lo consideramos aceptable, pues solo un paciente suspendió el tratamiento tras primera dosis. Todas las reacciones están descritas en ficha técnica a excepción del cuadro de tos seca.
- En nuestra experiencia la SG resultó inferior al ensayo pivotal fase III EMBRANCE (SG=13.2 meses), sin embargo la SLP resultó similar (SG= 3.7 meses).
- La alta incidencia de esta enfermedad hace necesario valorar todas las opciones terapéuticas disponibles considerando el posicionamiento de la eribulina en dicho escenario.

Conflicto de intereses: no se declaran.

[\(Enlace al póster\)](#)

USO DE LINEZOLID: ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN HOSPITALARIO

Marcos Pérez G¹, Cámara González T², Recuero Galve L¹, Martí Gil C¹, Sánchez Gundín J¹, Barreda Hernández D¹.

¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca.

Objetivo: Evaluar la adecuación de la prescripción de linezolid al protocolo de utilización aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos (CIPA) en el Servicio de Medicina Interna (MIN).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, llevado a cabo entre julio-diciembre 2015 en un hospital general de 376 camas funcionantes, con los pacientes hospitalizados a cargo del Servicio de MIN que recibieron al menos una dosis de linezolid. Los pacientes se localizaron a través del programa de prescripción electrónica Farhos®, módulo de gestión de unidosis Farmatools® y solicitudes de medicamentos restringidos, revisándose sus historias clínicas informatizadas (Mambrino XXI®), recogiendo: sexo, edad, insuficiencia renal (IR), indicación del tratamiento con linezolid, cultivos microbiológicos previos al tratamiento con linezolid, microorganismos aislados y sensibilidad a vancomicina y linezolid. Los criterios de uso se corresponden con las indicaciones terapéuticas aprobadas por la CIPA:

- 1) Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos (IPTB) causadas por *S. aureus* meticilin-resistente (SAMR) en pacientes con IR.
- 2) Infecciones por *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina.
- 3) Infecciones sobre material protésico (2ª opción tras vancomicina ó 1ª opción si alergia/intolerancia a vancomicina, CMI vancomicina >1µg/ml confirmada por el Servicio de Microbiología o IR grave).
- 4) Neumonía nosocomial: asociada a ventilación mecánica (AV) si SAMR; no AV si sospecha SAMR.

Resultados: Se localizaron 65 pacientes, excluyéndose 17 por incongruencias o no confirmarse el uso de linezolid, incluyéndose 48 pacientes en el estudio, 23 varones (48%), mediana de edad: 80 años (40-99). La indicación de uso de linezolid teniendo en cuenta el protocolo fue: IPTB por SAMR con IR: 1 paciente (2%); neumonía nosocomial: 5 pacientes (10,5%). En 42 casos (87,5%), la indicación de uso de linezolid no cumplía con el protocolo establecido por la CIPA: IPTB 14(29,2%); neumonía adquirida en la comunidad 8(16,7%); bacteriemia 4(8,3%); otra indicación 14(29,2%); desconocida 2(4,1%). Se realizaron cultivos microbiológicos previos al tratamiento con linezolid en 43 pacientes (89,6%). En 31 cultivos (72,1%) hubo crecimiento microbiano, aislándose gram-positivos en 27(62,8%): SAMR: 11(25,6%); *S. aureus* meticilin-sensible: 3(7%); estafilococo coagulasa negativo: 6(13,9%); otro Gram-positivo: 7(16,3%). 10(37%) de esos 27 pacientes con cultivo gram-positivo presentaban IR. En 10 de los 14 pacientes con IPTB que no cumplieron el protocolo se realizó cultivo resultando: 3 estériles, 3 SAMR (sin IR), 1 SAMS, 2 otros gram-positivos, 1 no gram-positivo. Todos los cultivos de gram-positivos resultaron sensibles a vancomicina y linezolid.

Conclusiones:

- La mayoría de los tratamientos instaurados con linezolid no se ajustan a las indicaciones aprobadas por la CIPA.
- Sólo en el 62% de los cultivos realizados se aislaron bacterias gram-positivas, siendo todas ellas sensibles a vancomicina y linezolid, lo que permitiría el uso de vancomicina en la mayoría de los pacientes, puesto que casi 2/3 no padecían IR.
- La existencia de un protocolo intrahospitalario de uso de medicamentos no parece garantizar un uso racional de los mismos, por lo que sería recomendable actualizar y revisar periódicamente los protocolos de uso de antimicrobianos, así como realizar un seguimiento del uso de este tipo de fármacos por un equipo multidisciplinar para asegurar su correcta utilización.

Conflicto de intereses: no conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y ACTITUD TERAPÉUTICA FRENTE A LAS INTERACCIONES CON ESTATINAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Martínez Camacho M, García Marco D**, Rodríguez Jiménez E*, Olmos Jiménez R**, Calvo Buceta C*, Araujo Ordóñez MA**

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

Objetivos: determinar la prevalencia de interacciones con estatinas en pacientes ancianos ingresados en el hospital, analizar las intervenciones farmacéuticas, el nivel de aceptación del profesional facultativo y las modificaciones en la prescripción.

Material y métodos: se revisaron las intervenciones por interacción con estatinas en los pacientes ingresados desde el 01/03/2013 a 01/02/2016, registradas en el programa de prescripción de unidosis. Se clasificaron en contraindicadas o graves (búsqueda de alternativas, monitorizar o disminución de dosis) basándonos en Medscape (reference.medscape.com) y Stockley's 2014. Como contraindicación con la simvastatina se han detectado con eritromicina, claritromicina y como graves con recomendación de bajar las dosis se ha detectado con el fluconazol, amlodipino, amiodarona, diltiazem, verapamilo; en cuanto la atorvastatina no interacciona con amlodipino y no hemos encontrado ninguna interacción con contraindicación; hemos encontrado interacciones graves con, eritromicina, claritromicina, carbamazepina y recomendamos por interacción moderada vigilar al paciente debido a los tratamientos crónicos y dosis altas de estatina con amiodarona y diltiazem.

Resultados: en 35 meses ingresaron en el hospital 10.253 pacientes geriátricos mayores de 85 años; 1080 en tratamiento con simvastatina y en 1810 con atorvastatina. En ellos se hicieron 93 intervenciones farmacéuticas por interacciones de medicamentos con estatinas: 45 con simvastatina (4,16% de los pacientes prescritos) y 49 con atorvastatina (2,7%). El nivel de aceptación del facultativo fue en todos los casos un cambio en la actitud terapéutica. En cuanto a la Simvastatina; se suspende el tratamiento con estatina durante su tratamiento antibiótico o antifúngico en 5 casos (11,36%); se disminuye la dosis por interacción grave en 22 casos (50%), y se cambia a otra estatina con la que no interacciona en 17 ocasiones (38,63%). Con respecto a la Atorvastatina: se suspende el tratamiento con estatina durante su tratamiento antibiótico o antifúngico en 13 casos (26,56%); se suspende definitivamente la estatina debido a que por su interacción revisan si es necesario continuar o no con el tratamiento, en 2 casos (4,08%); se disminuye la dosis por interacción grave o moderada en 33 casos (67,34%), y se cambia a otra estatina con la que no interacciona en 1 ocasión (2,04%).

Conclusiones: las interacciones farmacocinéticas de las estatinas condicionan la prescripción y la dosis del hipolipemiente más adecuado y adquieren una especial relevancia en pacientes muy ancianos polimedicados. Las intervenciones farmacéuticas han dado lugar a una revisión de la dosis y un cambio en la prescripción por parte del facultativo en todos los casos. El valor de las estatinas en la prevención de las enfermedades del corazón se ha establecido claramente, y su beneficio es indiscutible, pero tienen que ser tomadas con cuidado y conocimiento de sus interacciones y posibles efectos secundarios.

Conflicto de intereses: no existe ningún conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

EXPERIENCIA DE USO DE IPILIMUMAB EN MELANOMA METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Andrés Navarro, N; Heredia Benito, M; Zamora Ferrer, E; Gómez Lluch, T; Canales Ugarte, S.

Servicio de Farmacia. Hospital La Mancha Centro (Alcázar de San Juan)

Objetivo: Ipilimumab es un anticuerpo monoclonal contra el antígeno 4 de linfocito-T citotóxico, con mecanismo de acción indirecto, que potencia la respuesta inmunitaria mediada por linfocitos T. Indicado en melanoma avanzado (irresecable o metastásico).

Las respuestas obtenidas difieren a las de la quimioterapia convencional, pudiendo aparecer empeoramiento transitorio. Además, existen pacientes que a pesar de no cumplir criterios de respuesta objetiva si obtienen periodos prolongados de estabilización de la enfermedad.

Su uso se asocia a reacciones adversas inflamatorias, graves o potencialmente mortales, que se producen por aumento de la actividad inmunitaria, y que implican principalmente al sistema gastrointestinal, hígado, piel y sistema nervioso.

El objetivo de este estudio es describir la experiencia de uso de ipilimumab en nuestro centro.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de melanoma avanzado candidatos al tratamiento con ipilimumab.

Se recogieron las siguientes variables: edad, determinación de mutación BRAF, origen del melanoma, localización de metástasis, tratamiento quimioterápico previo, toxicidades y respuesta al tratamiento.

Resultados: se analizaron 4 pacientes candidatos a ipilimumab con edad media de 58 años:

Paciente 1: Melanoma cutáneo maligno nodular estadio IV con metástasis ganglionares y en uréter izquierdo (en estadio III había recibido adyuvancia con interferón alfa-2B, aunque no lo completó por toxicidad). BRAF mutado. Recibió ipilimumab en 1ª línea bien tolerado. 3 meses después presenta estabilidad radiológica. A los 5 meses tras un ingreso por infección urinaria, se le detecta un urinoma y fallece en la intervención quirúrgica.

Paciente 2: Melanoma del lecho ungueal estadio IV, con adenopatías inguinales que se extienden hasta el retroperitoneo paraaórtico. No se objetivó lesión cutánea primaria. BRAF no mutado. Recibe ipilimumab en 1ª línea bien tolerado. Respuesta parcial y estabilidad radiológica tras 9 meses.

Paciente 3: Melanoma maligno, estadio IV con metástasis en pulmón, mama, bazo, intraorbitarias y carcinomatosis peritoneal. No se objetivó lesión cutánea primaria. BRAF no mutado. Recibe ipilimumab en 1ª línea bien tolerado. Empeoramiento de la metástasis en la mama, que hubo que radiar con posterior mejoría y estabilidad radiológica tras 6 meses.

Paciente 4: Melanoma cutáneo maligno con metástasis en duodeno, colon y estómago. BRAF mutado. Recibió en 1ª línea dabrafenib al que posteriormente se añadió trabetinib. Tras 7 meses de tratamiento, hizo progresión tumoral a distintos niveles y se planteó 2ª línea con ipilimumab pero no se llegó a administrar por empeoramiento del estado general y aparición de metástasis cerebrales.

Conclusiones: de nuestros cuatro pacientes candidatos a ipilimumab, sólo podemos valorar la respuesta en dos. Ambos han conseguido una estabilización de la enfermedad. En uno de ellos, se produjo un empeoramiento al finalizar el tratamiento con mejoría posterior. Este efecto está descrito en el tratamiento con inmunoterapia. Además, en ambos pacientes el melanoma era no cutáneo, para el cual no existen recomendaciones claras sobre el uso de ipilimumab.

El tratamiento fue muy bien tolerado y no se produjo toxicidad mayor de grado 1.

Puesto que el tiempo de seguimiento ha sido corto, aún no podemos saber la supervivencia libre de progresión y global que alcanzarán estos pacientes.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN E INDICACIÓN DE BRONCODILATADORES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DE DOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

*Blanco Crespo, M; Martín Alcalde, E; Ruiz González, L; Horta Hernández, AM
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

Objetivos:

Conocer el nº de pacientes en tratamiento con broncodilatadores en dos centros sociosanitarios (CSS) cuya prestación farmacéutica depende del Servicio de Farmacia del Hospital.

Analizar el tipo de prescripciones pautadas (monoterapia, biterapia, terapia combinada).

Conocer el porcentaje de pacientes que presentan un diagnóstico confirmado en historia clínica (HC) de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mediante la realización de espirometría o diagnóstico documentado de asma.

Conocer el grado de dependencia y estado cognitivo de estos pacientes.

Métodos: estudio observacional, retrospectivo llevado a cabo en dos CSS integrados en el modelo de atención farmacéutica especializada.

- Se localizaron y clasificaron los pacientes en tratamiento activo con broncodilatadores a través del programa Farmatools® según el tipo de terapia: monoterapia (Antagonista muscarínico acción larga (LAMA) o agonistas β 2-acción larga (LABA)), biterapia (LABA-Corticoides inhalados (CI) o LAMA-LABA) y triple terapia (CI-LAMA-LABA).

- Se recogieron los siguientes datos de la HC electrónica: edad, sexo, hábito tabáquico, diagnóstico de enfermedad pulmonar y resultados de espirometría. Además, se recogió información sobre: obesidad, depresión y cardiopatía asociada, siguiendo las recomendaciones del protocolo de manejo del EPOC en el Área para realizar un diagnóstico diferencial.

- Se contactó con los CSS para conocer el grado de dependencia (a través del Índice de Barthel) y el estado cognitivo de los pacientes (escala de incapacidad mental de la Cruz roja (CRM) y Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)).

Resultados: de los 180 residentes incluidos en el estudio, 30 (16,67 %) están en tratamiento con broncodilatadores. 14 (46,7%) mujeres y 16 (53,3%) hombres con una mediana de edad de 88: 4 (13,3%) fumadores activos y 6 (20%) exfumadores. Según el tipo de terapia: 11(36,7%) monoterapia (LAMA), 2(6,7 %) biterapia (LABA-CI), 16(53,3%) terapia combinada (CI-LAMA-LABA) y 1(3,3%) en tratamiento con agonista- β -acción-corta (SABA) si precisa.

5 pacientes (16,7%) tenían diagnósticos confirmados: 2 EPOC confirmado con espirometría y 3 con criterios de asma.

De los 25 pacientes restantes (83,3 %), en 10 (40%) aparecía en algún informe clínico el diagnóstico de enfermedad pulmonar sin prueba diagnóstica confirmatoria. Como comorbilidades presentaban: 10(40%) obesidad, 9(36%) depresión y 16(64%) cardiopatía.

En cuanto al nivel de dependencia y deterioro cognitivo: 10 pacientes (33%) presentaban una dependencia total, 4 (13%) severa y 16 (54%) moderada-leve; 7(24%) deterioro cognitivo severo, 8 (26%) moderado y 15 (50%) normal o leve.

Conclusiones: aunque el nº de pacientes en tratamiento con broncodilatadores en estos centros no es muy elevado, se observa que en su gran mayoría éstos no tienen un diagnóstico confirmado de EPOC que justifique su prescripción. Además, un alto porcentaje están tratados con triple terapia (indicada en EPOC moderado-grave con exacerbaciones). Estos pacientes suelen tener otras patologías que pueden interferir en el diagnóstico.

Casi la mitad de los pacientes presentan deterioro cognitivo moderado-severo y gran dependencia.

Sería necesario valorar junto con el equipo médico la necesidad de estos tratamientos y la capacidad de estos pacientes para realizar correctamente la administración de los distintos dispositivos de inhalación para conseguir adecuar y optimizar la terapia inhalatoria.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

FORMULACIÓN DE METOTREXATO TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PUSTULOSIS PLANTAR

*Martín Alcalde, E; Molina Alcántara, MC; De Juan- García Torres, P; Horta Hernández, AM
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

Objetivo: la pustulosis palmo-plantar (PPP) es un trastorno crónico en el que se presentan pústulas estériles junto con lesiones eritemato-descamativas en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Se cree que se trata de una variante de psoriasis, aunque su etiología es desconocida. No existe un tratamiento específico: corticoides y retinoides tópicos, fototerapia o tratamientos sistémicos con ciclosporina, retinoides, metotrexato (MTX).

El objetivo es describir la formulación de MTX tópico al 0.25% para el tratamiento de la pustulosis plantar y evaluar la eficacia y tolerancia de la fórmula.

Métodos: el Servicio de Dermatología solicitó una formulación magistral de MTX tópico 0.25% para una paciente con PPP para evitar los efectos adversos del tratamiento sistémico. Se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar la evidencia existente en el uso de MTX tópico en PPP o psoriasis. Para seleccionar el vehículo idóneo, se revisaron las fichas técnicas del principio activo y de diversos excipientes de uso cutáneo, así como, los procedimientos de varias formulaciones tópicas de MTX descritas en la literatura. Se contactó con los distribuidores de materias primas para solicitar información sobre la disponibilidad de MTX producto. Se solicitó autorización a la Dirección Médica para su uso fuera de ficha técnica.

Para valorar la efectividad y tolerancia de la fórmula elaborada se revisó la evolución clínica en la historia clínica electrónica.

Resultados: se encontraron diversos artículos y metodologías sobre el uso y preparación de MTX tópico a concentraciones entre 0.25 y 1% para el tratamiento de la psoriasis vulgar o palmoplantar. En ellos el MTX se formula en geles hidrófilos (hidroxiethylcelulosa o carbopol), utilizando MTX producto o comprimidos. Se decidió emplear un gel neutro de carbopol al 1% como vehículo. Ante la imposibilidad de encontrar materia prima a través de los distribuidores autorizados, se decidió usar viales de MTX intravenoso de concentración 25 mg/ml. El MTX se añade durante la preparación del gel de carbopol a la mezcla de agua y propilenglicol. En la mezcla se dispersa carbopol y se deja reposar 24 horas. Posteriormente, se adiciona trietanolamina hasta pH: 8 para la formación del gel. El pH de estabilidad de MTX para que no precipite está entre 7,5 y 9. La paciente ha estado en tratamiento con MTX gel seis meses. Durante el tratamiento, ha presentado mejoría parcial, con desaparición de las pústulas aunque persistiendo descamación. La tolerancia a la formulación ha sido buena sin presentar efectos adversos.

Conclusiones: la formulación de MTX en gel neutro de carbopol, presenta unas características organolépticas aceptables, con un grado de consistencia adecuado para la administración tópica. La PPP es una enfermedad de difícil manejo que requiere con frecuencia el uso de múltiples tratamientos. A pesar de que en la paciente sólo se ha conseguido una mejoría parcial, el uso de MTX tópico presenta escasa toxicidad y puede ser una alternativa más al resto de opciones terapéuticas.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

REORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE FARMACOTECNIA: PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES NO ESTÉRILES

*Martín Alcalde, E; Molina Alcántara, MC; Blanco Crespo, M; Horta Hernández, AM
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

Objetivo:

La reducción del número de residentes en nuestro hospital ha hecho que no se disponga de personal farmacéutico para cubrir la elaboración de Fórmulas Magistrales no estériles (FMNE) durante todo el año.

Objetivos: analizar la actividad del área de farmacotecnia, el ahorro conseguido con la elaboración FMNE y describir el proceso llevado a cabo en la formación del personal de enfermería para su elaboración.

Métodos:

Se recogió información para analizar y medir la actividad del área utilizando el programa informático Magisfor®, así como el módulo de gestión y pacientes externos de Farmatools®. Para medir la actividad, se calcularon las unidades relativas de valor (URVs) del área de elaboración de FMNE en el año 2015 y se compararon con años anteriores. Se recogieron datos sobre número total y tipos de FMNE elaboradas, número de pacientes externos mensuales y ahorro económico conseguido con la elaboración de FMNE en diversas patologías. Se contactó con Servicios de Farmacia de otros hospitales para conocer el tipo de personal que realizaba la elaboración de FMNE. Se consultó el Programa de Formación Oficial para Técnicos de Farmacia, según el Decreto 96/2009, por el que se establece el currículo del Ciclo Formativo de Técnico en Farmacia en la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Resultados:

Durante el año 2015 se elaboraron un total de 23.194 FMNE, que corresponden a 46.156 URVs. Esto ha supuesto un incremento de actividad respecto al año 2013 y 2014 de un 223% y 116% respectivamente. Del total, un 84% son cápsulas que se preparan para ajustar dosis en pediatría o para optimizar costes, 4.8% son formas orales líquidas y el resto formas tópicas. Se dispensan FMNE a una media de 46 pacientes/mes. El ahorro económico conseguido en 2015 con la elaboración de FMNE fue 123.149€. En algunos hospitales de la Comunidad de Madrid, las FMNE son preparadas por personal de enfermería o técnicos en farmacia. De los 9 hospitales de Castilla la Mancha consultados, en el 55% el farmacéutico es el único personal elaborador y en el resto, sólo algunas preparaciones estandarizadas las prepara enfermería o auxiliar de clínica. Se planteó la formación del personal de enfermería, al no disponer de técnicos en farmacia, para la elaboración de todas las FMNE. Se modificaron los procedimientos de trabajo y se elaboró una instrucción técnica donde se reflejaron las actividades y responsabilidades del personal elaborador. Se proporcionó información escrita, sesiones y prácticas sobre la preparación de formas farmacéuticas, operaciones básicas y manejo de equipos. Tras la formación, enfermería prepara todas las FMNE y el farmacéutico lleva a cabo el control del proceso y calidad de producto final.

