

REUNIÓN DE ZONA SEFH DE CASTILLA-LA MANCHA  
**XII** JORNADAS CIENTÍFICAS SCMFH

ALCÁZAR DE SAN JUAN  
21-22 ABRIL 2017



Organizadores



**XII JORNADA CIENTIFICA SCMFH**  
**ALCAZAR DE SAN JUAN 21 y 22 de Abril de**  
**2017**

**LIBRO DE RESÚMENES**

## COMITÉ CIENTÍFICO

### Comité Científico

Dra. Carmen Encinas Barrios; Dra. Isabel Campanario López; Dra. Beatriz González Joga; Dra. Ana María Horta Hernández; Dra. Cristina García Gómez; Dra. Gema Marcos Pérez; Dra. María Dolores Fraga Fuentes; Dra. María del Carmen Conde García; Dra. Piedad López Sánchez; Dra. María Luisa Moreno Perulero; Dr. José Manuel Martínez Sesmero

## COMITÉ ORGANIZADOR

### Comité Organizador

Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez; Dra. Natalia Andrés Navarro; Dra. Miriam Heredia Benito; Dra. Patricia Araque Arroyo; Dra. Patricia Nieto-Sandoval Martín de la Sierra; Dra. Teresa Gómez Lluch; Dra. Eva Martín Alcalde; Dra. María Garrigues Sebastián; Dr. Juan José Cía Lecumberri

## PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 21 ABRIL 2017	
15.00 h	Reunión de la Junta Directiva, Comité organizador y Comité científico
17.00 h	Reunión de residentes
18.00-20.00 h	Trabajo en equipo: comunicación efectiva para alcanzar la meta. <i>Jorge Chisvert Orts-Coach orientador meditador.</i>
SÁBADO 22 ABRIL 2017	
09.30-10.00 h	Inauguración: <i>Regina Leal Eizaguirre- Directora-Gerente del SESCAM; Rosa Melchor Quiralte- Alcaldesa Alcázar de San Juan.</i>
10.00-11.30 h	<p>Mesa redonda: equipos multidisciplinares: un paso adelante en la protección de la salud y en la obtención de resultados. <i>Moderador: Juan Carlos Valenzuela Gámez- Jefe de servicio del Hospital La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan.</i></p> <p>Creación de valor en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El paciente con cáncer y las terapias dirigidas.</b> <i>Josep Ramón Germà Lluch.-Director de Conocimiento. Instituto Catalán de Oncología (ICO)</i></li> <li>• <b>Optimización de la utilización de antimicrobianos: necesidad u obligación.</b> <i>José María Gutiérrez Urbon.-Farmacéutico de Hospital. C.H.U. A Coruña</i></li> <li>• <b>Certificación de un PROA.</b> <i>Hugo Daniel Patiño Ortega- FEA de Medicina Interna del Hospital La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)</i></li> <li>• <b>Leyendas urbanas: abordaje terapéutico con antidiabéticos no insulínicos.</b> <i>Cesar Lozano Suárez- Médico de Familia. Centro de Salud de Almagro. GAI de Ciudad Real</i></li> </ul>
11.30-12.00 h	Café
12.00-13.00 h	Presentación oral de las mejores comunicaciones. <i>Moderador: M<sup>g</sup> Dolores Fraga Fuentes- Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan</i>
13.00-13.15 h	Presentación del libro de residentes
13.15-13.30 h	Entrega de premios a la mejor comunicación oral

**COMUNICACIONES ORALES ..... 9**

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH QUE INICIAN SU PRIMER TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ..... 9

ANÁLISIS DE LAS AUTORIZACIONES DE NUEVOS MEDICAMENTOS: ¿DISPONEMOS DE SUFICIENTES EVIDENCIAS? ..... 10

SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL ESQUEMA XELOX FRENTE A FOLFOX ..... 11

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN ORAL EN PACIENTES CON DISFAGIA INSTITUCIONALIZADOS ..... 12

RELACIÓN ENTRE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL Y LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ..... 13