Conclusiones:

Durante los últimos años la actividad del área de farmacotecnia se ha incrementado sustancialmente. Se reformulan y redosifican fármacos para poblaciones especiales (pediatría, geriatría), se cubren lagunas terapéuticas y se optimizan costes. La formación específica del personal de enfermería o técnicos en la elaboración de FMNE es una oportunidad para optimizar el tiempo y poder así, potenciar el desarrollo de nuevas actividades clínicas por parte del farmacéutico.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y ALCANCE DE UNA CUENTA DE FACEBOOK CREADA PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN

Plata Paniagua S¹, Montero Delgado A²

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

²*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

Objetivos:

Las redes sociales como Facebook permiten a instituciones y profesionales sanitarios difundir de forma sencilla información sobre buen uso de medicamentos y prevención de errores de medicación con el propósito de educar, concienciar y crear cultura de seguridad entre gran cantidad de profesionales y pacientes.

El objetivo del estudio fue analizar la actividad, alcance, impacto social y participación generada por una página de Facebook creada para difundir información a profesionales sanitarios y pacientes relacionada con errores de medicación, seguridad del paciente y uso seguro del medicamento.

Métodos:

El estudio se realizó durante el período comprendido entre Julio 2014 y Febrero 2016 (19 meses).

Las estadísticas de la página se extrajeron directamente desde el propio servicio de Facebook (*Facebook Insights*).

Para determinar la actividad, alcance, impacto social y participación, los diferentes resultados obtenidos se clasificaron en 3 categorías (Actividad, Comunidad y Participación).

Resultados:

Actividad

Al término del período de estudio se habían publicado un total de 392 publicaciones (aproximadamente una publicación cada 2 días), siendo un 46,2% de las publicaciones de tipo "Enlace" (181 en total), un 53,3% (209) de tipo "Foto" y un 0,75% (3) de tipo "Estado".

Comunidad

- El número de fans de la página al concluir el período de estudio fue de 10012, con una media de crecimiento de 568fans al mes. El contenido publicado por la cuenta se vio más de 3.674.000 veces (> 200.000 impresiones al mes), siendo el alcance potencial de la cuenta de 2.421.000 usuarios únicos. De media, cada publicación es vista por un total de 3500 usuarios diferentes y tiene un total de 9300 impresiones.

- El horario de máxima difusión de la cuenta se alcanza de 20:00-21:00 pm todos los días de la semana.

- En cuanto a distribución de sexos, el 86% de los fans que componen la comunidad de la página son mujeres (el 76% del total entre 18-44 años), el 13% son hombres y el 1% sin género asociado.

Participación

- El grado de interacción que generan las publicaciones de la página con su comunidad queda reflejado con los siguientes parámetros:

- 2592 comentarios totales en publicaciones (6 por publicación).
- 41267 "me gusta" totales en publicaciones (105 por publicación).
- 12905 veces se han compartido en total las publicaciones (33 por publicación).

- La tasa de participación media que generan las publicaciones con la comunidad de fans es del 3%, siendo la tasa de interacción media ajustada por publicación del 5%.

- También han sido recibidos a través del propio tablón de la página o por mensaje privado multitud de aportes en forma de foto alertando sobre isoapariencia de medicamentos.

Conclusiones:

La página de Facebook analizada despierta un interés creciente entre los usuarios. Los contenidos publicados en la misma tienen una gran participación, hecho que se ve reflejado en la interacción que generan las publicaciones con su comunidad.

Facebook es una plataforma social que permite amplificar la difusión de información entre profesionales sanitarios y pacientes en materia de seguridad del paciente y errores de medicación.

Conflicto de intereses: no.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DIRECTA

Domingo Chiva E¹, Romero Candel G¹, Pardo Ibáñez MD², Cuesta Montero P², Monsalve Naharro JA², Valladolid Walsh A¹.

*¹Servicio de Farmacia Hospitalaria. ²Servicio de Anestesia y Reanimación.
Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

Objetivos: evaluar el grado de satisfacción del personal de enfermería del área de Cuidados Intensivos de Anestesia con una nueva guía de administración de fármacos por vía intravenosa directa.

Métodos: estudio prospectivo de un mes de duración (15 diciembre 2015-15 enero 2016) en el que se realizó una sesión clínica al personal de enfermería de esta área sobre la administración de fármacos en el paciente crítico que precisa restricción de fluidos y la presentación de una guía de administración de fármacos mediante inyección intravenosa directa elaborada por el farmacéutico integrado en el equipo multidisciplinar de esta área. Para valorar la satisfacción del personal de enfermería se desarrolló una encuesta que incluía los siguientes ítems: 1) Facilita su labor, 2) Ahorra tiempo, 3) Evita errores de administración en pacientes con restricción hídrica, 4) Valoración global sobre la actuación del farmacéutico, 5) Campo libre para agregar sugerencias. Se valoró la opinión puntuando del 1 (poco satisfecho/muy en desacuerdo) al 10 (totalmente satisfecho/totalmente de acuerdo). Las encuestas se distribuyeron de forma anónima por la supervisora de enfermería de la unidad y los resultados se registraron en una base de datos Excel® 2013 para su posterior análisis.

Resultados: durante el periodo de estudio se recogieron 33 encuestas, con los siguientes resultados: El equipo de enfermería consideró que facilitaba su labor con una puntuación media de $8,9 \pm 1,1$; que les ahorra tiempo con un $8,7 \pm 1,3$ y que además evitaba errores con un $8,8 \pm 1,0$. La valoración global con la actuación del farmacéutico en el área de reanimación y cuidados intensivos de anestesia tuvo una puntuación de $9,1 \pm 0,6$. En cuanto a las referencias citadas en el campo abierto de sugerencias, la principal, sugerida por 4 personas, fue la petición de más sesiones formativas, seguida de la petición de la integración de un farmacéutico por turno en el área, sugerida por 2 personas.

Conclusiones: los pacientes en estado crítico suelen requerir un gran número de fármacos por vía intravenosa, y en numerosas ocasiones, los mismos accesos a las vías son limitados puesto que tienen que compartirse con la administración de otras mezclas intravenosas como la nutrición parenteral. Además, la administración de fármacos en la menor cantidad de volumen posible permite un ahorro de tiempo, el cual puede ser destinado a otros cuidados del paciente, por parte de enfermería.

Por todo ello, parece útil buscar una estrategia de optimización de la administración de estos fármacos parenterales y los servicios de cuidados intensivos son un lugar estratégico de actuación del farmacéutico de hospital. Para esta labor resulta de vital importancia disponer de guías de administración de fármacos para estandarizar la práctica clínica.

De nuestro estudio se deriva que la guía de administración de fármacos mediante inyección intravenosa directa facilita el trabajo diario, ahorra tiempo y evita potenciales errores, traduciéndose en un alto grado de satisfacción por parte del personal de enfermería con la actuación del farmacéutico integrado en la unidad.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID Y ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRINGIDO DEL HOSPITAL

Aguilar Guisado, C; Horrillo Sánchez de Ocaña, P; Lázaro López, A; Ruiz González, L; Horta Hernández, AM
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivo:

Evaluar la utilización de linezolid y la adecuación al protocolo de antibióticos de uso restringido del hospital aprobado por la Comisión de Infecciones.

Método:

Estudio observacional retrospectivo realizado en dos períodos: enero 2015 y enero 2016. La recogida de datos se realizó mediante la revisión de historia clínica electrónica y el programa Farmatools®. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, servicio médico prescriptor, indicación clínica, tipo de tratamiento (empírico/dirigido), microorganismo aislado y cumplimiento del protocolo. Se consideró adecuada la prescripción de linezolid si cumplía los siguientes criterios aprobados por la comisión de infecciones: infección por *Enterococcus sp. vancomicina* resistente, sin otra alternativa terapéutica, infección por *Staphylococcus aureus meticilin-resistente (MRSA)* con resistencia o sensibilidad intermedia a vancomicina o teicoplanina, mala evolución de las infecciones por *MRSA* o *Enterococcus* en tratamiento con vancomicina o teicoplanina, infección por *Staphylococcus epidermidis* con resistencia o sensibilidad intermedia a vancomicina o teicoplanina, neumonía nosocomial con asilamiento de *MRSA*, y/o en todos los casos, tener insuficiencia renal, reacción alérgica o toxicidad a fármacos alternativos.

Resultados:

En enero 2015 se incluyeron 24 pacientes. La mediana de edad fue de 69 años (16-83) y el 66.7% (16) fueron hombres. La distribución de las prescripciones por servicios fue: Medicina Intensiva 54.1%, Oncología 16.7%, Hematología 8.3% y otros 21.3%. Las indicaciones clínicas fueron: infección respiratoria 41.7%, infección piel y tejidos blandos 16.7%, infección intrabdominal 16.7%, infección urinaria 16.7%, infección ósea 4.1 % e infecciones de foco desconocido 4.1%. En el 37.5% de los casos se instauró tratamiento empírico. Microorganismos aislados: *S. epidermidis* MR 20.8%, *E. faecium* MR 16.7%, SAMR 4.1%, SAMS 4.1% y otros 12.5%.

En enero 2016 se incluyeron 14 pacientes. La mediana de edad fue de 68 años (54-101) y el 71.4 % (10) fueron hombres. La distribución de prescripción por servicios fue: Medicina Intensiva 28.7%, Hematología 28.6%, Medicina interna 21.5% y otros 21.3%. Las indicaciones clínicas fueron: infección respiratoria 71.4%, infección piel y tejidos blandos 16.7% e infección 7.1%. En el 50% de los casos se instauró tratamiento empírico. Microorganismos aislados: SAMR 28.6%, *E. faecium* MR 21.5%, *E. faecalis* MR 7.1%, *S. epidermidis* 7.1%, SAMS 7.1% y otros 28.6%.

En ambos periodos, en el 30% de los cultivos no se aisló germen que justificara el uso de linezolid según protocolo. La adecuación al protocolo en enero 2015 no se cumplió en el 54.2% de las prescripciones, y en enero 2016 en el 50%.

Conclusión:

El 60% de los tratamientos con linezolid fueron prescritos por los servicios de Medicina Intensiva, Oncología y Hematología, principalmente para tratar infecciones respiratorias. Se ha observado una utilización empírica en el 45% de los tratamientos, no aislándose microorganismos que justificasen el uso de linezolid en el 30% de los cultivos. La adecuación al protocolo no se cumple en el 50% de los tratamientos. Parece prudente recomendar a la Comisión de Infecciones la necesidad de revisar el protocolo de forma consensuada con los servicios que mayoritariamente lo prescriben.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Iturgoyen Fuentes D, Piqueras Romero C, Domínguez Herencias S, Pérez Margallo ME, Berrocal Javato MA, Juárez González R. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Objetivo:

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante el proceso de conciliación de la medicación (CM) en pacientes ingresados en una unidad de corta estancia (UCE) de un Servicio de Urgencias (SU) Hospitalario y su grado de aceptación por parte del médico de UCE. Evaluar los motivos por los que se hacen dichas IF.

Métodos:

Estudio prospectivo realizado entre noviembre de 2015 y enero de 2016 en la UCE del SU de un hospital general. Se incluyeron los pacientes que cumplieran al menos uno de los siguientes criterios a su ingreso en la UCE: edad ≥ 65 años o polimedicación (≥ 4 fármacos/día como tratamiento crónico). Se asignó un farmacéutico para realizar CM en los pacientes seleccionados, entendiéndose como tal el proceso formal y estandarizado de obtener la lista completa de la medicación previa de un paciente, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias encontradas. Las variables registradas fueron: sexo, edad, medicación habitual, IF, motivo de la IF y aceptación médica. Las IF realizadas durante el proceso de CM fueron comunicadas de forma oral y/o escrita al médico de UCE y registradas en forma de interconsulta en la historia clínica (HC) del paciente y en una base de datos Excel®. La documentación de las IF se realizó de acuerdo con un sistema de clasificación basado en el Consenso de Granada modificado y adaptado. Se consideró como aceptada una IF cuando el médico de UCE modificaba directamente la orden médica o efectuaba dicha recomendación al médico de atención primaria en el informe de alta del paciente.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 73 pacientes (53% mujeres) con una edad media de 80 años y una media de 8 fármacos diarios/paciente. Se realizaron 179 IF (media de 2.45 IF/paciente). Las IF realizadas fueron: "Inicio de tratamiento" (47), "Monitorización" (39), "Suspensión de fármaco" (28), "Cambio de dosis" (22), "Actualización de la historia farmacoterapéutica" (18), "Información y educación al paciente" (10), "Cambio de forma farmacéutica" (9) y "Cambio de frecuencia" (6). Fueron aceptadas 109 IF (61%). Los motivos por los que se hicieron estas IF fueron: "Interacción" (40), "Tratamiento habitual no prescrito y necesario" (36), "Error/incongruencia/falta de información importante en HC" (19), "Dosificación excesiva" (17), "Prevención de reacción adversa" (15), "Facilitar el cumplimiento terapéutico" (14), "Fármaco no incluido en la guía del hospital" (10), "Determinación de niveles plasmáticos" (6), "Fármaco no indicado/innecesario/no efectivo" (6), "Necesidad de tratamiento adicional" (5), "Error de transcripción" (3), "Duplicidad terapéutica" (3), "Frecuencia no recomendada" (3), "Dosificación insuficiente" (1) y "Seguimiento del paciente por eficacia o seguridad" (1).

Conclusiones:

Las IF más frecuentes fueron las de "Inicio de tratamiento", "Monitorización" y "Suspensión de fármaco". El 61% de las IF fueron aceptadas. Los principales motivos para realizar las IF fueron la existencia de interacciones farmacológicas y la omisión en la prescripción de un tratamiento crónico necesario. La presencia del farmacéutico en la UCE del SU Hospitalario facilita la comunicación con el médico para llevar a cabo una optimización de los tratamientos farmacológicos.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

RAMUCIRUMAB EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Martín de la Torre, Rocío; Durán Sánchez, M. Esther*; Yébenes Rubio, Ana Isabel**; Aguado Barroso, Pablo; Suárez Hinojosa, Liliana Gladis**.*

Servicio Farmacia- Servicio Oncología Médica**.*

Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares)

Objetivos: Describir el uso, efectividad y seguridad de Ramucirumab (Cyramza®) en un paciente incluido en un programa de uso compasivo para el tratamiento de adenocarcinoma gástrico E IV pT4N2 (con invasión peritoneal visceral y metástasis linfoganglionares en cinco ganglios).

Material y métodos: se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica y farmacoterapéutica (programa pacientes ambulatorios y plataforma de análisis clínicos) . Se solicitó a través de la plataforma de medicamentos extranjeros Ramucirumab en monoterapia para una duración de tratamiento de 3 meses.

Resultados: varón de 69 años diagnosticado de Adenocarcinoma gástrico E IV reseccionado en 2014. Recibió neoadyuvancia con esquema EOX (Epirubicina-Oxaliplatino) por 3 ciclos, tras los cuales progresó requiriendo ingreso hospitalario. Fue intervenido por laparotomía media supraumbilical realizándose anastomosis gastroyeyunal transmesocólica en Y de Roux; Posteriormente inicia terapia adyuvante en nuestro centro con Carboplatino + Paclitaxel (6 ciclos). Tras realización PET-TAC se objetiva progresión por afectación adenopática, solicitando desde el Servicio de Oncología Médica 2ª línea de tratamiento con Ramucirumab mediante la inclusión en el programa de uso compasivo (Octubre 2015), en monoterapia debido a terapia previa con paclitaxel. Ramucirumab es un anticuerpo IgG1 monoclonal que actúa como antagonista del receptor VEGFR-2 aprobado recientemente por la AEMPs (Enero 2016) como agente biológico en segunda línea para cáncer tras quimioterapia previa con platino y fluoropirimida en combinación con paclitaxel o en monoterapia cuando no es apropiada la terapia con paclitaxel.

En nuestro centro se solicitó la inclusión en el programa de uso compasivo puesto que fue previa a la autorización en España. La posología y esquema de tratamiento fue a 8 mg/kg en perfusión intravenosa de 60 minutos cada 2 semanas hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

En el seguimiento farmacoterapéutico se monitorizaron principalmente efectos adversos de tipo hematológico, sobre todo neutropenia. No se han detectado hasta el momento efectos adversos graves (perforación ni hemorragia gastrointestinal, enfermedad tromboembólica arterial, reacciones relacionadas con la perfusión, hipertensión, proteinuria ni desarrollo espontáneo de fístulas). Tras recibir 6 ciclos con una periodicidad quincenal el paciente refiere una mejoría de su estado general encontrándose bien y asintomático. No se notificó ninguna reacción relacionada con la perfusión en ninguno de los ciclos administrados. Por tanto, la tolerabilidad y el perfil de efectos adversos hasta el momento ha sido adecuado.

Conclusiones: la respuesta al tratamiento con Ramucirumab se considera favorable en cuanto a la efectividad y seguridad del tratamiento, dado que el paciente ha presentado una mejoría tanto en la calidad de vida como en los parámetros analíticos analizados además de una tolerancia al tratamiento aceptable aunque es necesario un seguimiento a largo plazo para alcanzar conclusiones fehacientes. La autorización por parte de la AEMPs de Ramucirumab en segunda línea en cáncer gástrico puede considerarse como una opción de tratamiento accesible para estos pacientes siendo necesario un uso racional y un posicionamiento terapéutico adecuado para lograr el máximo beneficio para estos pacientes.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA AUTORIZACIÓN INDIVIDUALIZADA DE UTILIZACIÓN DE VEDOLIZUMAB

Proy Vega B, Fraga Fuentes MD, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Sánchez Serrano JL, Conde García MC, Gómez Lluch MT.

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

Objetivos: vedolizumab ha sido financiado en condiciones restringidas respecto a las indicaciones contempladas en su ficha técnica, tal como queda reflejado en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) publicado en junio de 2015. Se posiciona tras fracaso a terapia convencional y a fármacos anti-TNF α , o como alternativa a los anti-TNF α cuando exista contraindicación, en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). En nuestro centro, se han establecido unos criterios de uso y de interrupción de tratamiento, en base al IPT y a los resultados de los ensayos clínicos. Se pretende describir las características clínicas de los pacientes con autorización individualizada de tratamiento con vedolizumab, que puedan orientar al diseño de un protocolo de uso.

Material y métodos: análisis descriptivo de los pacientes con tratamiento autorizado individualizado con vedolizumab en nuestro hospital (Octubre 2015-actualidad). Se recogieron: edad, sexo, diagnóstico (año de diagnóstico), fase de tratamiento, corticodependencia, antecedentes quirúrgicos, CDAI, PCR, calprotectina fecal, resistencia a otros anti-TNF α , e intolerancias. La autorización de tratamiento con vedolizumab, incluye una valoración de la respuesta en la semana 10: si no hay respuesta, suspensión del tratamiento en CU, y dosis adicional en la semana 14 para la EC, tras la cual se debe suspender el tratamiento si sigue sin haber respuesta.

Resultados: incluidos 5 pacientes. Mediana de edad: 48 años (28-50). 60% hombres. 80% con EC (1 caso, fistulizante). Mediana de duración de la enfermedad: 12 años (6-16). 2 pacientes en fase de inducción (dosis semana 0 y 2), 2 pacientes en fase de mantenimiento (semanas 0, 2 y 6, y primera dosis cada 8 semanas), y 1 paciente no ha comenzado el tratamiento. 80% era corticodependientes. 20% tenía historia previa quirúrgica. Ningún paciente con puntuación basal de CDAI recogida en la historia clínica. Para los 4 pacientes en tratamiento, la proteína C reactiva (PCR) basal media fue de 3,18 (\pm 9,46) mg/L. Sólo 1 paciente con datos de calprotectina fecal basal (155 μ g/g). 100% había recibido tratamiento previo con antagonistas TNF α . 40% habían fallado a 1 anti-TNF α : derrame pericárdico severo por infliximab (1), neumonía y derrame pericárdico por infliximab (1). 40% a dos: eritema nodoso por adalimumab y síntomas pseudogripales acentuados por infliximab (1), hipersensibilidad a infliximab y resistencia a adalimumab (1). El resto a tres: resistencia a infliximab, adalimumab, y certolizumab (uso fuera de ficha técnica, FFT). Este caso, también recibió natalizumab (FFT), con mal control de síntomas.

60% tuvo intolerancia a inmunosupresores (digestiva por azatioprina, metotrexato y 6-mercaptopurina, y leucopenia por azatioprina). Actualmente, ninguna reacción adversa a vedolizumab.

Conclusiones: vedolizumab se ha posicionado como una opción terapéutica tras fracaso a otros fármacos, incluidos los anti-TNF α . Este análisis descriptivo pone de manifiesto que no existe un registro adecuado de datos clínicos y predictivos. La estandarización de este registro en la historia clínica, favorecería la valoración de resultados en salud e interrupción de tratamientos innecesarios. Todo ello se facilitaría con la elaboración de un protocolo de utilización de los distintos tratamientos en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Conflicto de intrerés: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EXPERIENCIA EN LA EXTRAVASACIÓN DE ANTRACICLINAS LIPOSOMALES

Gómez Lluch, MT; Andrés Navarro, N; Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, Patricia; Canales Ugarte, Susana; Proy Vega, Beatriz; Heredia Benito, Miriam.
Hospital La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real).

Objetivos:

La extravasación de antraciclina es un evento infrecuente, sin embargo puede conllevar serias complicaciones. Las formas comercializadas de doxorubicina liposomal, Myocet® y Caelyx® (pegilada), se introdujeron con el fin de reducir la toxicidad cardiaca, manteniendo la eficacia antitumoral. No obstante, las consecuencias en piel y tejidos blandos no son del todo conocidas cuando ocurre una extravasación.

El objetivo del estudio es describir la experiencia de dos casos clínicos que cursaron con extravasación de antraciclina liposomal en el Hospital de Día en un hospital de tercer nivel.

Métodos:

Estudio descriptivo prospectivo de dos extravasaciones de doxorubicina liposomal. Se recogieron los datos de los casos (edad, sexo, diagnóstico, características de la extravasación, tratamiento y evolución) y se compararon con lo descrito en la bibliografía. Los pacientes fueron seguidos por el servicio de farmacia.

Resultados:

Ambas extravasaciones se localizaron en la flexura del brazo:

Paciente 1: Varón, 80 años diagnóstico Sarcoma de Kaposi en tratamiento con doxorubicina liposomal pegilada (Caelyx®) a dosis de 40mg. Se produce la extravasación de aproximadamente 120ml de preparación, objetivado por enfermería (el paciente no refiere síntomas). Al momento, presenta gran tumefacción de la zona (13x8cm), piel levantada y aparición de pequeñas vesículas, seguido de dermatitis. Se inician medidas generales con frío local y Dimetilsulfóxido (DMSO) al 99% siguiendo el protocolo de extravasaciones. Al tratarse de gran volumen, se gestiona la adquisición de dexrazosano, que no se pudo conseguir. El paciente ingresó por posibles complicaciones y continuó con DMSO. Finalmente, no presentó ninguna complicación adicional y tras dos meses, episodio resuelto.

Paciente 2: Mujer, 74 años diagnóstico cáncer de mama en tratamiento con ciclofosfamida + doxorubicina liposomal (Myocet®) 100 mg. Se produce una extravasación de pequeña cantidad, con apenas enrojecimiento, por lo que se va a casa con aplicaciones de DMSO. Dos días después, vuelve con la zona muy eritematosa y vesículas. Tras incidir en la aplicación correcta de DMSO y frío local se cita a las 48 horas, continuando con la zona descamada y con gran induración. Tras una semana se finaliza el DMSO (lesión muy seca) y se indica corticoide tópico (Fluocortina) 15 días. Ante el dolor y picor, y se administra por iniciativa propia *Aloe Vera* natural, lo que mejora sorprendentemente la lesión. 40 días después la zona sigue enrojecida y endurecida, pero con la piel nueva. Tras más de dos meses, continúa con induración aunque el cuadro parece prácticamente resuelto.

En ningún caso fue necesario interrumpir el tratamiento quimioterápico.

Conclusiones:

Nuestra experiencia, coincidiendo con la bibliografía, sugiere que el daño por extravasación de estas fórmulas liposomales es menor que el de las clásicas antraciclina y puede ser relativamente bien tolerado, sin signos de necrosis o grandes efectos vesicantes, y tratarse por ello como agentes irritantes. Se desconoce el mecanismo por el que producen menor daño y la reacción es más tardía con la no pegilada, como ocurre con nuestro segundo paciente.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DENOSUMAB EN METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS

Sánchez Gundín J, Martínez Valdivieso L, Recuero Galve L, Llorente Serrano M, Martí Gil M, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

Objetivo: evaluar la utilización de denosumab para prevenir eventos relacionados con el esqueleto (ERE) en pacientes con metástasis óseas (MO) de tumores sólidos.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo (01/08/11-15/02/15) de pacientes con MO de tumores sólidos tratados con denosumab en un hospital de segundo nivel.

Con el programa de gestión farmacoterapéutica (Farhos v.5.0) se identificaron pacientes tratados con denosumab, revisándose las historias clínicas electrónicas (Mambrino XXI[®]).

VARIABLES recogidas: sexo, edad, ECOG/PS y localización carcinoma primario.

Evaluación de:

Adhesión al protocolo hospitalario: tratamiento de elección ácido zoledrónico (AZ) excepto si existe insuficiencia renal (IR) o mal acceso venoso.

Efectividad: uso previo AZ, tiempo desde diagnóstico MO hasta inicio denosumab, pauta posológica, duración tratamiento con denosumab, aparición de ERE previamente al inicio de denosumab (por resonancia magnética/historia clínica) y/o tiempo tras el mismo, prescripción de suplementos cálcicos complementarios (SCC) y supervivencia global (SG).

Seguridad: frecuencia y gravedad de reacciones adversas (RA) según CTCAEv4.03.

Coste: coste/administración/paciente y coste/mediana administraciones denosumab vs AZ.

Resultados: 30 pacientes (53% mujeres) tratados con denosumab. Mediana de edad: 75 años (rango: 44-90). ECOG/PS sólo registrado en 7 pacientes: 1 paciente ECOG/PS 1, resto ≥ 2 .

Principal localización del tumor primario: mama (13 pacientes), próstata (8 pacientes).

Adhesión protocolo: 12 pacientes cumplieron protocolo con mediana de 8 administraciones de AZ (rango:1-43). En el resto, sólo justificada la prescripción de denosumab por:

- Insuficiencia IR leve (1 paciente), moderada (8 pacientes), grave (7 pacientes).
- Mal acceso venoso o tratamiento exclusivamente domiciliario (8 pacientes).

Efectividad: mediana de tiempo desde diagnóstico de MO hasta inicio denosumab: 1.5 meses (rango: 0-50). Pauta posológica, acorde a ficha técnica. Mediana de tiempo en tratamiento con denosumab: 5 meses (rango: 1-33).

Aparición de EREs: 8 pacientes presentaron alguno previamente a denosumab y 7 pacientes lo presentaron con denosumab. Periodo mediano desde inicio con denosumab hasta primer ERE: 4.5 meses (rango: 1-23). Sólo un paciente presentó ≥ 1 EREs con denosumab.

Además, 7 pacientes no tenían prescritos SCC, justificado en un paciente por hipercalcemia tumoral y sólo uno de ellos presentó 1 ERE.

Al cierre del estudio, continuaban tratamiento 12 pacientes tras mediana de 9 administraciones (rango: 5-35). Sólo un paciente suspendió tratamiento por ineffectividad tras 4 administraciones. El resto habían fallecido tras mediana de 2 administraciones (rango: 1-13). Mediana de SG: 5 meses (rango: 1-35).

Finalmente, sólo un paciente estuvo tratado con denosumab >2 años sin presencia de ningún ERE desde inicio del mismo.

Seguridad: respecto a RA, 8 pacientes presentaron alguna, siendo las más frecuentes: hipocalcemia (grado III: 2 pacientes, grado IV: 2 pacientes; a pesar de que todos recibieron SCC), sofocos (2 pacientes), síncope (1 paciente) y osteonecrosis mandibular grado III (1 paciente). Estas dos últimas (sin SCC) conllevaron la suspensión del tratamiento.

Coste: Coste/administración/paciente denosumab (226€) vs AZ (12.5€) y coste/mediana administraciones denosumab (2034€) vs AZ (100€).

Conclusiones: denosumab constituye una alternativa fármaco-terapéutica para prevenir EREs en MO de tumores sólidos en pacientes con IR moderada-grave o mal acceso venoso. Los resultados de efectividad son inferiores a los obtenidos en los ensayos clínicos, aunque hay que considerar nuestro pequeño tamaño muestral. El perfil de seguridad se asemejó a ficha técnica, pero la frecuencia de RA grado III fue superior en nuestro estudio.

El alto coste de denosumab implica una adecuada selección de pacientes para garantizar un uso eficiente del fármaco y una utilización responsable de los recursos sanitarios.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS ESTRATIFICADO DE EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA SEGÚN ORIGEN Y TIPO DE ANEMIA

Recuero Galve L, Marco Tejón E, Sánchez Gundín J, Marcos Pérez G, Llorente Serrano M, Barreda Hernández D.

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos:

Estudio de dependencia de la efectividad de hierro carboximaltosa (HC) en pacientes con anemia según las variables cualitativas origen y tipo de anemia.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo (abril 2013-enero 2016) en un hospital general de segundo nivel de 378 camas. Se revisaron analíticas e historia clínica electrónica (Mambrino XXI®) y número de dispensaciones en el módulo de pacientes ambulatorios (Farmatools®). Se diseñó una base de datos Excel® en la que se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, origen de la anemia (hematológica, digestiva, ginecológica), tipo de anemia (ferropénica y no ferropénica) y parámetros de anemia (hemoglobina (Hb), ferritina sérica (FS) e índice de saturación de transferrina (IST)).

Las variables del estudio para determinar la efectividad fueron:

1.-Principal: % de pacientes respondedores en 12 semanas tras la primera administración. Se definió el paciente respondedor como aquel que alcanzó valores de Hb>12g/dL en mujeres y Hb>13g/dL en hombres y valores de FS dentro de los límites normales 30-300 mg. Tratamiento estadístico: Contraste de Fisher (CF) de independencia de caracteres para estudiar si el origen y el tipo de anemia influyen de manera significativa en la respuesta a HC.

2.-Secundarias. En pacientes respondedores se calculó: a) variación (Δ) de Hb, FS, IST desde valor basal hasta semana 12; b)número de dosis (ND) de HC en 12 semanas; c)número de dosis de rescate (NDR) tras las 12 semanas hasta cierre. Tratamiento estadístico: Test de Kruskal-wallis para el estudio de la dependencia entre el grado de respuesta (Δ Hb) y el origen y tipo de anemia.

Resultados:

31 pacientes (19 mujeres), edad media 67,2 años: 8 ginecológicos (5 ferropénicas), 16 digestivos (9 ferropénicas) y 7 hematológicos (4 ferropénicas).

1.- Principal. Respuesta global 64%. En cuanto a la efectividad de HC según origen de anemia fue mejor la ginecológica 100%, seguida de la digestiva 56% y por último la hematológica 42%. El CF de independencia corroboró esta dependencia de manera significativa, p-valor=0,03551.

En cuanto a la efectividad según tipo de anemia fueron respondedoras el 83% de las ferropénicas y el 12% de las no ferropénicas. El CF de independencia se comportó de igual forma, obteniendo un p-valor=0,0008576.

2.- Secundaria:

- Ginecológica: a) Δ Hb 1,07 \pm 0,87g/dL, Δ FS 109,86 \pm 100,69ng/mL, Δ IST 16,43 \pm 14,7%. b) ND 1,25 \pm 0,46. c) NDR 0,5 \pm 0,5.

- Hematológica: a) Δ Hb 2,63 \pm 0,73g/dL, Δ FS 125,97 \pm 102,06ng/mL, Δ IST 5,67 \pm 1,52%. b) ND 1,67 \pm 1,15. c) NDR 0 \pm 0.

- Digestiva: a) Δ Hb 2,91 \pm 2,17g/dL, Δ FS 176,95 \pm 261,69ng/mL, Δ IST 18,75 \pm 10,01%. b) ND1,44 \pm 0,73. c) NDR 2,6 \pm 4,4.

El test de Kruskal-wallis muestra igualdad en el grado de respuesta (Δ Hb) en todos los pacientes respondedores con independencia del origen y tipo de anemia con un p-valor 0,7767 y 0,278, respectivamente.

Conclusiones:

Para confirmar la reproducibilidad de los resultados sería conveniente diseñar estudios observacionales de mayor tamaño muestral. Para conocer con exactitud la efectividad de HC es necesario estratificar la respuesta según origen y tipo de anemia. Un tratamiento global por un lado sobreestimaría la respuesta en anemias hematológicas e infravaloraría en anemias ginecológicas, y por otro no atendería a la efectividad en HC según el tipo de anemia. Destacar que la respuesta de los pacientes digestivos requiere más NDR.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

JUNTO AL ONCÓLOGO MÉDICO EN UNA CONSULTA DE ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA

Fernández Marchante AI¹, Franco Sereno MT¹, Alañón Pardo MM, Benet Giménez I, García López MJ², Rodríguez Martínez M¹.

¹Servicio de Farmacia Hospitalaria. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos:

Describir y analizar los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) detectados y las intervenciones farmacéuticas (IFs) realizadas por el residente de farmacia durante su rotación en una consulta de Oncología Ginecológica.

Métodos:

Estudio observacional prospectivo de dos meses de duración (Noviembre-Diciembre 2015) en el que se incluyó a todas las pacientes de una Consulta de Oncología Ginecológica que recibían algún tratamiento farmacológico o terapia alternativa (productos medicinales). El farmacéutico revisaba la historia farmacoterapéutica especializada (Mambrino®, OncoFarm-Farmis®) y de primaria (Turriano®) de cada paciente, recogiendo variables demográficas, datos clínicos y tratamiento farmacológico. Posteriormente, se realizaba una entrevista estructurada con el paciente, para confirmar la medicación domiciliar y completar la historia farmacoterapéutica: tratamientos alternativos y automedicación. La adherencia fue medida a través del test de Morisky-Green. Las interacciones se chequeaban en dos bases de datos: Lexi-Interact® y Drugs-InteractionsChecker®. Los PRMs detectados se codificaban según la clasificación del Tercer Consenso de Granada de PRMs. Las IFs se realizaban en función de los PRMs observados y se informaban al oncólogo médico o al paciente.

Resultados:

Se estudiaron a 128 pacientes con una edad media de 60,7 (SD: 11,9) años. El 94,5% diagnosticadas de cáncer de mama. Presentaban una media de 1,4 (SD: 1,5) comorbilidades por paciente y tomaban una media de 5,5 (SD: 3,4) medicamentos por paciente. El 42% recibía hormonoterapia (HT), el 33% quimioterapia (QT) oral y/o intravenosa, y el 25 % ni QT ni HT.

Se detectaron y realizaron un total de 52 PRMs y 52 IFs. La media de PRMs/IFs fue de 0,4 por paciente. Se objetivaron 7 tipos de PRMs cuya distribución fue de: 54% interacción, 17% incumplimiento (definido como no adherencia), 11% problema de salud insuficientemente tratado, 6% probabilidad de efecto adverso, 6% duplicidad, 4% dosis, vía, pauta y/o duración no adecuada y 2% contraindicación. Según PRMs detectados, las IFs realizadas fueron:

- Si interacción: información al paciente (32%), se plantea alternativa más segura (29%), se recomienda suspender medicamento o producto medicinal (21%), se plantea alternativa más efectiva (7%), se recomienda vigilancia/monitorización del paciente (7%) y se recomienda modificar dosis/pauta (4%);
- Si incumplimiento: información al paciente de los riesgos de la no adherencia (89%) y se recomienda cambiar la forma farmacéutica (11%);
- Si problema de salud insuficientemente tratado: se recomienda iniciar medicamento (100%);
- Si probabilidad de efecto adverso: información al paciente (100%);
- Si duplicidad o si contraindicación: se recomienda suspender medicamento (100%);
- Y si dosis, vía, pauta y/o duración no adecuada: se indica dosis máxima diaria (100%).

El 62% de las IFs requerían intervención posterior del oncólogo médico y un 38% eran dirigidas directamente al paciente.

Conclusiones:

Se han detectado y realizado un elevado número de PRMs/IFs. El PRM mayoritario fue la interacción, seguido del incumplimiento. Las IFs fueron variadas, dependientes de los PRMs objetivados y en su mayoría requirieron intervención posterior por el oncólogo médico.

El estudio de los PRMs permite identificar oportunidades de mejora en la farmacoterapia del paciente oncológico y por consiguiente mejorar sus resultados en salud.

Conflicto intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

OPTIMIZACION FARMACOLÓGICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Sánchez Serrano, JL¹, Jiménez Campoy, D², Gómez Lluch, T¹, Proy Vega B¹, Valenzuela Gámez JC¹, Zamora Ferrer, E¹

¹Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan. ²Residencia de ancianos Santa Marta. Alcázar de San Juan.

Objetivos:

Evaluar el impacto de la implantación de la dispensación por dosis unitaria en un centro socio sanitario (CSS) adherido a un Servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

Estudio prospectivo intervencional de 1 año de duración (1 Enero 2015-31 diciembre 2015) en el que se incluyeron todos los pacientes residentes en el CSS (120). La edad media de fue de $86,22 \pm 7,59$ años (59,16% mujeres). Se revisó la prescripción farmacológica de los pacientes mediante un procedimiento normalizado que consistió en la aplicación del cuestionario MAI modificado como método implícito y la lista de criterios STOPP-START como método explícito. También se adaptó la prescripción de los pacientes a la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. Esta revisión fue realizada por un equipo multidisciplinar compuesto por un médico de atención primaria, un especialista en geriatría y un farmacéutico hospitalario.

Resultados:

Tras la revisión de todos los tratamientos se realizaron 138 intervenciones farmacéuticas, de las que se aceptaron 133 (96,37%). Se suspendieron 82 medicamentos inapropiados, correspondiente a un 5,2 % de los medicamentos totales.

29% de los medicamentos fueron adaptados a la Guía farmacoterapéutica del hospital.

Respecto al gasto farmacéutico comparado con el gasto farmacéutico por receta médica, se redujo en 65.583 Euros (25,01%), con una media de reducción de 546 Euros por paciente y año.

Conclusiones:

La atención farmacéutica a estos pacientes, en su mayoría pacientes crónicos polimedcados ha demostrado adecuar las prescripciones, disminuyendo el número de medicamentos inapropiados, aumentando la seguridad de la prescripción y obteniendo el máximo beneficio de la farmacoterapia individualizada por paciente. Además permite un mayor control por todo el equipo multidisciplinar para poder realizar una prescripción óptima consiguiendo también una disminución considerable del gasto farmacéutico.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A CENTROS SOCIO-SANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

*Pagán Núñez, FT, Saéz Valencia, G, Pascual Martínez, M, Ramírez Córcoles, A, Cano Cuenca, N.
Hospital General de Almansa, Albacete.*

Objetivo: analizar el impacto económico que supone para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) el suministro directo de medicamentos y productos de nutrición enteral (NE) desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) a un Centro Socio-Sanitario (CSS) frente a la prescripción por receta con dispensación en oficina de farmacia y su contrapartida en el presupuesto hospitalario.

Método: se realizó un análisis comparativo de la prestación farmacéutica en un CSS geriátrico con 56 pacientes. El periodo control correspondiente al modelo de prescripción por receta abarcó de mayo a octubre 2015 y se comparó con el suministro directo desde el SFH en el mes de enero 2016. El SFH en colaboración con la farmacéutica de Atención Primaria elaboró e implantó un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para el suministro de medicamentos y otros productos farmacéuticos a CSS. Mediante la aplicación informática "Digitalis" se explotaron los datos de facturación por receta al SESCAM, correspondiente al Código de Identificación del Área Sanitaria (CIAS) que atiende a los usuarios del CSS durante el periodo control y se comparó con el número de recetas y su importe a PVP extraídos del programa "Turriano" para el mes de enero 2016. Por otra parte se analizó mediante la aplicación Farmatools® la evolución del gasto hospitalario imputado al suministro del CSS.

Resultados: a partir de octubre 2015 se implementó el PNT para suministrar los principios activos (PA): enalapril, omeprazol, lorazepam, diazepam, quetiapina, risperidona, levetiracetam, ácido alendrónico, clopidogrel, fentanilo transdérmico, rivastigmina, donepezilo, memantina y NE. En el periodo control se facturaron una media de 547 recetas por un valor de 9535€ mensuales, frente a 361 recetas con un importe de 5980€ que se prescribieron en enero 2016, lo que supone una reducción del 34% en el número de recetas y del 37% de importe facturado. En cuanto al gasto hospitalario el importe medio mensual del periodo control era de 84€ frente a 975€ en enero 2016.

Conclusiones: esta estrategia ha conseguido un ahorro para el SESCAM en el periodo analizado del 28%(2664€ mensuales) y puede seguir reduciendo costes conforme se amplíe la cobertura tanto de PA como a otros CSS, hasta atender la prestación farmacéutica completa como viene recogido en la Ley de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. La optimización se basa en un sistema de gestión de compra directa integrado en el SFH y la selección de PA según criterios de eficiencia, adecuando la prescripción a la Guía Farmacoterapéutica. Además se consigue mejorar los indicadores de calidad de prescripción, se elimina el copago de los usuarios y disminuye la carga burocrática para el CSS. Hasta el momento el SFH se ha servido de los recursos e infraestructuras ya disponibles, pero esta línea de trabajo debe enfocarse hacia la mejora de la Atención Farmacéutica al paciente institucionalizado, con un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la farmacoterapia por su perfil de anciano, crónico y pluripatológico, por lo que sería necesario inversión en recursos humanos, ampliamente justificada por las ventajas mostradas.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES EN EL ÁREA DE ONCO-HEMATOLOGÍA

Domínguez Herencias, S. González Joga, B. Piqueras Romero, C. Iturgoyen Fuentes, D. Pérez Margallo, ME. Berrocal Javato, MA.

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Objetivos:

El uso de tratamientos en situaciones especiales en el área de onco-hematología ha ido aumentando en los últimos años. La utilización de fármacos pendientes de comercialización (uso compasivo) o que se prescriben en condiciones diferentes a las autorizadas (medicamentos "off label") supone una incertidumbre sobre el riesgo que puede conllevar su empleo. Por esta razón, es necesario llevar a cabo un seguimiento estrecho de los pacientes con estos tratamientos. El objetivo de este estudio es analizar los tratamientos en situaciones especiales y evaluar su coste.

Métodos:

Estudio observacional retrospectivo realizado durante el año 2015 en un hospital general. Se incluyeron todos los pacientes del área de onco-hematología que iniciaron tratamientos en situaciones especiales durante el período de estudio.

El farmacéutico realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados con el programa informático Visor Clínico® y un análisis de los datos económicos a partir del programa Farmatools®.

Las variables registradas fueron: principio activo solicitado, diagnóstico, nº de líneas previas de tratamiento y respuesta obtenida.

La respuesta obtenida se clasificó como buena respuesta (continuación del tratamiento en el momento de la recogida de datos), respuesta parcial (respuesta inferior a la esperada), fracaso terapéutico (interrupción del tratamiento) o éxitus.

Resultados:

Durante el año 2015 se cursaron 18 solicitudes. En el área de oncología se solicitaron 9 fármacos para 11 pacientes con los siguientes diagnósticos: ramucirumab para adenocarcinoma gastro-esofágico metastásico (3 pacientes), nivolumab para cáncer de pulmón no microcítico (2), paclitaxel-nanoalbúmina para adenocarcinoma gástrico metastásico (1), cetuximab + paclitaxel para carcinoma de cabeza y cuello metastásico (1), nintedanib para adenocarcinoma de pulmón (1), olaparib para carcinoma ovárico metastásico (1), trabectedina para sarcoma de tejidos blandos (1) y fotemustina para glioblastoma (1). La mediana de líneas previas fue de 1 (rango 0-5). 5 pacientes obtuvieron buena respuesta (45,5%), 1 obtuvo una respuesta parcial (9%) y 5 fallecieron (45,5 %).

En el área de hematología se solicitaron 7 fármacos para 7 pacientes: temozolamida para linfoma de células B difuso (1 paciente), azacitidina para eritroleucemia con más del 40% de blastos (1), decitabina para síndrome mielodisplásico (1), obinutuzumab para linfoma folicular (1), idelalisib para leucemia linfoide crónica (1), tretinoína para mantenimiento de leucemia promielocítica aguda (1) y cladribina para histiocitosis de células de Langerhans (1). La mediana de líneas previas fue de 2 (rango 0-3). 3 pacientes obtuvieron buena respuesta (43%), 1 obtuvo respuesta parcial (15%), 1 sufrió fracaso terapéutico (15%) y 2 fallecieron (29%).

El coste total asociado a estos tratamientos fue de 73.232 €.

6 de los fármacos incluidos en el estudio (37%) formaban parte de programas de acceso expandido a coste 0€.

Conclusiones:

- Es necesario analizar la relación beneficio-riesgo de tratamientos en situaciones especiales en onco-hematología, ya que 7 de los pacientes (39%) fallecieron durante el periodo del estudio.
- Es importante conocer el coste-efectividad de estos medicamentos; aunque algunos de estos tratamientos están financiados gratuitamente, otros tienen un elevado coste.
- Es adecuado realizar un análisis de estos medicamentos porque conllevan una carga asistencial para el farmacéutico responsable del área.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

RESULTADO DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE UNA SESION CLÍNICA DE ADMINISTRACIÓN SEGURA DE FÁRMACOS IV

*Romero Candel G, Monteagudo Martínez N., Sánchez Rubio F, Marco del Río JM, Díaz Rangel M.
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete*

Objetivos:

Evaluar el grado de satisfacción del personal de enfermería del Servicio de Urgencias con la sesión informativa titulada “Administración segura de fármacos intravenosos (IV)”. Conocer si los objetivos y metodología de la sesión, fueron adecuados, así como su utilidad en su trabajo diario, valoración del ponente y valoración global de la misma.

Material y métodos:

Se realizó una sesión destinada al personal de enfermería como actividad final de la rotación del residente de farmacia de 4º año en el Servicio de Urgencias de un hospital de 3er nivel. En ella se trató la administración segura de fármacos IV, incompatibilidades, administración IV directa y se informó de las guías al respecto disponibles en el centro. Al finalizar, se repartió un cuestionario voluntario y anónimo, elaborado por la Unidad de Docencia del Centro, con 15 cuestiones, repartidas en 7 secciones: datos personales, objetivos, contenidos, metodología y documentación, aplicabilidad, profesorado y valoración global del curso. Se puntuaban con una escala de 0 a 5 puntos, (donde 0 era muy deficiente y 5 excelente).

Resultados:

Asistieron 23 personas, (89% mujeres) y se recogieron 19 encuestas. Respecto a la edad de los asistentes, el 27,78% era <25 años, el 50% tenía entre 31 y 45 años y el 22,22% >46 años.

La sección de “objetivos y contenidos” obtuvo una nota media de $3.80 \pm 0,02$ puntos. La pregunta de si “el contenido del curso se adecuó a los objetivos”, obtuvo $3.89 \pm 0,32$ puntos. La pregunta, “el contenido del curso ha respondido a lo que usted esperaba” obtuvo $3.83 \pm 0,38$ puntos. La pregunta “el tiempo dedicado a diferentes temas estuvo bien distribuido en relación a su importancia e interés” el resultado fue 3.67 ± 0.59 puntos.

La sección de “metodología y documentación” se valoró con $4.02 \pm 0,08$ puntos. La pregunta sobre “calidad y nivel didáctico de las exposiciones teóricas” obtuvo $4,11 \pm 0,58$ puntos. La cuestión sobre si “las prácticas o ejercicios han servido para aclarar y apoyar las exposiciones teóricas” $4,00 \pm 0,68$ puntos. Y si “los materiales didácticos y de apoyo entregados y/o utilizados fueron útiles”, $3.94 \pm 0,72$ puntos.

“La aplicabilidad” de la sesión tuvo una media de $4.30 \pm 0,16$ puntos. Se preguntó “si el curso le ha aportado nuevos conocimientos, habilidades y actitudes o ampliado los que tenía” y obtuvo $4.11 \pm 0,47$ puntos. Si “lo aprendido en el curso tiene aplicación en su puesto de trabajo,” $4.33 \pm 0,68$ puntos y si “el jefe apoyaba estas iniciativas” $4.44 \pm 0,70$ puntos.

En “valoración al ponente” se obtuvo una media de $4.85 \pm 0,09$ puntos. Se preguntó “si conocía bien la materia” y obtuvo $4.94 \pm 0,23$ puntos. Si “expuso de manera clara y adaptada al alumnado y resolvió dudas”, con $4.83 \pm 0,38$ puntos, si “transmitió interés y fomento la participación”, $4.76 \pm 0,43$ puntos.

Por último se pidió una “valoración global” de la sesión que fue de $4.17 \pm 0,51$ puntos.

Conclusiones:

Podría ser beneficioso fomentar que el residente de farmacia de 4º año desarrolle actividades formativas al personal de la Unidad Clínica donde esté realizando su rotación, dada la buena valoración global de la sesión ($4,17$ puntos) la alta puntuación media sobre su aplicabilidad $4,33$ puntos.

Conflictos de interés:

[\(Enlace al póster\)](#)

UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE: MONOTERAPIA Y TERAPIA COMBINADA

¹Alañón Pardo, MM; ¹Áreas del Águila, VL; ²Cuadra Díaz, JL; ²Paulino Huertas, M; ²Ariza Hernández, A; ¹Rodríguez Martínez, M. ¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos:

-Evaluar la efectividad y seguridad de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) biológicos (FAME-b) en pacientes con artritis reumatoide (AR).
-Estimar la adherencia a la monoterapia biológica (MB) y a la terapia combinada (TC) con FAMEs convencionales (FAME-c) en pacientes con FAME-b subcutáneos.

Métodos:

Estudio transversal en pacientes adultos con AR en tratamiento con FAME-b en abril 2015 en un hospital de tercer nivel. Variables analizadas: demográficas (edad, sexo), clínicas (evolución de AR (*corta/larga*, ≥ 10 años), número de comorbilidades), farmacológicas (fármacos para control de AR (FAMEs, corticoides, AINEs, opiodes) y número total por paciente, duración de terapia biológica), causas de MB y adherencia.

La efectividad fue evaluada mediante la actividad inflamatoria (AI) según DAS28: "remisión" (DAS28 \leq 2,6), "baja" (DAS28 \leq 3,2), "moderada" (3,2<DAS28 \leq 5,1) y "alta" (DAS28 \geq 5,1)

La seguridad se analizó mediante la valoración de reacciones adversas (RA) por el reumatólogo y durante la entrevista farmacéutica a pacientes con FAME-b subcutáneos dispensados en el área de atención farmacéutica a pacientes externos.

La adherencia fue evaluada mediante dos métodos: 1) cuestionario autoadministrado al paciente (*CQR5-Compliance Questionnaire Rheumatology*) y 2) registros electrónicos de dispensación, calculando "medication possession rate" (MPR): "número de días cubiertos con medicación dispensada/número de días con medicación prescrita". Se consideraron "adherentes" pacientes con MPR \geq 80% y "adherencia alta" según CQR5.

Fuentes consultadas: historia clínica electrónica (*Mambrino*®, *Turriano*®), programa de preparación de mezclas intravenosas (*Farmis-Oncofarm*®), dispensación a pacientes externos (*ATHOS-Prisma*®) y dispensación en farmacias comunitarias mediante receta electrónica (*Fierabrás*®).

Análisis estadístico (*SPSS Statistics v.19*): *t-test* para comparar variables cuantitativas entre MB y TC; *Chi-cuadrado* para cualitativas.

Resultados:

Se incluyeron 85 pacientes (edad media: 54,9 \pm 13 años, 73,2% mujeres): 24 en MB y 61 en TC.

Al comparar las variables demográficas, clínicas y farmacológicas entre MB vs.TC, se encontraron diferencias significativas en consumo de opiodes (45,8% vs. 16,4%; $p=0,005$) y en la media del número de fármacos (3,1 vs. 3,8; $p=0,006$).

FAME-b prescritos en MB: etanercept (37,5%), adalimumab (33,3%), tocilizumab (12,5%), certolizumab (8,3%), infliximab (4,2%) y rituximab (4,2%). FAME-b en TC: etanercept (31,1%), adalimumab (14,8%), infliximab (14,8%), tocilizumab (14,8%), certolizumab (8,2%), rituximab (6,5%), golimumab (4,9%), abatacept (4,9%). FAME-c prescritos: metotrexato (77,1%), leflunomida (13,2%), hidroxicloquina (4,9%), azatioprina (1,6%), salazopirina (1,6%), leflunomida+hidroxicloquina (1,6%). Duración media de MB vs.TC: 3,9 vs.4,0 años ($p=0,88$).

La AI de MB vs.TC fue respectivamente: "remisión" (45,8% vs. 39,6%, $p=0,61$), "baja" (16,7% vs. 20,8%, $p=0,86$), "moderada" (29,2% vs. 37,5%, $p=0,48$) y "alta" (8,3% vs. 2,1%, $p=0,21$).

Causas de MB: "suspensión del FAME-c por buena evolución clínica" (33,3%) e "intolerancia/toxicidad a FAME-c" (66,7%)
Un 43,8% de pacientes en MB por intolerancia estaban en remisión.

Frecuencia de RA en MB vs. TC: 12,5% vs. 32,8%; $p=0,05$. RA registradas: infecciones (53,6%), hipertransaminemia (14,3%), reacciones en zona de inyección (10,7%) y asociadas a perfusión intravenosa (7,1%), erupción cutánea (7,1%), gastrointestinales (3,6%), taquicardia (3,6%).

Los pacientes con FAME-b subcutáneos fueron 55 (36 en TC). Adherencia al FAME-b según MB vs.TC: 89,5% vs. 77,7%; $p=0,29$. En TC, el 58,3% de pacientes fueron adherentes a ambos FAMEs y el 72,2% a FAME-c.

Conclusiones:

La MB es una alternativa a TC permitiendo el control inflamatorio incluso en pacientes que no toleran FAME-c; aunque el control del dolor requiere soporte con opiodes.

La combinación con FAME-c disminuye la tolerancia al tratamiento, pudiendo explicar la menor adherencia al TC.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON REGORAFENIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Díaz Rangel M, Aldaz Francés R, Romero Candel G, Monteagudo Martínez N, Marco del Río J, Sánchez Rubio F.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Objetivos:

Regorafenib es un fármaco que inhibe la enzima uridindifosfato glucuronosil transferasa y a diferencia de otros fármacos, es efectivo independientemente de la mutación del gen KRAS.

El objetivo del estudio es analizar la utilización, supervivencia libre de progresión (SLP) y reacciones adversas (RA) en pacientes tratados con regorafenib.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes tratados con regorafenib en nuestro centro. Para la obtención de los datos, se llevó a cabo una revisión de la historia clínica electrónica Mambrino XXI[®] y del programa informático Farmatools[®]. Las variables recogidas fueron: sexo, fecha de nacimiento, localización y estadio del cáncer, estado del gen KRAS, línea de tratamiento, posología, reducciones de dosis, tratamientos quimioterápicos previos, RA y SLP. Las RA se clasificaron según Common Toxicity Criteria v4.0. La variable de eficacia utilizada fue SLP.

Resultados: se incluyeron 7 pacientes (2 mujeres y 5 hombres), con una mediana de edad al inicio del tratamiento de 56 años (33-72). Todos los pacientes compartían diagnóstico, cáncer colorrectal (CCR) metastásico y todos menos uno presentaban el gen KRAS mutado. Regorafenib fue utilizado en 5^a línea en tres pacientes, en 4^a en dos, 3^a y 7^a línea en un paciente respectivamente. La posología de regorafenib utilizada fue 160mg/24h durante 21 días y 7 días de descanso, siendo necesario en todos los casos reducir dosis y/o espaciar la administración. Todos los pacientes fueron tratados previamente con esquemas quimioterápicos basados en fluoropirimidinas y terapia anti-VEGF, además en un paciente se utilizó terapia anti-EGFR (no poseía el gen KRAS mutado). Las RA más frecuentes según su gravedad fueron: G2 (astenia, hipertensión arterial, trombopenia y artromialgia) y G3 (reacción cutánea mano-pie, aumento de transaminasas, diarrea, infección y disminución del apetito y/o ingesta). El resto de RA fueron leves y descritas en la bibliografía (anomalías de pruebas analíticas, entre otras). En cuanto a la SLP, en 6 pacientes se suspendió el tratamiento por deterioro clínico, obteniendo una mediana de SLP de 2 meses; y el paciente que continúa actualmente con regorafenib presentan una mediana de seguimiento de 1 mes.

Conclusiones:

La utilización de regorafenib en nuestro centro se adecua a ficha técnica, ya que todos los pacientes presentan CCR metastásico y han sido tratados anteriormente con las terapias disponibles. Además, las reducciones se han llevado a cabo según bibliografía, ajustándose en cada momento a las necesidades de los pacientes.

La mediana de SLP de los pacientes que finalizaron el tratamiento (2meses), fue similar a la obtenida en ensayos clínicos (CORRECT 1,9meses, comparado con placebo). En cuanto a la supervivencia global (SG), en el ensayo CORRECT fue de 6,4meses, pero en nuestro estudio en la actualidad continúa en tratamiento con regorafenib un paciente y al resto se les suspendió por deterioro clínico, por lo que no disponemos de datos sobre SG. Además, la mediana de SLP será modificada tras el seguimiento del paciente que continúa en tratamiento.

Regorafenib por su perfil de toxicidad ha resultado un fármaco seguro en nuestros casos, aunque cabe destacar la necesidad de seguimiento de manera estrecha por sus RA.

Conflictos de interés:

[\(Enlace al póster\)](#)

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH: INICIOS Y CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

*Alañón Pardo, MM; Áreas del Águila, VL; Fernández Marchante, AI; Franco Sereno, MT; Benet Giménez, I;
Rodríguez Martínez, M.*

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos:

Analizar los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) e intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en pacientes VIH que inician ó modifican el tratamiento antirretroviral (TAR).

Métodos:

Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos con VIH que iniciaron ó cambiaron-TAR durante 2015 en el área de atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital terciario. Criterios de exclusión: reinicios del TAR y traslados de otros centros.

Variables recogidas: sexo, edad, tratamientos concomitantes (Tcon), interacciones, PRM que motivaron cambio del TAR, PRM detectados tras inicio/cambio del TAR, IF, dirigidas al médico y/o paciente, para 1)resolver PRM: añadir (IF1), suspender (IF2), sustituir (IF3) tratamiento, modificar dosis y/o pauta TAR (IF4), separar tomas Tcon-TAR (IF5), modificar horario administración (IF6), monitorizar reacciones adversas (RA) (IF7) ó carga viral/recuento linfocitario (repunte virológico) (IF8), educación sanitaria (IF9), derivación al médico (IF10) 2)mejorar eficiencia: cambio de TAR (IF11).

PRM clasificados según Tercer Consenso de Granada: "Necesidad" (problema de salud -PS- no tratado, medicamento innecesario), "Efectividad" (inefectividad cuantitativa: infradosificación y no cuantitativa: no-adherencia, interacciones, resistencias) y "Seguridad" (inseguridad cuantitativa: sobredosificación, y no cuantitativa: RA, comorbilidades, interacciones).

La adherencia fue evaluada según autocuestionario SMAQ y registro electrónico de dispensación.

Fuentes consultadas: historia clínica (*Mambrino*®), programa de dispensación a pacientes externos (*ATHOS-APD*®), base de datos Excel para SFT y para detección de interacciones (www.vih-druginteractions.org).

Resultados:

75 pacientes incluidos (88,0% hombres, edad media: 46,3±11,9 años): 17 naive y 58 pretratados.

PRM que motivaron cambio de TAR: "Seguridad" no cuantitativa (RA-36,1%, comorbilidades-1,3%) y "Efectividad" no cuantitativa (interacciones-25,0% (con antivirales de acción directa (AAD) para tratamiento de hepatitis C crónica 85,0%), fracaso virológico y/o resistencias-22,5% y simplificación-13,8% para mejorar adherencia). Cambios para mejorar eficiencia-1,3%.

En 11 pacientes naive, se identificaron 11 PRM: 63,6% "Seguridad" no cuantitativa por RA, 27,3% "Efectividad" no cuantitativa (no-adherencia-33,3%, interacciones-66,7%) y 9,1% "Necesidad" (infección no tratada).

En 29 pacientes que cambiaron TAR, se detectaron 42 PRM tras el cambio: 50,0% "Efectividad" no cuantitativa (interacciones-38,1%, no-adherencia al TAR-33,3% y al Tcon-14,3%, resistencias-4,8%) y cuantitativa (dosis errónea-9,5%);33,3% "Seguridad" no cuantitativa (RA- 91,2%, interacciones-8,8%);y 16,7% "Necesidad" (PS no tratado con trimetoprim/clotrimoxazol-28,6%, antiulcerosos-28,6%, hipolipemiantes-14,3%, antianémicos-14,3% y fármaco activo TAR-14,3%).

Hubo 173 Tcon, 17,3% (AAD-56,7%, antiácidos/antiulcerosos-23,3%, psicofármacos-6,7%, plantas-6,7%, otros-6,6%) implicados en interacciones con TAR (RPV-26,7%, EFV-16,7%, LPV/r-13,3%, otros-43,3%).

RA: alteraciones sobre SNC por EFV-30,2%, metabólicas-23,3% y gastrointestinales-16,3% por inhibidores proteasa (IP/r) y otros, óseas-11,6% y renales-7,0% por TDF, hepáticas por IP/r ó EFV-4,7%, cutáneas por DRV/r-2,3%, astenia por EVG/COBI/TDF/FTC-2,3% y tinnitus por EFV-2,3%.

63 IF dirigidas al paciente-64,3%, médico-14,3% ó ambos-21,4%, para resolver PRM "Necesidad": IF1(15,8%);"Efectividad": IF9(25,4%), IF8(7,9%), IF5(6,3%), IF3(3,2%), IF2(1,6%), IF4(3,2%); "Seguridad": IF5(12,7%), IF10(9,6%), IF7(4,8%), IF3(3,2%), IF2(1,6%) y mejorar eficiencia: IF11(4,8%).

Conclusiones:

El principal PRM responsable del cambio del TAR fue aparición de RA.

Las interacciones han motivado cambio del TAR en pacientes con hepatitis C para evitar problemas relacionados con efectividad de ADD.

Los pacientes naive manifestaron mayoritariamente problemas relacionados con seguridad del TAR debido a RA.

Tras el cambio del TAR, la falta de efectividad del TAR estuvo relacionada con interacciones y falta de adherencia.

La IF mayoritaria fue educación sanitaria para mejorar efectividad del TAR.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

GEL DE AMITRIPTILINA Y KETAMINA AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sánchez Rubio F, Clemente Andújar M, Aldaz Francés R, Ortiz Navarro MR, Díaz Rangel M, Marco del Río J.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor neuropático como “el dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso debida a alteraciones de los nervios centrales o periféricos”. Es muy común en la práctica clínica y afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes; siendo su abordaje terapéutico muy complejo.

El objetivo del estudio ha sido describir la eficacia analgésica de un gel de amitriptilina y ketamina al 1% elaborado por el Servicio de Farmacia (SF) tras realizar el seguimiento de un año en un paciente con dolor crónico neuropático de larga evolución refractario a tratamientos de primera línea.

Métodos:

Varón de 58 años tratado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar y en seguimiento por la Unidad del Dolor con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, diagnosticado en el año 2012 de polineuropatía distal de miembros inferiores (MMII) de etiología tóxica metabólica y claudicación por isquemia arterial crónica. Tras fracaso al tratamiento con anticomociales y analgésicos opiáceos por vía sistémica; en marzo de 2015 la Unidad del Dolor propone al SF la opción de realizar una fórmula magistral (FM) de amitriptilina y ketamina al 1% por vía tópica. Después de realizar una revisión bibliográfica, se procede a tramitar a Dirección Médica del Hospital, la elaboración de dicha FM con indicación fuera de ficha técnica.

Para la elaboración del gel se dispersa amitriptilina y carboximetilcelulosa en glicerina. En el baño maría y bajo agitación, se incorpora lentamente una disolución de Nipagín sódico en agua destilada. Finalmente, una vez alcanzada la temperatura ambiente, y sin dejar de agitar, se adiciona la ketamina. Se obtiene así, un gel viscoso de color blanco sin partículas visibles.

Resultados:

Al inicio del tratamiento el paciente refería dolor intenso en ambos MMII, continuo a lo largo del día, que dificultaba incluso el descanso nocturno. Tras dos aplicaciones diarias del gel durante los siguientes tres meses, el paciente manifiesta una mejoría significativa respecto a la intensidad del dolor, tanto en los síntomas motores como en los sensitivos.

En revisiones periódicas posteriores el paciente asegura tener buen control subjetivo del dolor lo que ha conllevado a una disminución de la dosis de opioides por vía oral. El paciente actualmente continua en tratamiento y acude mensualmente a nuestro SF a recoger la preparación.

Discusión:

La sintomatología asociada al dolor crónico neuropático es un desafío y requiere que el tratamiento sea ajustado a las necesidades del paciente.

La aplicación de una FM como es el gel de amitriptilina y ketamina al 1% de forma concomitante con otros tratamientos sistémicos, ha demostrado en nuestro caso ser eficaz en el manejo del dolor crónico de origen neuropático.

Es una nueva formulación bien tolerada, que proporciona una alternativa terapéutica cuando otras opciones no son totalmente eficaces, y que se elabora en el SF del Hospital garantizando el cumplimiento de la normativa vigente.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

SHOCK CARDIOGÉNICO INDUCIDO POR IDARUBICINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sánchez Rubio F, Marco del Río J, Clemente Andújar M, Díaz Rangel M, Romero Candel G, Monteagudo Martínez N.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo:

Idarubicina presenta actividad antitumoral por pertenecer al grupo de las antraciclinas. Está indicada para el tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) en adultos para inducción de la remisión como terapia de primera línea o para inducción de remisión en pacientes recidivantes o refractarios. En nuestro hospital el protocolo utilizado habitualmente para pacientes con LMA menores de 65 años es el *PETHEMA 2010*, el cual consiste en una inducción Ida-ARAC (3+7), en la que se combinan idarubicina intravenosa (iv) (12mg/m²) los días 1-3 del ciclo con citarabina o ARA-C iv (200mg/m²) los días 1-7 del ciclo. La toxicidad cardíaca es el efecto adverso más frecuente y supone un riesgo grave del tratamiento con antraciclinas.

El objetivo del estudio ha sido describir la cardiotoxicidad manifestada por un paciente diagnosticado de LMA M0 en tratamiento con idarubicina.

Métodos:

Revisión de la historia clínica electrónica del paciente a partir del programa Mambrino XXI[®] y seguimiento de los informes de Ecocardio para evaluar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y alteraciones inespecíficas del segmento ST y de la onda T.

Resultados:

Varón de 38 años que acude a urgencias por presentar adenopatías laterocervicales que, tras ser biopsiadas, ingresa a cargo de Hematología siendo diagnosticado de LMA M0. Tras ecocardio inicial con FEVI del 70% y sin otros hallazgos significativos, se inicia ciclo *PETHEMA 2010* <65 años de inducción el mismo día del ingreso. A los quince días aparece fiebre persistente sin foco claro, hipotensión y dolor torácico opresivo por lo que se decidió realizar un electrocardiograma (ECG) y ecocardiografía (ECHO) que mostraron varias alteraciones importantes. El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de shock cardiogénico: disfunción biventricular con FEVI del 40% y elevación difusa del ST compatible con pericarditis, debido a posible toxicidad por antraciclinas.

Se planteó, por tanto, nuevo tratamiento quimioterápico valorado de forma conjunta entre UCI, Cardiología y Hematología, ya que preocupaba el empeoramiento eventual de la insuficiencia cardíaca. Después de contactar con hospital de referencia en trasplante alogénico se decide administrar el protocolo de rescate *FLAG* el cual consiste en una inducción en la que se combinan la fludarabina iv (30mg/m²) los días 1-5 del ciclo con ARA-C (2000mg/m²) iv los días 1-5 del ciclo; con el fin de inducir remisión para posible inclusión del paciente en alotrasplante. Desde entonces, los ecocardios posteriores fueron normales.

Discusión:

La toxicidad cardíaca es un riesgo del tratamiento con antraciclinas que se puede manifestar por acontecimientos precoces o tardíos, aunque no siempre es fácil atribuir dicha relación.

La cardiotoxicidad por antraciclinas se puede reducir mediante un seguimiento regular de la FEVI durante el tratamiento, interrumpiendo enseguida su administración al primer signo de función alterada. Se recomienda realizar una evaluación de la función cardíaca previa al tratamiento, mediante un ECG especialmente en pacientes de alto riesgo.

A pesar de la utilización de las antraciclinas de forma rutinaria en pacientes con LMA nunca se debe olvidar tomar las precauciones pertinentes.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON DARUNAVIR+RITONAVIR FRENTE A DARUNAVIR/COBICISTAT

Marcos de la Torre, A; Moreno Nieto, N; Horrillo Sánchez de Ocaña, P; Ruiz González, L; Álvarez Nonay, AD; Lázaro López, A. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos:

La monoterapia con lopinavir/ritonavir o con darunavir potenciado con ritonavir o cobicistat es una estrategia terapéutica recogida en las guías clínicas de tratamiento antirretroviral para el manejo de los pacientes con infección por VIH que cumplen las siguientes características:

RNA-VIH < 50 copias/mL en los 6 meses previos.

Presencia de toxicidad a fármacos análogos de la transcriptasa inversa.

Ausencia de mutaciones de resistencia en el gen de la proteasa o fracaso virológico previo a un inhibidor de la proteasa.

Ausencia de hepatitis B crónica.

El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en la adherencia terapéutica (ADH) de los pacientes que estaban tratados previamente en monoterapia con darunavir + ritonavir (DRV/r) (2 comp/día) y posteriormente con darunavir/cobicistat (DRV/Cobi) (1 comprimido/día).

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo desde septiembre de 2015 hasta febrero de 2016 en el que se incluyeron los pacientes con infección por VIH en tratamiento con DRV/r en monoterapia. Tras la comercialización de DRV/Cobi estos pacientes pasaron paulatinamente a recibir dicha presentación. Se analizó la ADH de cada uno de ellos antes y después del cambio.

Para analizar la ADH se utilizó el registro de dispensaciones a pacientes externos del programa informático Farmatools®. También se revisó la historia farmacoterapéutica del Servicio de Farmacia elaborada tras la entrevista con los pacientes.

Se recogieron las dispensaciones de los cuatro meses anteriores al cambio de tratamiento y los cuatro meses posteriores al mismo.

Se consideró mala ADH si esta era del 95% o inferior. Adherencia superior al 100% se registró en pacientes que acudían a recoger la medicación con antelación.

Resultados:

Durante el periodo de estudio 359 pacientes estaban en tratamiento antirretroviral. De estos, 49 (13,6%) estaban en monoterapia. 35 pacientes que recibían tratamiento con DRV/r cambiaron a DRV/Cobi. 13 pacientes se excluyeron del estudio por no disponer de un período de tiempo suficiente para medir la ADH de la forma establecida.

En los 22 pacientes analizados, la adherencia media con DRV/r (2 comp/día) fue de 101%, y tras el cambio a DRV/Cobi (1 comp/día) la adherencia media se mantuvo en 101%.

Con DRV/r 3 pacientes (14%) se consideraron malos adherentes. Tras el cambio a DRV/Cobi también hubo 3 pacientes (14%) malos adherentes. Los pacientes malos adherentes no fueron los mismos antes y después del cambio.

15 pacientes (68%) tenían una ADH del 100% o superior al tratamiento con DRV/r. Tras el cambio, 13 pacientes (59%) lo mantuvieron estas cifras.

Conclusiones:

Los pacientes en monoterapia con darunavir presentan unos niveles de adherencia terapéutica muy elevados.

Aunque la simplificación a DRV/Cobi supone la toma de menor número de comprimidos diarios, no se observaron diferencias relevantes en la ADH al tratamiento tras dicha simplificación.

Sería interesante realizar estudios posteriores analizando la adherencia al tratamiento durante un mayor período de tiempo e incluyendo a un mayor número de pacientes.

Conflicto de intereses: no existe.

[\(Enlace al póster\)](#)

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA CON APOYO VIRTUAL EN 29 HOSPITALES

García Marco D, Olmos Jiménez R, Martínez Camacho M; Rodríguez Jiménez E*
H Nacional de Parapléjicos, *H Virgen Valle. Toledo.*

Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas con el programa informático ALTOMEDICAMENTOS® en sus 11 primeros meses.

Métodos: El ámbito de estudio son 29 hospitales y el periodo comprende los meses de marzo de 2015 a febrero de 2016. El Programa ALTOMEDICAMENTOS® es un sistema de validación asistida de tratamientos farmacológicos que analiza: Dosis (por medicamento, principio activo, vía de administración y edad en niños, adultos, ancianos); Días alarmantes; Vías de administración por principio activo y por medicamento de uso humano; Insuficiencia Renal (con valor de creatinina o sin ella en función sólo de la edad); Insuficiencia Hepática; Interacciones; Medicamentos semejantes; Medicamentos por vía enteral; Duplicidad y Dosis mínima. La base de datos del programa ALTOMEDICAMENTOS® versión 1 contiene más de 900.000 datos con información clínica.

Resultados: Participaron 29 hospitales en la validación asistida informáticamente, se analizaron 2.125.046 tratamientos correspondientes a más de 100.000 pacientes. El programa detectó 43.034 alertas (2,02% de los tratamientos) y 308.380 (14,51%) indicaciones de que se debía revisar el tratamiento por problemas menores. Las alertas de dosis fueron 22.306 (1,05%), de insuficiencia renal con valor real de creatinina del paciente 1.078 (0,05%) y sin creatinina 2.656 (0,12%), de interacciones 6.202 (0,29%), y de duplicidades 10.792 (0,51%).

El programa ALTOMEDICAMENTOS® indica que se debía revisar, por considerar que existía un problema menor, 22.393 (1,05%) tratamientos por la dosis, 128.775 (6,06%) tratamientos por su duración, en su mayoría para realizar terapia secuencial, 5.090 (0,24%) por insuficiencia renal real, y 9.796 (0,46%) por insuficiencia renal teórica en base a la edad, 6.453 (0,30%) por administrarse por vía enteral, 51.687 (2,43%) por una vía de administración no adecuada, 10.123(0,48%) por una dosis baja, 4.352 (0,20%) por interacciones de menor importancia, y por insuficiencia hepática 3.989 (0,19%). Es necesario ir depurando los algoritmos de decisión para disminuir las alertas y especialmente los tratamientos a revisar. Con el apoyo de este sistema virtual se incrementa de forma muy importante las intervenciones del farmacéutico. Los 29 hospitales pudieron implantar este sistema, con programas informáticos y niveles asistenciales diferentes. El programa ALTOMEDICAMENTOS® tarda una media de 4 minutos en analizar virtualmente 300 pacientes. Un alto porcentaje de las posibles intervenciones del farmacéutico pasan desapercibidas por la falta de tiempo.

Conclusiones: La validación asistida para los farmacéuticos es necesaria en el momento actual. El programa ALTOMEDICAMENTOS® funciona adecuadamente en diferentes entornos hospitalarios, haciendo más eficiente la labor del farmacéutico. Es necesario mejorar la precisión y nivel de importancia de los errores detectados.

Conflicto de intereses: uno de los autores es el responsable del proyecto ALTOMEDICAMENTOS.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DISPENSADOS EN EL HOSPITAL DURANTE EL PERÍODO 2010-2015

Horta Hernández, A¹; Yusta Izquierdo, A². De Juan-García Torres, P¹; Martín Alcalde, E¹; Molina Alcántara, C¹; Blanco Crespo, M¹. Servicio de Farmacia¹. Servicio de Neurología². Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica inflamatoria del sistema nervioso central que se caracteriza por crisis neurológicas autolimitadas (brotes) seguidas de periodos de recuperación parcial o completa. En los últimos años se han aprobado nuevos fármacos para la EM, todos con un elevado coste. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución del número de pacientes tratados y el gasto asociado a los fármacos modificadores de la enfermedad (FME), según línea de tratamiento, en el periodo 2010-2015.

Métodos:

Estudio retrospectivo de los FME usados para EM en el período 2010-2015. Los FME de primera línea incluidos en este estudio son: Interferón beta 1A IM, Interferón beta 1A SC, Interferón beta 1B, Acetato de Glatirámico, Dimetilfumarato y Teriflunomida. Los FME de segunda línea son: Fingolimod y Natalizumab. Los datos de consumo se obtuvieron de la aplicación Farmatools[®] del Servicio de Farmacia. Se evaluó el número de pacientes tratados y el gasto por medicamento y año. Además, se calculó el coste anual por paciente en primera y segunda línea de tratamiento.

Resultados:

Se observó un incremento en el número de pacientes tratados con FME en el periodo del estudio: 107 pacientes (año 2010), 142 (2011), 153 (2012), 154 (2013), 169 (2014) y 175 (2015). En cuanto al coste global de los FME fue: 967.170 € (2010), 1.218.188 € (2011), 1.360.888 € (2012), 1.540.859 € (2013), 1.602.088 € (2014) y 1.702.288 € (2015). Si analizamos el porcentaje de pacientes en 1ª línea, se produjo un aumento del 2010 al 2011, pasando del 83,18% al 86,62%. Del 2012 al 2014, la tendencia fue descendente en el porcentaje de pacientes con FME de 1ª línea (83,66%, 81,82%, 78,70%). En 2015, se invierte la tendencia, produciéndose un leve incremento de menos del 1%. La evolución del gasto en primera línea se incrementó pasando de 729.331 € (2010) a 1.092.563 € (2015). En cuanto al número de pacientes con FME de segunda línea, se duplicó a lo largo del estudio pasando de 18 pacientes en 2010 a 37 en 2015. La evolución del gasto total en 2ª línea experimentó un fuerte incremento, pasando de 237.839 € en 2010 a 609.725 € en 2015. En 2015, hubo 138 pacientes con FME de 1ª línea (1.092.563 €) frente a 37 pacientes de 2ª (609.725 €).

Conclusiones:

Se ha producido un incremento importante en el número de pacientes tratados y en el coste de los FME. Se observan dos periodos con importante incremento de pacientes tratados con FME de 1ª línea: 2010-2011, motivado por las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de iniciar tratamiento precozmente y 2014-2015, por la salida al mercado de dos FME de administración oral (Dimetilfumarato y Teriflunomida). Los FME de 2ª línea duplican el coste por paciente respecto a la 1ª línea.

Conflicto de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA: DAPSONA MÁS TRIMETOPRIM

Fernández Marchante AI, Pérez Serrano R, Franco Sereno MM, Alañón Pardo MM, Benet Giménez I, Rodríguez Martínez M.

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

Pioderma gangrenoso (PG) es una patología cutánea poco común, caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas. La dapsona es un tratamiento de segunda línea en PG.

Objetivo:

Descripción del abordaje terapéutico y evolución clínica de un paciente diagnosticado de pioderma gangrenoso idiopático (PGI) con metahemoglobinemia adquirida, probablemente asociada a dapsona y/o cotrimoxazol (sulfametoxazol/trimetoprim). Revisar el riesgo de metahemoglobinemia con estos fármacos.

Métodos:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de la historia clínica electrónica del paciente. Búsqueda bibliográfica de la frecuencia de metahemoglobinemia asociada a dapsona y cotrimoxazol y análisis de las interacciones farmacológicas con Lexi-Interact®.

Resultados:

Mujer de 48 años con PGI multilesional con intensa patergia y refractaria al tratamiento de primera línea (glucocorticoides e inmunosupresores). En tratamiento con cotrimoxazol e inicio (14 días antes del ingreso) con dapsona (tras descartar déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) a dosis habituales (primero a 50mg/día y 4 días antes del ingreso a 100mg/día). Es ingresada en el hospital por astenia, cianosis de piel y mucosas, taquipnea, saturación de oxígeno 83% y metahemoglobinemia (MtHb) 29,8%. Recibe oxigenoterapia y azul de metileno (1 mg/kg intravenoso) con el objetivo de reducir los niveles de MtHb por debajo del 10%. Pasadas 5 horas y a pesar de la mejoría clínica, persiste la coloración cianótica y presenta niveles de MtHb de 13,3%. Se repite dosis de azul de metileno y se realiza nueva medición observándose niveles de MtHb de 7%. En la siguiente determinación de control (12 horas más tarde) se observa MtHb 13,8% y se prescribe ácido ascórbico intravenoso 1 g/8 horas durante 5 días. En las posteriores determinaciones diarias de MtHb se alcanza y mantiene objetivo terapéutico con buena clínica por lo que se decide alta del paciente sin dapsona ni cotrimoxazol.

El riesgo de metahemoglobinemia con dapsona y cotrimoxazol está documentado como raro y en dapsona parece ser dosis dependiente y mayor si déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. Según Lexi-Interact®, existe interacción entre trimetoprim y dapsona de riesgo C (monitorización de la terapia) por posible aumento de la concentración sérica de dapsona.

Conclusiones:

El paciente ha requerido, para revertir clínica y analíticamente la metahemoglobinemia adquirida, azul de metileno y ácido ascórbico. El repunte de MtHb tras alcanzar objetivo pudo ser debido a que la dapsona sufre circulación enterohepática.

A pesar de la baja frecuencia descrita de metahemoglobinemia por dapsona y cotrimoxazol, la asociación aumenta el riesgo (por posible aumento de la concentración sanguínea de dapsona) y hace recomendable la monitorización.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Pérez Margallo, ME. García Esteban, B. Piqueras Romero, C. Iturgoyen Fuentes, D. Herencias, S. Berrocal Javato, MA.

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.

Objetivos:

La omisión o el retraso en la administración de los medicamentos son los tipos de errores de medicación (EM) más frecuentes registrados en los sistemas de notificación de incidentes. Estos errores pueden originarse en cualquier proceso del sistema de utilización de los medicamentos.

El objetivo principal del estudio es comprobar la correcta custodia de la medicación crónica domiciliar aportada (MCDA) por los pacientes al ingreso hospitalario de acuerdo con el protocolo "Funcionamiento y control de botiquines en las unidades clínicas", según el cual, esta medicación debe estar ubicada en el botiquín, custodiada por el personal de enfermería e identificada con pegatinas que proporciona el Servicio de Farmacia. De esta medicación, sólo en caso necesario se administrarán los medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIGFT).

Los objetivos secundarios son analizar EM; tanto por errores en la prescripción como en la administración.

Métodos:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de 3 meses de duración (Diciembre 2015 - Febrero 2016) realizado en el Servicio de Traumatología de un hospital general.

Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años con medicación crónica domiciliar prescrita (MCDP) en la orden médica de planta.

Para obtener el listado exacto de medicación crónica domiciliar del paciente el farmacéutico verificó la MCDA con la MCDP mediante el programa de recetas de Atención Primaria y entrevistas con el personal de enfermería y pacientes.

Las variables recogidas fueron: edad, número de MCDP, error en la custodia (EC), error en la prescripción (EP) y error en la administración (EA).

Se consideraron dos tipos de EC: error de custodia en almacenamiento si la MCDA no estaba custodiada en botiquín sino en la habitación del paciente y error de custodia en la administración si la toma de esa medicación la realiza el paciente sin mediación de enfermería.

Los EP fueron: omisión, comisión o sustitución.

Los EA fueron: omisión, comisión o sustitución.

Resultados:

Se seleccionaron 46 pacientes con edad media de 75 años. Se revisaron 205 líneas de MCDP (4.45MCDP/paciente).

Se hallaron un total de 275 EM (5.9EM/paciente): 117 (42.5%) EC, 106 (38.5%) EP y 52 (19%) EA.

Se detectaron EC en 22 pacientes (5.3EC/paciente): 76 (65%) errores en almacenamiento y 41 (35%) por administración sin mediación de enfermería.

Los EP fueron en 31 pacientes (3.4 EP/paciente): 93 (87.7%) omisiones, 9 (8.5%) comisiones y 4 (3.8%) sustituciones.

Los EA se encontraron en 17 pacientes (3EA/paciente): 51 (98%) omisiones y 1 (2%) sustitución.

Conclusiones:

Los EM mayoritarios fueron los EC, siendo el más habitual el error en almacenamiento (65%). Esto muestra un bajo grado de seguimiento del protocolo establecido, siendo necesario implementar medidas para la correcta difusión y cumplimiento del mismo.

El EP más frecuente fue por omisión, como refleja también la bibliografía.

Los EA son los menos frecuentes (19%). De estos el más frecuente fue por omisión (98%) debido a omisiones de prescripción o ser MNIGFT.

Los EA son los que afectan directamente al paciente. La figura del farmacéutico hospitalario como profesional implicado en el sistema de utilización de medicamentos puede ayudar a minimizar estos errores.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

MANEJO DE LA EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Monteagudo Martínez N, García Gómez C, Romero Candel G, Díaz Rangel M, Marco del Río J, Sánchez Rubio F.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Objetivo:

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la información disponible del manejo de las extravasaciones de los fármacos del grupo C más utilizados vía intravenosa en el Servicio de Urgencias hospitalarias de un hospital de tercer nivel.

Método:

Se seleccionaron los fármacos más frecuentemente utilizados en el servicio de urgencias del grupo C según la clasificación ATC (sistema cardiovascular). Para ello, se obtuvo un listado del consumo de fármacos durante los 6 últimos meses mediante el empleo del módulo de Gestión Económica de Farmatools® (Dominion®).

Se realizó una búsqueda de la información disponible en las fichas técnicas de cada medicamento y en las bases de datos Micromedex® y Lexicom® como fuentes de información, para conocer cómo actuar en caso de extravasación medicamentosa y si disponen de datos al respecto.

Resultados:

Se seleccionaron un total de 14 fármacos del grupo C; los más consumidos fueron los siguientes: nitroglicerina (34%), amiodarona (20%), digoxina (12%), adrenalina (11,9%), noradrenalina (7%), isoprenalina (5%), dopamina (2,6%), adenosina (2,2%), labetalol (1,8%), atropina (1,6%), flecainida (0,6%), dobutamina (0,6%), urapidilo (0,4%) y efedrina (0,3%).

Se encontró información del manejo en caso de extravasación en 4/14 fármacos (28,5%). Para el resto (amiodarona, nitroglicerina, isoprenalina, adenosina, labetalol, atropina, flecainida, dobutamina, urapidilo, efedrina) no se encontró información en las fuentes consultadas.

Como medida general, se requiere suspender la infusión del fármaco IV que se está extravasando e intentar, sin retirar el catéter del vaso tunelizado del paciente, aspirar a través de la aguja la máxima cantidad de líquido, y no se recomienda realizar el lavado de la vía.

Las medidas encontradas para digoxina, medicamento irritante, se debe tratar intentando retirar la máxima cantidad posible de la solución extravasada a través la aguja inserta en el paciente, y posteriormente mantener la extremidad ligeramente elevada.

Para adrenalina, noradrenalina y dopamina: se recomienda aspirar la solución por la cánula, elevar la extremidad, aplicar calor seco con ayuda de compresas e iniciar la infiltración de la zona afectada con fentolamina (diluyendo 5 o 10 mg de fentolamina en 10-15 mL de cloruro sódico (NaCl) 0,9% y administrar en el lugar de la extravasación tan rápido como sea posible); o bien un antídoto alternativo, como nitroglicerina en pomada al 2%, repitiendo la aplicación cada 8 horas; o infiltrando en la zona afectada terbutalina 1mg diluido en 10 mL NaCl 0,9% o terbutalina 1mg en 1ml NaCl 0,9%.

Nitroglicerina se describe como una alternativa a fentolamina para el manejo de extravasaciones para fármacos vesicantes, y se describe su uso en pomada vía tópica sobre la zona afectada.

Conclusiones:

Existe escasa información sobre el manejo de extravasación de fármacos intravenosos del grupo C más empleados en nuestro ámbito.

Se encontró información sobre cómo actuar en 4 de los 14 fármacos seleccionados en nuestro estudio.

La infiltración de fentolamina parece ser efectiva como manejo de las extravasaciones para adrenalina, noradrenalina y dopamina, no aconsejándose para la extravasación de digoxina.

Conflicto de intereses: no existe.

[\(Enlace al póster\)](#)

DECITABINA COMO TRATAMIENTO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marco del Río, J; Clemente Andújar, M; Romero Candel, G; Monteagudo Martínez, N; Sánchez Rubio, F; Díaz Rangel, M.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Objetivos: la decitabina es una alternativa novedosa para el tratamiento de pacientes mayores de 65 años con Leucemia Mieloide Aguda (LMA), no candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos, frente al protocolo utilizado habitualmente en los últimos años PETHEMA LMA 2011>65 (FLUGA).

Se administra a una dosis de 20 mg/m² de superficie corporal durante 5 días consecutivos por ciclo, durante al menos 4 ciclos, para posteriormente evaluar la respuesta.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente tratado en segunda línea con decitabina para LMA refractaria al tratamiento convencional.

Métodos: para la obtención de los datos, se realizó una revisión de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Las variables recogidas fueron: edad, tipo de LMA del grupo cooperativo franco-americano-británico (FAB), respuesta (completa, parcial o no respuesta), supervivencia libre de progresión (SLP), tratamiento utilizado en primera línea y respuesta al mismo.

Se entiende como respuesta completa morfológica los siguientes requisitos: recuento de blastos <5% en aspirado de médula ósea (AMO), ausencia de bastones de Auer y enfermedad extramedular, recuento de neutrófilos >1000/mcL y de plaquetas ≥ 100000/mcL en sangre periférica.

Resultados: paciente de 70 años, LMA tipo 0 (pronóstico intermedio) cuya primera línea de tratamiento consiste en la administración del protocolo FLUGA. Tras la inducción y el primer ciclo de consolidación, el recuento de blastos en AMO pasó de ser del 58% al inicio del tratamiento al 78%, con lo que se considera al paciente no respondedor. La SLP fue de 39 días. En cuanto a efectos adversos, sufrió una neutropenia febril el día +7 del segundo ciclo que supero sin incidencias. Así, se decide iniciar tratamiento con decitabina, con muy buena tolerancia. Al inicio del tratamiento el recuento de blastos en AMO era del 63% y tras cuatro ciclos pasó a ser del 1,6% (respuesta completa). Debido al excelente resultado del tratamiento se decide continuar con el mismo, pero antes de iniciarse el quinto ciclo el paciente acude a urgencias con febrícula de hasta 37,8°C, tos y expectoración verdosa acompañada de deterioro del estado general. Se le diagnostica de shock séptico de origen respiratorio secundario a neutropenia febril, además de fracaso renal agudo. El paciente fallece en este contexto al día siguiente. La SLP obtenida con decitabina fue finalmente de 130 días.

Conclusiones: en este caso la utilización de decitabina se ajusta claramente a la indicación ya que es un paciente mayor de 65 años y no candidato a la quimioterapia de inducción convencional por haber sido refractario a la misma. La SLP con decitabina fue de 130 días mientras que con el tratamiento previo con FLUGA fue sólo de 39 días, además de obtenerse una respuesta completa que no se consiguió con la primera línea. Debido al buen resultado en este caso y, ante los datos prometedores que aporta la bibliografía con respecto al tratamiento con decitabina, consideramos importante revisar la eficacia del mismo con respecto al protocolo FLUGA en futuras muestras más amplias de pacientes.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE TOLERANCIA PERCIBIDA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO

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

Objetivo:

Analizar los efectos adversos percibidos por pacientes (EAPs) con Esclerosis Múltiple Remitente Recidivante (EMRR) en tratamiento con dimetilfumarato (DMF) así como conocer cuál es su grado de conocimiento y manejo de estos.

Material y Métodos:

Estudio prospectivo, observacional y analítico de pacientes diagnosticados de EMRR que han iniciado tratamiento con DMF en un hospital de tercer nivel desde noviembre de 2014 hasta enero 2016.

Las variables demográficas (edad, sexo), la fecha de diagnóstico de EMRR y los EAPs (diarrea, náuseas/vómitos, *flushing* y dolor gástrico/abdominal) se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica por medio de la plataforma Mambrino XXI[®]; las líneas de tratamiento previo y la fecha de inicio con DMF se extrajeron del módulo de pacientes externos Farmatools[®] v2.5.

Al inicio de la terapia con DMF se realizó la consulta de atención farmacéutica programada de inicio, en la que se incluía información básica respecto a la tolerancia de DMF. Para evaluar el grado de conocimiento y manejo de los EAPs se realizó un cuestionario telefónico al mes de tratamiento constituido por 5 preguntas con respuesta dicotómica sí/no (sí = 1 punto, no = 0 puntos, *score* 0-5). Se consideró un alto grado de conocimiento si *score* ≥ 4.

Los datos fueron recogidos en tabla Excel[®] 2010 y el tratamiento estadístico descriptivo y analítico (Chi cuadrado corregida) se realizó con SPSS[®] v21.

Resultados:

Se evaluaron un total de 15 pacientes (20% hombres), edad media 36,7±7,4 años, media de años desde diagnóstico EMRR 8,0 años (1-18) y la media de tratamientos previos fue de 0,9±1,1.

En cuanto a las EAPs: diarrea (13,3%), náuseas/vómitos (13,3%), dolor gástrico/abdominal (40,0%) y el *flushing* (46,7%).

Respecto a la encuesta: el *score* final medio fue de 3,1±0,7.

Entre las mujeres, el 25,0% obtuvo *score* ≥ 4 frente a un 0,0% en hombres ($p=0,333$).

De los pacientes que comenzaron tratamiento con DMF como primera línea, el 14,3% obtuvo *score* ≥ 4 frente al 25,0% en aquellos pacientes con alguna terapia previa ($p=0,605$).

De los pacientes con diagnóstico de EMRR < 7 años, el 14,3% obtuvo *score* ≥ 4 frente al 25,0% de los pacientes con diagnóstico ≥ 7 años ($p=0,605$).

De los pacientes que notificaron EAPs ≥ 2, el 25,0% obtuvo *score* ≥ 4 frente al 18,2% de los pacientes que notificaron EAPs < 2 ($p=0,770$).

Conclusiones:

Es conocido que el primer mes de tratamiento con DMF es crucial respecto a la tolerancia y persistencia en el mismo. En nuestros pacientes, los EAPs más destacados fueron *flushing* y dolor gástrico/abdominal, sin embargo, ninguno causó retirada.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los grupos analizados, pero los pacientes que llevan DMF como primera línea y los diagnosticados más recientemente tienden a tener un menor grado de conocimiento; esto puede ser debido a un menor grado de experiencia en el contexto de la enfermedad. Así mismo, los hombres y aquellos que notificaron EAPs < 2 mostraron un menor grado de conocimiento. Para confirmar estas tendencias será necesario continuar con el estudio, disipando la limitación del escaso tamaño muestral.

Finalmente, se hará especial hincapié en la formación de los pacientes en los que se percibe que el conocimiento es menor.

Conflictos de interés: nada que declarar.

[\(Enlace al póster\)](#)

SEGUIMIENTO Y AJUSTE DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTE CON COLESTASIS

*Sola Morena M.D., Rodríguez Samper M.C., De Mora Alfaro M.J.
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo.*

Objetivo: La nutrición parenteral total (NPT) en los pacientes cirróticos debe reservarse para desnutridos en tratamiento quirúrgico o en los que sea imposible la alimentación oral, ya que una de las complicaciones más frecuentes de la misma son las alteraciones hepáticas, como la colestasis. Los marcadores séricos de colestasis que se elevan antes son (en orden de aparición) gamma glutamil transpeptidasa (GGT), fosfatasa alcalina, ácidos biliares y bilirrubina.

El objetivo es valorar el seguimiento farmacéutico de una NPT en una paciente oncológica con desnutrición y antecedentes de cirrosis Child Pugh grado A.

Métodos: Paciente oncológica de 51 años que ingresa por obstrucción intestinal y es sometida a cirugía paliativa. Como antecedentes personales de interés presenta Cirrosis Child Pugh grado A y GGT media entre 3 y 8 veces el límite superior de la normalidad (GGT=3-8x LSN) con valores analíticos hepáticos al ingreso normales, así como, proteínas y albúmina bajas.

Tras la cirugía, inicia con NPT hiperproteica personalizada según la fórmula de cálculo de requerimientos de Harris Benedict y factor de corrección 1,3 (1468 kcal). Una vez transcurridos 29 días con NPT presenta: GGT>19x LSN, fosfatasa alcalina= 6x LSN, bilirrubina y transaminasas normales.

A los 29 días del inicio de la NPT, se reducen los aportes al 70% de los requerimientos, a pesar de lo cual sigue aumentando GGT y fosfatasa alcalina, mientras que la bilirrubina se encuentra dentro del rango de normalidad. A los 35 días desde el inicio se reducen al 50% los aportes calóricos y a los 40 días queda en reposo durante 48 horas con suero glucosalino, al presentar GGT= 38x LSN, fosfatasa alcalina= 11x LSN y bilirrubina y transaminasas normales.

En la NPT de larga duración, para evitar la colestasis, se recomienda: nutrición parenteral cíclica, evitar la sobrealimentación, un aporte equilibrado de nutrientes y no sobrepasar 2,5 g/kg/día de lípidos (preferible <1g/kg/día).

Se reanuda NPT siguiendo dichas recomendaciones; administración cíclica durante 12 horas con reposo en las 12 horas siguientes, 1200 kcal totales, con aporte de kilocalorías no proteicas de glúcidos y lípidos 65%-35% (0,83 g/kg/día de lípidos).

Resultados: A los 6 días de dicha intervención, desciende la GGT y a los 9 días presenta GGT=16x LSN, fosfatasa alcalina=4x LSN, manteniéndose desde entonces GGT en cifras 11-15x LSN, fosfatasa alcalina 4x LSN y bilirrubina y transaminasas normales hasta éxitus del paciente.

Conclusiones: En esta paciente las intervenciones realizadas resultaron eficaces en el control de la colestasis. Puesto que la reducción de aportes ya había sido probada previamente en la paciente como intervención única, creemos que la disminución de GGT podría ser atribuida en mayor medida a la administración cíclica que a la reducción de aporte calórico y/o lipídico.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

DESCRIPCIÓN DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD DE RUXOLITINIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Romero Candel G, Monteagudo Martínez N., Sánchez Rubio F, Marco del Río JM, Díaz Rangel M, Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Introducción:

Ruxolitinib es un fármaco indicado para el la esplenomegalia y los síntomas de pacientes con mielofibrosis primaria y secundaria a policitemia vera o a trombocitemia esencial. La dosis inicial depende del recuento plaquetario, 15 mg/12 horas para plaquetas entre 100.000/mm³ y 200.000/mm³ y de 20 mg/12 horas para pacientes con recuento de plaquetas >200.000/mm³. Las dosis se pueden ajustar en base a la seguridad y la eficacia.

Objetivo:

Describir el uso, eficacia y seguridad de ruxolitinib en nuestro centro.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes que se trataron con ruxolitinib. Se revisaron las historias clínicas mediante el programa MambrinoXXI®. Y las dispensaciones en el programa Farmatools®. Se recogió edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico y líneas anteriores de tratamiento. Para evaluar la eficacia se recogieron las medidas del tamaño del bazo y la valoración subjetiva del paciente respecto a síntomas. Para evaluar la seguridad se registraron el recuento de plaquetas y la hemoglobina al inicio de tratamiento y en semanas posteriores, las reacciones adversas, la reducción de dosis o rescate con otra medicación.

Resultado:

Iniciaron tres pacientes con ruxolitinib, dos hombres y una mujer, la media de edad fue 73.6 años (rango 72-75). Se diagnosticó mielofibrosis (MF) primaria a uno de ellos y a los otros secundaria a policitemia vera y a trombocitopenia esencial. El tiempo medio desde el diagnóstico fue 12.33 años (rango 5-18). Dos pacientes llevaban tratamiento citorreductor, un paciente hidroxurea 500mg/día y otro lenalidomida (10mg/d x 3 semanas/4 semanas), el otro paciente no precisó tratamiento. Todos iniciaron con ruxolitinib por esplenomegalia sintomática. Uno suspendió la lenalidomida y el otro continuó con hidroxurea.

La dosis inicial fue 20 mg/12 horas, la media del recuento de plaquetas de los pacientes fue 533.000/mm³ (rango 276.000-791.000) al inicio de tratamiento. Uno de los pacientes discontinuó el tratamiento en varias ocasiones por insuficiencia renal y termina suspendiéndolo.

Otro paciente a los 6 meses tuvo que disminuir la dosis hasta 10 mg/12 horas por recuento de plaquetas de 84.000/mm³ y hemoglobina 8.5 x10¹²/L, se le transfundió dos concentrados de hematíes y se le pautó 40.000ui epoetina α semanal. Cuando aumentaron los niveles de plaquetas se aumentó a 15 mg/12 horas, pauta que se ha mantenido hasta ahora junto con la epoetina α . El tercer paciente mantuvo estable el recuento de plaquetas y no fue necesario ajustar la dosis, se le pauto 40.000 ui de epoetina α /semanal.

La eficacia del tratamiento se midió a través de la reducción del tamaño del bazo a las 24 y 48 semanas. En uno de los pacientes se consiguió una reducción a la semana 48 desde los 24 cm iniciales a los 17 cm. Y en el otro de los 20 cm a los 19 cm. Los síntomas subjetivos asociados a la esplenomegalia, malestar, sudoración y astenia disminuyeron según la entrevista clínica. El fármaco fue en general bien tolerado y no produjo intolerancia.

Conclusión:

Aunque la experiencia es limitada el fármaco fue bien tolerado y disminuye los síntomas asociados a la esplenomegalia. Existe poca experiencia de este fármaco en nuestro centro, pero es necesario publicar los casos para que se puedan tener experiencias de uso.

Conflictos de interés:

[\(Enlace al póster\)](#)

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: LA VISIÓN EXPERIMENTADA FRENTE A LA VISIÓN DEL INEXPERTO

Valera Rubio, M; Marcos Pérez, G; Llorente Serrano, M; Martí Gil, C; Recuero Galve, L; Barreda Hernández, D.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivo:

Comparar la visión sobre un programa de prescripción electrónica asistida asociado a un sistema automatizado de dispensación de medicamentos (PEA&SADME) del personal de enfermería y médicos experimentado frente a uno inexperto en un hospital general.

Métodos:

Estudio transversal (diciembre 2014), previo a implantar PEA&SADME en una planta de hospitalización (7ª: Medicina Interna-Infeciosas), mediante encuesta de opinión tipo Likert, anónima, con 8 ítems. Personal encuestado:

- Planta 7ª (34 camas, 11% del hospital), con medicación por reposición de stock del botiquín de planta, sin intervención farmacéutica (grupo de población 1=G1).
- Planta 6ª (Medicina Interna-Hematología, 32 camas, 10,3% del hospital), con PEA&SADME desde el año 2009 (grupo de población 2=G2).

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

Resultados:

39 encuestas (12 médicos y 27 de enfermería): 18 del G1 (6 médicos; 17 mujeres; 13 entre 30-50 años y 5 mayores de 50), 21 del G2 (6 médicos; 17 mujeres; 16 entre 30-50 años y 5 mayores de 50). Respuestas sobre PEA&SADME:

1. Facilidad de manejo:
G1: 16.7% algo, 22.2% bastante, 61.1% mucho
G2: 28.6% bastante, 71.4% mucho
2. Mejora en seguridad del paciente:
G1: 5.6% nada, 5.6% algo, 27.7% bastante, 61.1% mucho
G2: 4.8% algo, 4.8% bastante, 90.5% mucho
3. Disminución de errores de medicación:
G1: 5.6% nada, 11.1% algo, 22.2% bastante, 61.1% mucho
G2: 4.8% algo, 14.3% bastante, 76.2% mucho
4. Disminución de problemas relacionados con medicamentos:
G1: 5.6% nada, 11.1% algo, 27.7% bastante, 55.6% mucho
G2: 23.8% bastante, 71.4% mucho
5. Incremento del tiempo necesario para prescribir en detrimento del tiempo para atención al paciente:
G1: 66.6% nada, 5.6% algo, 5.6% bastante, 22.2% mucho
G2: 66.7% nada, 14.3% algo, 19.0% bastante
6. Facilitación de prescripción (sólo médicos):
G1: 16.7% nada, 33.3% algo, 50.0% bastante
G2: 33.3% bastante, 66.7% mucho
7. Mejora la coordinación médico-farmacéutico-enfermera:
G1: 5.6% nada, 5.6% algo, 22.2% bastante, 66.6% mucho
G2: 4.8% algo, 33.3% bastante, 61.9% mucho
8. Valoración global de la implantación de PEA&SADME:
G1: 83.3% positivamente, 11.1% indiferente, 5.6% negativamente.
G2: 100% positivamente

Resultó estadísticamente significativa la diferencia en valoración global entre categorías profesionales (sig. U Mann Whitney<0.005), con puntuación superior del personal de enfermería. La diferencia entre grupos de edad y sexos no fue estadísticamente significativa. El test de U de Mann-Whitney dio diferencias estadísticamente significativas (sig. U Mann Whitney=0.026) al comparar resultados entre médicos de los dos grupos, con peor puntuación del G1.

Conclusiones:

Todas las respuestas, incluida valoración global, fueron más positivas en el grupo tras la implantación, lo que nos da la idea de que la experiencia de su utilización varía sustancialmente la perspectiva de los encuestados y es, por tanto, antes del cambio cuando se dan peores valoraciones por miedo o desconocimiento.

El personal de enfermería es más favorable al cambio que el personal médico.

En cualquier caso, la implantación de PEA&SADME es un proceso con buen resultado de satisfacción entre los usuarios tras conocer sus ventajas y adquirir práctica en su utilización.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DETECTADAS EN UNA CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA

Franco Sereno MT¹, Fernández Marchante AI¹, García López MJ², Vila Torres E¹, Alañón Pardo MM¹, Rodríguez Martínez M¹.

*¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Oncología Médica.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

Objetivos:

Conocer el perfil de interacciones farmacológicas detectadas en el tratamiento farmacoterapéutico de las pacientes de una Consulta de Oncología Ginecológica (COG), así como las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas para minimizar el impacto negativo de estas interacciones en las pacientes.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de tres meses de duración (Octubre 2014 y Noviembre-Diciembre 2015) en el que se incluyeron todas las pacientes que acudían a la COG con un tratamiento farmacológico prescrito.

El farmacéutico integrado en el equipo clínico revisaba previamente la historia farmacoterapéutica electrónica (Primaria/Especializada) de cada paciente y mediante una entrevista estructurada confirmaba el tratamiento prescrito, así como el tratamiento alternativo en las pacientes que indicaban tomarlo. Las interacciones farmacológicas eran revisadas mediante las bases de datos: Lexi-Interact® y Drugs-InteractionsChecker® para tratamiento farmacológico y About Herbs® (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) y Natural Standard Herb & Supplement® para el tratamiento alternativo.

Variables analizadas: demográficas, tratamiento farmacológico y alternativo, interacciones farmacológicas detectadas e IF realizadas, así como el grado de aceptación de las mismas.

Resultados:

Se incluyeron 212 mujeres, con una edad media de 59,83 años (SD: 11,55). El número de medicamentos medio por paciente fue de 5,20 (SD: 3,29). El 43,4% de las pacientes estaban en tratamiento activo con hormonoterapia (HT), 33% con quimioterapia (QT) y 23,6% restante con tratamiento habitual (sin QT ni HT activa).

Se detectaron 51 interacciones, correspondientes al 18,8% de las pacientes. La mayor parte se encontraron en el tratamiento habitual (43%), seguido del tratamiento con QT (30%), y del tratamiento con HT (27%). En el 31,8% de las interacciones detectadas en el tratamiento habitual estaban implicados suplementos orales de calcio; en el tratamiento con QT destaca con un 31% las interacciones con el tratamiento alternativo y en el 78% de las interacciones detectadas con HT estaba implicado tamoxifeno, de éstas el 27% resultaban de la combinación de tamoxifeno con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Las IF realizadas mayoritariamente fueron: recomendar vigilancia del paciente (36,3%) y dar información/educación al paciente (31,8%), en el tratamiento habitual; plantear alternativa más segura (37,5%) y suspender tratamiento alternativo (37,5%), en el tratamiento QT; y plantear alternativa más segura (50%) y dar información/educación al paciente (21,4%), en el tratamiento con HT. El 96% de las IF fueron aceptadas.

Conclusiones:

La revisión de la historia farmacoterapéutica y la entrevista realizada a las pacientes en la consulta ha permitido la búsqueda activa de interacciones farmacológicas en el tratamiento.

Aunque la incidencia de interacciones no ha sido elevada, su evaluación y manejo es fundamental para garantizar la efectividad y seguridad del tratamiento farmacoterapéutico de pacientes oncológicos. Destacan las interacciones por empleo de tratamiento alternativo en el grupo de pacientes en tratamiento con QT y las interacciones por tamoxifeno-ISRS en el grupo de pacientes en tratamiento con HT.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DEL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS A TRAVÉS DE UN COMITÉ EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Rodríguez Samper M.C; Sola Morena, M.D; De Mora Alfaro, M.J.
Servicio de Farmacia. Gerencia del Área Integrada de Villarrobledo.*

Objetivo:

Las terapias biológicas (TB) iniciadas en nuestro centro, así como cambios o suspensión de dichos tratamientos, se deciden de forma consensuada en el comité de terapias Biológicas (CTB) del hospital. Dicho comité es convocado de manera mensual, formado por los servicios médicos de Digestivo, Reumatología y Dermatología, así como el Servicio de Farmacia y Dirección Médica.

Los inicios de tratamiento se revisan aplicando los criterios de las rutas de eficiencia del SESCO y guías clínicas, así como los cambios y suspensión de los mismos, se basan en la eficacia y seguridad observadas, adecuándose a las características del paciente.

El objetivo del estudio es conocer el uso de terapias biológicas en nuestro centro, basándonos en los inicios y cambios realizados tras los resultados obtenidos en los pacientes.

Material y método:

Se revisaron las actas redactadas por el Servicio de Farmacia y aprobadas en cada uno de los comités realizados durante el año 2015.

Las variables registradas fueron; sexo y edad del paciente, servicio médico solicitante, diagnóstico, intervención (inicio, suspensión de tratamiento, cambio de dosis, de intervalo o diana terapéutica) y el motivo de la misma.

En las reuniones realizadas se valoraron todos aquellos casos que fueran candidatos a iniciar con TB, así como cualquier cambio sobre las mismas, en función a los resultados obtenidos en los pacientes.

Resultados:

A lo largo del año 2015, se convocaron 11 reuniones del CTB donde fueron valorados 55 pacientes, 29 hombres y 26 mujeres, con una edad media de 45,3 años. El servicio de Reumatología presentó un total de 37 pacientes (67%); 21 diagnosticados de Espondiloartropatía, 11 de Artritis reumatoide, 2 de Enfermedad de Behcet y Sacroileitis respectivamente y uno de Oligoartritis. Desde el servicio de Dermatología se valoraron 10 pacientes (18%) diagnosticados de Psoriasis, además del servicio de Digestivo, que presentó 8 pacientes (15%), 5 con Enfermedad de Crohn, 2 con Colitis Ulcerosa y 1 con Proctitis Ulcerosa.

Se iniciaron un total de 17 TB; 8 Etanercept, 5 Adalimumab, 2 Infliximab y un Abatacept y Golimumab respectivamente. Se registraron 16 pacientes en los cuales se suspendió el tratamiento, 8 de ellos por falta de respuesta, 6 por mala tolerancia, 1 por buena evolución y otro por deseo gestacional. Se decidió cambiar de diana terapéutica en 17 casos, 10 de ellos por falta de respuesta, 5 por empeoramiento y 2 por intolerancia al tratamiento actual.

Por otro lado, en dos pacientes se aumentó la dosis y se acortó el intervalo terapéutico, respectivamente, por empeoramiento de la clínica. Durante ese año, hubo dos casos de reacciones importantes en el lugar de inyección, en los cuales se decidió mantener el fármaco cambiando la presentación del mismo.

Conclusión:

La creación de un CTB ha permitido un seguimiento más detallado de este tipo de terapias y la adecuación de pautas en función a la respuesta obtenida, valorando aspectos de seguridad y eficacia.

El abordaje de los tratamientos desde un punto de vista multidisciplinar facilita llegar a un acuerdo entre los servicios implicados con el paciente, buscando la opción más coste-efectiva en cada caso.

Conflicto de intereses:

[\(Enlace al póster\)](#)

SIMPLIFICACIÓN ANTIRRETROVIRAL. COSTE-EFECTIVIDAD, SEGURIDAD E IMPACTO SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO

Zamora Ferrer, E; Canales Ugarte, S; Barberá Farré, JR; Nieto Sandoval Martín de la Sierra, P; Fraga Fuentes, MD; Conde García, MC.

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

Objetivo:

El objetivo de la simplificación de la terapia antirretroviral (TAR) es mantener la supresión virológica optimizando el tratamiento según las características/preferencias del paciente. Se pretende determinar el impacto de la simplificación de la TAR sobre la efectividad, seguridad, perfil lipídico y coste.

Material y métodos:

Se simplificó la TAR a 12 pacientes (11 hombres, 1 mujer, media de edad 54,8 años) según las recomendaciones del Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA). La efectividad se valoró según la respuesta virológica (RV) o carga viral (CV) y la respuesta inmunológica o recuento de linfocitos-CD4. Se consideró respuesta óptima al tratamiento una CV indetectable (CVI) (<50 copias/mL) o viremia de bajo nivel (VBN) (50-200 copias/mL), con un recuento de CD4 > 500 células/mL. Se definió como blip el episodio aislado de VBN que volvió espontáneamente a indetectable. Para determinar el impacto sobre el perfil lipídico, se consideró como normal: colesterol total (ColTot) < 200 mg/dL, LDL < 175 mg/dL, HDL > 40 mg/dL y triglicéridos < 130 mg/dL. Se comparó en todos los casos la última analítica antes de la simplificación y la primera tras 1 año del cambio. Para determinar la seguridad se registraron los efectos adversos que aparecieron mediante la entrevista rutinaria en la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos. Se calculó el impacto económico mediante el módulo de Gestión económica de Farmatools®.

Resultados:

El tratamiento previo a la simplificación consistía en la combinación de 2ITIAN (inhibidor transcriptasa inversa análogo de nucleótido)+1IPp (inhibidor proteasa potenciado) (7 pacientes), 2ITIAN+1IP (inhibidor proteasa) (2 pacientes) y 2ITIAN+1ITINN (inhibidor transcriptasa inversa no nucleósido) (1 paciente). Se simplificaron los tratamientos a 2ITIAN+1IP (1 paciente), 1ITIAN+1IP (1 paciente) y 1IPp (10 pacientes). 2 pacientes procedían de otro hospital y se desconoce su tratamiento de origen. Estos pacientes no se tuvieron en cuenta para calcular el impacto económico por no disponer de comparador. En cuanto a la RV, 7 pacientes mantuvieron la CVI, 3 pacientes (2 de ellos con VBN) consiguieron CVI, y un paciente presentó un blip. Los CD4 se mantuvieron por encima de 500 células/mL en 9 pacientes, un paciente disminuyó el recuento por debajo de 500 células/mL de manera temporal. El único paciente con CD4 < 500 células/mL antes de la simplificación consiguió superar las 500 células/mL tras el cambio. En cuanto al perfil lipídico, 3 pacientes aumentaron las cifras de ColTot por encima de 200 mg/dL sin verse afectado el LDL, 1 disminuyó los valores de ColTot a < 200 mg/dL y 2 disminuyeron los triglicéridos a < 130 mg/dL. En el resto de pacientes no hubo cambios significativos. De un paciente no se disponía de analíticas previas ni posteriores a la simplificación. Un paciente presentó tos seca, cefalea y estreñimiento. Todos estos síntomas cedieron de forma autolimitada tras 1 semana aproximadamente. La diferencia de coste fue de 33345,4€/año.

Conclusiones:

La simplificación supuso un ahorro económico sin comprometer la efectividad. En algunos casos mejoró el perfil lipídico. No obstante el ColTot puede verse alterado sin considerarse una consecuencia negativa por no acompañarse de aumento de LDL. Tampoco apareció toxicidad significativa a otros niveles. Los farmacéuticos especialistas tienen una labor imprescindible en la monitorización de los resultados derivados de la simplificación de TAR.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

UTILIZACIÓN DE UN FÁRMACO BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

*Sánchez Casanueva, T; López Sánchez, P; Márquez Nieves, JJ
Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real)*

Objetivos: describir la utilización por parte de digestivo del nuevo medicamento biosimilar Inflectra® (infiximab), su efectividad y seguridad. Comparar los costes generados por este nuevo medicamento respecto al original Remicade®.

Métodos: con motivo de la comercialización de un nuevo medicamento biosimilar de infiximab, se propuso y acordó con los servicios peticionarios de este medicamento que todos los nuevos inicios de tratamiento se realizasen con Inflectra®, no cambiándose directamente los tratamientos ya iniciados con Remicade®. El Servicio de Digestivo ha sido único incluido en este estudio, puesto que solo este ha iniciado nuevos tratamientos desde que se empezó a utilizar Inflectra® en agosto de 2015.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo sobre pacientes que iniciasen nuevos tratamientos con Inflectra® desde el 1 de agosto de 2015 hasta el 31 de enero de 2016. Por medio del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes de Farmatools®, se recopilaban las dispensaciones realizadas, así como las dosis recibidas y el coste generado a PVL+4% de IVA. Con la plataforma de historia clínica electrónica Mambrino XXI se recabaron datos de variables demográficas (edad, sexo, fecha de nacimiento), clínicas (Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CDAI)) y de efectividad.

Resultados: se incluyeron 2 hombres y 1 mujer con una media de edad de 50 años a fecha 31 de enero de 2016, que se correspondieron con todos los nuevos inicios de tratamiento con infiximab en este servicio. Todos tenían el diagnóstico de enfermedad de Crohn y recibieron la pauta de 5 mg/ kg a las 0-2-6 y cada 8 semanas de mantenimiento. La dosis acumulada de los 3 pacientes fue de 4800 mg, lo que generó un gasto de 21.952,32 euros. Comparado con la misma dosis de Remicade®, el uso de Inflectra® supuso un ahorro de 4.818,78 euros, es decir, un 18% menos. Teniendo en cuenta que el gasto en Remicade® en 2015 por el Servicio de Aparato Digestivo fue de 177.136,61 euros, el empleo de Inflectra® hubiese generado un ahorro de 31.884,59 euros.

Respecto a la efectividad: el paciente nº 1 partía de un CDAI de 209 y presentaba diarrea intermitente, tras 3 dosis remitió completamente la diarrea; previamente el paciente nº 2 presentaba diarrea (con hasta 3 deposiciones diarreicas al día), tras 3 dosis entró en remisión (CDAI de 34,7) y desapareció la diarrea; el paciente nº 3 ingresó inicialmente por rectorragia por la ileostomía, también presentaba una importante pérdida de peso, tras 3 dosis refiere 2-3 deposiciones al día sin sangre y ganancia de peso.

Ninguno de los pacientes manifestó alguna reacción adversa derivada del uso de Inflectra® reseñable en la historia clínica.

Conclusiones: el nuevo biosimilar de infiximab ha sido aceptado como nuevo tratamiento de inicio en los pacientes que requieran tratamiento con este anti-TNF para el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. A su vez ha demostrado ser efectivo y seguro entre los pacientes descritos. También ha supuesto un importante ahorro económico respecto al medicamento original Remicade®.

Conflicto de intereses: no existen.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ALOPURINOL AL 3% TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ERITRODISESTESIA PALMO-PLANTAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Álvarez Nonay¹, A; Martín Alcalde¹, E; de Juan-García¹, P; Horta Hernández¹, A; García Castro², I; Arcediano del Amo, A.

Servicio de Farmacia¹, Servicio de Oncología² Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivo:

El Síndrome de eritrodisestesia palmo-plantar (EPP) es un efecto adverso común que puede presentarse durante el tratamiento con algunos citostáticos. Es un proceso que puede ser altamente incapacitante y que afecta a las actividades de la vida diaria. La interrupción del tratamiento quimioterápico implicado o la reducción de las dosis parecen ser los únicos métodos eficaces para su manejo.

El objetivo es analizar el uso y efectividad de una fórmula magistral de alopurinol 3% crema para el tratamiento de la EPP.

Métodos:

Desde el Servicio de Dermatología se solicita al Servicio de Farmacia (SF) la elaboración de una formulación tópica de alopurinol al 3% para el tratamiento de la EPP. Estudio observacional retrospectivo desde Febrero de 2014 a Septiembre de 2015. Se localizaron los pacientes a los que se le había dispensado alopurinol al 3% tópico desde el SF. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cáncer, estadio, tratamiento quimioterápico en el momento de la prescripción de alopurinol al 3% crema, grado de toxicidad cutánea previa al comienzo y durante el tratamiento con alopurinol. Los datos se obtuvieron del programa informático Farmis® y del módulo de pacientes externos de Farmatools®. El Servicio de Oncología se encargó de estratificar el grado de toxicidad en cada paciente al inicio y durante el tratamiento con alopurinol al 3% tópico según la Escala National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (NCI-CTC) versión 4.0. El grado III corresponde a la máxima toxicidad cutánea y grado 0 ausencia de toxicidad.

Resultados:

Durante el período de estudio, se incluyeron 28 pacientes con EPP tratados con alopurinol al 3% tópico: 37% (10) hombres y 67% (18) mujeres con una mediana de edad de 66 años [49-88]. Se estratificaron los pacientes por tipo de tumor obteniendo los siguientes resultados: 54% (15) colon, 32% (9) mama, 4% (1) ovario, 4% (1) riñón, 4% (1) recto, 4% (1) vejiga. Los citostáticos implicados fueron: 50% (14) capecitabina, 25% (7) capecitabina + bevacizumab, 13% (4) 5-fluorouracilo, 4% (1) sunitinib, 4% (1) doxorubicina liposomal pegilada y 4% (1) bevacizumab.

De los 28 pacientes tratados con crema de alopurinol al 3%:

- 64% (18) redujeron toxicidad de los cuales: 50% (9) redujeron de un grado II-I, 17% (3) redujeron de un grado I-0, 11% (2) redujeron de un grado III-I, 11% (2) redujeron de un grado III-II, 11% (2) redujeron de un grado II-0.
- 32% (9) se mantuvieron en el mismo grado de toxicidad inicial.
- 4% (1) aumentó el grado de toxicidad durante el tratamiento.

Conclusiones:

Alopurinol al 3% tópico es una formulación de fácil preparación y aplicación que en más de la mitad de los pacientes tratados ha mejorado la EPP, por lo que podría ser una alternativa eficaz para el tratamiento sintomático de la misma. Aun así, es necesario un estudio más a largo plazo analizando el grado de toxicidad cutánea con escalas más específicas como la clasificación de la OMS para la EPP, así como, conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

Conflictos de interés:

[\(Enlace al póster\)](#)

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA HEPATITIS C: PRIORIZAR SIN DEJAR DE TRATAR

Franco Sereno MT, Áreas Del Águila VL, Alañón Pardo MM, Fernández Marchante AI, Campanario López I, Rodríguez Martínez M.

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivo:

Describir la efectividad y seguridad del tratamiento de la hepatitis C crónica (HCC), con los nuevos antivirales de acción directa (AAD), evaluando previamente el tratamiento, por el grupo de trabajo de hepatitis C (GTHC).

Material y método:

Estudio observacional prospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con AAD de Abril- Diciembre de 2015.

En Abril de 2015 se creó un grupo multidisciplinar para la aplicación de las alternativas terapéuticas recogidas en el *Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C*, formado por: Digestivo, Farmacia Hospitalaria, Medicina Interna, Enfermería y Dirección Médica. Semanalmente, el grupo, evalúa los inicios de tratamiento propuestos por el médico prescriptor, según características clínicas y virológicas del paciente y aplicando criterios de eficiencia, tomando una de las siguientes decisiones: aceptación de la propuesta inicial, o modificación del tratamiento antiviral (cambio de antivirales (CA), de duración (CD), adición ribavirina (AR). También realiza recomendaciones relacionadas con fármacos concomitantes (Fcon) derivadas de la revisión de interacciones: modificar dosis u hora de administración (MD, MH), cambiar (CFcon) o suspender (SFcon) fármaco, monitorizar reacciones adversas (RA) (MRA).

La efectividad se evaluó mediante tasa de respuesta viral sostenida (RVS) (carga viral indetectable a las 12 semanas post-tratamiento).

La seguridad se analizó mediante valoración de RA por el hepatólogo y durante la entrevista farmacéutica en el área de atención farmacéutica a pacientes externos.

Los datos se obtuvieron de: historia clínica electrónica (Mambrino® y Turriano®), base de datos Excel® para seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con HCC, actas de reuniones del GTHC y tabla de eficiencia de los regimenes terapéuticos recomendados en el Plan.

Variables: decisión del GTHC, recomendaciones sobre Fcon, demográficas (edad, sexo), virológicas (genotipo (gen), carga viral), clínicas (grado de fibrosis, comorbilidades: VIH y enfermedad renal, respuesta a tratamiento previo, AAD) y RA.

Resultados:

El GTHC evaluó, en 22 reuniones, los inicios de tratamiento de 114 pacientes. En el 77.2% de los casos, se aceptó la propuesta inicial del médico prescriptor y en el 22,8% restante se modificó tras la evaluación: CA 61% (por criterios de eficiencia 62.5%), AR 23% y CD 16%.

Se revisaron posibles interacciones entre AAD y 351 Fcon, realizándose 19 recomendaciones sobre éstos: MH 57.8%, CFcon 15.8%, SFcon 10.5%, MD 10.5% y MRA 5.4%.

Se analizó la efectividad y seguridad en 65 pacientes (55.4% hombres, edad media 52.98 años (SD: 13.2) que habían alcanzado 12 semanas post-tratamiento.

El 6.1% coinfectados por VIH y 3% trasplantados renales.

Grado de fibrosis: F4 54%, F2 27.6%, F3 9.2%, F0-1 9.2%.

Genotipos: gen1b-69.2%, gen1a-21.6%, gen3-4.6%, gen2-3%, gen4-1.6%.

El 52.3% naïve, 37% no respondedores, 7.7% recidivantes y 3% respuesta desconocida.

Distribución por AAD: Dasabuvir-Ombitasvir-Paritaprevir±Ribavirina 27.7%, Sofosbuvir-Daclatasvir±Ribavirina 26.2%, Sofosbuvir-Ledipasvir±Ribavirina 24.6%, Sofosbuvir-Simeprevir±Ribavirina 15.4%, Sofosbuvir-Ribavirina 4.6% y Sofosbuvir-Ribavirina-Interferon 1.5%.

El 98.4% de los pacientes consiguieron RVS (gen1b-100%, gen1a-100%, gen2-100%, gen4-100%, gen3-66.6%).

El 63% de los pacientes manifestaron RA, mayoritariamente: cansancio 46%, náuseas 24.4% y prurito 19.5%.

Conclusiones:

La actividad del GTHC ha permitido optimizar los tratamientos homogeneizando su utilización según el perfil clínico del paciente. La efectividad de los AAD ha sido elevada y las RA leves.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA VALIDACIÓN A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Mateos Rubio, J.; Manzano Lista, F.J.; García Palomo, M.; Labrador Andujar, N.; Quirós Ambel, H.; García Sacristán, A.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivo:

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en el proceso de validación de la prescripción médica en pacientes ingresados en un hospital de nivel III.

Material y Métodos:

Estudios descriptivo y retrospectivo de las IF registradas en un hospital de tercer nivel de 580 camas con prescripción electrónica asistida (PEA) durante un periodo de 1 año: 01/01/2015-31/12/2015.

Se analizaron las IF que fueron registradas e informadas a médicos y enfermeras en el módulo de Gestión de Unidosis de la aplicación Farmatools®v2.5.

Las herramientas utilizadas para realizar las IF fueron la PEA y el acceso a la historia clínica electrónica (HCE) lo que permitió al farmacéutico disponer de toda la información necesaria para colaborar en la farmacoterapia del paciente.

Las variables empleadas para el análisis fueron: clasificación ATC de medicamentos, servicio médico implicado en la IF y motivos de intervención desglosados en submotivos: alergia/dispensación/dosificación/duración de tratamiento/especialidad incorrecta/indicación/interacciones/pauta/vía de administración/otras.

Los datos que fueron recogidos en una tabla Excel®2010 y el análisis estadístico se realizó con SPSS®v21.

Resultados:

Se registraron un total de 313 intervenciones: 2-(0,63%) intervenciones por alergia, 25-(7,98%) de dispensación, 101-(32,26%) de dosificación, 6-(1,91%) acerca de la duración del tratamiento, 65-(20,76%) por empleo de una especialidad incorrecta, 4-(1,27%) por una indicación no autorizada del fármaco, 4-(1,27%) a causa de interacciones de relevancia clínica, 15-(4,79%) por el empleo de una pauta no adecuada, 17-(5,43%) por la prescripción de una vía de administración incorrecta del fármaco y 83-(26,51%) por otros motivos.

El análisis de las IF clasificadas por submotivos determinó que: 108-(34,50%) correspondieron a sustituciones farmacológicas: 81-(75%) fueron aplicaciones del programa de intercambio terapéutico (PIT) aprobado en el hospital, 24-(22,22%) propuestas de prescripción de terapia secuencial y 3-(2,77%) por cambio de otras vías de administración.

Los principales servicios donde fueron efectuadas las intervenciones fueron: Pediatría (planta y UCI-Pediátrica) con 104-(33,22%) intervenciones, Medicina Interna con 59-(18,84%), 33-(10,54%) en el Servicio de Cirugía, 27-(8,62%) en Traumatología, 15-(4,79%) en Neurocirugía, 11-(3,51%) en Nefrología, 10-(3,19%) en Cardiología y 54-(17,25%) en el resto de servicios.

Los grupos farmacológicos implicados en las IF fueron: 81-(26,73%) en antibióticos, 31-(10,23%) en analgésicos/antipiréticos, 21-(6,63%) intervenciones en insulinas/antidiabéticos orales, 21-(6,63%) en aparato cardiovascular, 16-(7,34%) antiparkinsonianos/antiepilépticos/ansiolíticos, 15-(4,79%) en glucocorticoides, 14-(4,47%) en suplementos y nutriciones enterales, 14-(4,47%) en antiácidos/antiulcerosos, 9-(2,97%) en antitrombóticos/antiagregantes y 81-(26,73%) intervenciones en el resto de grupos farmacológicos.

Conclusiones:

El proceso de validación farmacéutica aporta valor al proceso terapéutico, en nuestro centro las IF registradas proporcionaron apoyo a la prescripción aplicando el PIT y proponiendo alternativas terapéuticas al clínico. También se registraron IF para optimizar las prescripciones de antimicrobianos en duración de los tratamientos y propuestas de terapia secuencial.

El mayor porcentaje de IF realizadas en pediatría se explica por la presencia de un farmacéutico clínico integrado en este servicio.

Debemos mejorar y fomentar el registro informatizado de todas las IF en el programa de PEA como instrumento de mejora de la calidad y seguridad de la farmacoterapia y como herramienta para justificar y cuantificar la actividad del farmacéutico. Del mismo modo se debería valorar el grado de impacto y aceptación de todas las IF.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE SUS PATOLOGÍAS VÍRICAS

López Sánchez, P.; García Díaz, P.A.; Becerra Cañas, A.V.; Martínez Morago, R.; Sánchez Casanueva, T.; Márquez Nieves, J.J.

Servicio de Farmacia. Gerencia de Área Integrada de Tomelloso. Tomelloso (Ciudad Real).

Objetivo:

Medir y analizar el nivel de conocimiento, general y específico, de los pacientes en tratamiento frente a VIH, VHC o VHB.

Material y métodos:

Estudio observacional-prospectivo realizado durante enero-febrero de 2016 en una unidad de Pacientes Externos de un área sanitaria de 70.000 habitantes.

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento frente a VIH, VHC o VHB (coinfectados o no).

Se diseñó una encuesta con 13 preguntas para extraer los conocimientos acerca de:

1. el agente que provoca la enfermedad.
2. vías de transmisión
3. si es una enfermedad curable
4. a qué órganos ataca
5. factores que descompensan la enfermedad
6. daños permanentes provocado por la enfermedad
7. qué ocurre cuando hay falta de adherencia al tratamiento
8. el tratamiento que tomaban
9. los posibles efectos adversos (EAs)
10. duración del tratamiento
11. porqué se realizan analíticas sanguíneas y sus resultados
12. apoyo familiar
13. fuentes de información sobre la enfermedad.

Las encuestas se realizaron durante la recogida de medicación, individualmente, y de forma voluntaria. Se registraron datos demográficos (edad, sexo, tiempo con diagnóstico) y se utilizó SPSS v15.0 para calcular frecuencias y analizar la relación entre las variables estudiadas (Chi-Cuadrado).

Resultados:

En el periodo de estudio se entrevistaron a 31 pacientes: 22 (71%) hombres; edad media 51 años -Desviación estándar (DE) 14,4-; tiempo medio desde el diagnóstico 11,7 años -DE 7,9-. [20 (64,5%) pacientes VIH, 7 (22,6%) VHB, 2 (6,5%) VHC, 1 (3,2%) VIH+VHC; 1 (3,2%) VIH+VHC+VHB].

A la pregunta (P.)1, contestaron correctamente 19 (61,3%). En la P.2 sólo 12 (38,7%) contestaron de forma adecuada y completa (vía sanguínea y sexual), sólo sexual 9 (29%), sólo sanguínea 3 (9,7%) y erróneamente 7 (22,6%). Las P.3 y P.4 fueron contestadas correctamente por 28 (90%) y 24 (77,4%) pacientes, respectivamente. Sin embargo, a la P.5 sólo 10 (32,3%) correctamente. De los encuestados, 8 (25,8%) referían tener daño debido a la enfermedad (P.6). Y conocían lo que ocurre ante falta de adherencia 19 (61,3%) (P.7). Casi todos, 26 (83,9%), conocían el tratamiento que tomaban (P.8), pero no así sus posibles EAs, que sólo lo conocían 12 (38,7%) pacientes (P.9). Casi todos sabían la duración del tratamiento (P.10 -29 (93,5%) pacientes-) y la utilidad de las analíticas y sus resultados (P.11 -30 (96,8%) pacientes-). Apoyo familiar tenían 25 (80,6%) pacientes (P.12). Y 30 (96,8%) declararon que su principal fuente de información era el médico.

Únicamente se halló asociación estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes y su conocimiento sobre el tipo de agente infeccioso (P.1) ($p=0,040$), viéndose más respuestas correctas en edades comprendidas entre 36-65 años.

Conclusiones:

El nivel de conocimientos sobre patologías víricas es escaso en aspectos importantes como la vía de transmisión, la descompensación de la enfermedad y los posibles EAs del tratamiento. Sin embargo, destaca el conocimiento en la duración del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

La información obtenida sugiere una educación deficiente por parte de los profesionales sanitarios, lo que hace necesario implementar programas educativos aprovechando las herramientas accesibles actualmente, entre ellas la atención farmacéutica en las consultas de Paciente Externos.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS ANTIFÚNGICOS EQUINOCANDINAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Labrador Andújar N, Mateos Rubio J, Manzano Lista FJ, Quirós Ambel H, García Sacristán AA, Moya Gómez P.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos:

Los antifúngicos equinocandinas son fármacos con características similares utilizados en las infecciones por *Candida*. El uso correcto de estos fármacos mejora la calidad del tratamiento en el paciente.

El objetivo del estudio es conocer el patrón de utilización de las equinocandinas y evaluar si existe la necesidad de crear protocolos de utilización para asegurar un uso adecuado.

Material y métodos:

Estudio observacional y retrospectivo de utilización de las equinocandinas en un hospital de 650 camas que dispone de las tres equinocandinas comercializadas en España. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que iniciaron tratamiento con equinocandinas en el período comprendido entre agosto del 2014 y agosto del 2015. Se revisaron las Historias Clínicas y las dispensaciones realizadas en el programa de prescripción electrónica Farmatools® 2.4 recogiendo datos demográficos: edad, sexo y servicio; datos farmacológicos: equinocandina utilizada, dosificación, duración del tratamiento, tratamiento antifúngico previo y medicación susceptible de interacción farmacológica con la equinocandina; datos clínicos: tipo de tratamiento (profilaxis, tratamiento empírico o dirigido), estado de la función renal y hepática y presencia de neutropenia; y datos microbiológicos: cultivo realizado y microorganismo aislado.

Resultados:

Se incluyeron 57 pacientes (19 mujeres, 38 hombres) con una mediana de edad de 64 años (29-89). 15 se trataron con anidulafungina, 16 con caspofungina y 26 con micafungina. La distribución por servicios fue: 16 UCI, 14 anestesia, 10 hematología, 5 oncología, 6 infecciosas, 4 cirugía y 2 digestivo.

La dosificación fue: anidulafungina 200 mg (dosis de carga) seguido de 100 mg al día, caspofungina 70 mg (dosis de carga) seguido de 50 mg al día (5 pacientes no utilizaron dosis de carga) y micafungina 100 mg en tratamiento empírico o dirigido (22 pacientes) y 50 mg en profilaxis (4 pacientes). La duración media del tratamiento fue 9,32 días.

El tipo de tratamiento fue: 4 profilaxis (todos ellos con micafungina), 4 dirigido y el resto empírico. No se realizó cultivo en 14 pacientes. Los microorganismos aislados fueron: *Candida albicans* (17), *Candida glabrata* (3), *Candida parasilopsis* (1), *Candida krusei* (1), especies de *Candida* sin filiar (5) y el resto fueron cultivos negativos.

Solo 7 pacientes llevaron otro antifúngico previamente (6 fluconazol y 1 posaconazol). Sólo 1 paciente presentó posibilidad de interacción con ciclosporina (tratado con caspofungina). Independientemente de la equinocandina, existen pacientes con alteraciones hepáticas y renales. La presencia de neutropenia es de 8 pacientes con micafungina, 1 con anidulafungina y 2 con caspofungina.

Conclusiones:

Las equinocandinas se utilizan en numerosos pacientes como tratamiento empírico, sin utilizar otros antifúngicos previos y sin realizar un cultivo.

Existe gran variabilidad en la selección y duración del tratamiento con equinocandinas.

La gran variabilidad en la elección de la equinocandina a utilizar sin criterios de selección establecidos, pone a la luz la necesidad de instaurar en nuestro hospital protocolos de selección de la equinocandina más adecuada según el tipo de paciente y sus factores concomitantes; y logrando de este modo optimizar los tratamientos y utilizar las equinocandinas de manera eficaz y segura.

Conflictos de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