**COMUNICACIONES POSTER ..... 14**

ANÁLISIS DE POLIMEDICACIÓN E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES VIH..... 14

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ALERGOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA ..... 15

EXPERIENCIA DE USO FUERA DE FICHA TÉCNICA DE OMALIZUMAB EN LA INDUCCIÓN A LA TOLERANCIA ORAL EN ALERGIAS ALIMENTARIAS ..... 16

ESTUDIO DE UTILIZACION DE DECITABINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA ..... 17

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-PCSK9 EN UN ÁREA DE SALUD ..... 18

ESTUDIO DEL PERFIL DE LAS SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS DE APREMILAST NOTIFICADAS AL SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA ..... 19

ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y DESESCALAMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA ..... 20

ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANZADO ..... 21

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DIRECTA PARA LAS ÁREAS DE PACIENTES CRÍTICOS Y URGENCIAS ..... 22

ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL NILOTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA .....	23
ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	24
ERRORES DE MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿COMO INFLUYE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO? .....	25
MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN GUÍA: ¿SUPONEN UN PROBLEMA REAL ASOCIADO A LA MEDICACIÓN? .....	26
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE ALTEPLASA COMO FIBRINOLÍTICO VÍA INTRAPLEURAL.....	27
REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIMICROBIANOS PRESCRITOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: CORTE TRANSVERSAL .....	28
RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN ANCIANOS .....	29
INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO .....	30
ANÁLISIS DEL USO DE METILPREDNISOLONA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS BROTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA LA MANCHA .....	31
EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA .....	32
INFLUENCIA DE LA INTRODUCCIÓN DE EPLERENONA EN LA GUÍA FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL EN UN ÁREA DE GESTIÓN INTEGRADA .....	33
ANÁLISIS DE LA INSTAURACIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ...	34
PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE SALUD MENTAL DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA .....	35
ESTUDIO DE UTILIZACION DE NIVOLUMAB EN CÁNCER NO MICROCTICO DE PULMÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	36
SEGUIMIENTO DEL USO DE ALIROCUMAB DESDE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO .....	37
MEDIDA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA .....	38

LUCHANDO CONTRA LAS RESISTENCIAS: REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE CARBAPENÉMICOS.....	<b>39</b>
EFICACIA Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN EL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO ..	<b>40</b>
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFICACIA DEL HIERRO-CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CON ANEMIA EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	<b>41</b>
POSIBLES ERRORES GRAVES DETECTADOS CON UN SISTEMA INTELIGENTE EN 50 HOSPITALES.....	<b>42</b>
ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE) EN EL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DEL ÁREA DE CITOSTÁTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	<b>43</b>
ANÁLISIS DE INCIDENCIAS EN UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	<b>44</b>
IDENTIFICACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES QUE CONLLEVAN PELIGRO EN SU PREPARACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA .....	<b>45</b>
COMERCIALIZACIÓN Y DESIGNACIÓN DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN LA UNIÓN EUROPEA .....	<b>46</b>
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASESORAMIENTO DE ANTIMICROBIANOS: IMPACTO ECONÓMICO EN EL GASTO HOSPITALARIO DE ANTIFÚNGICOS .....	<b>47</b>
VALOR DEL FARMACÉUTICO EN UN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: EL RETO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA PEDIÁTRICA .....	<b>48</b>
EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS ACEPTADAS Y REGISTRADAS DURANTE EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	<b>49</b>
IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO GRAVES Y/O RECURRENTE EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA .....	<b>50</b>
INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS? .....	<b>51</b>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: “REAL WORLD DATA” .....	<b>52</b>
EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, CALIDAD DE VIDA Y SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON APREMILAST .....	<b>53</b>
EXPERENCIA DE USO DE OMALIZUMAB EN ALERGIA ALIMENTARIA .....	<b>54</b>

ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO DE ELABORACION DE FORMULAS MAGISTRALES NO ESTERILES QUE CONTIENEN MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS.....	55
ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE ANTIEPILÉPTICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS ADHERIDOS AL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .....	56
RESPUESTA COMPLETA A ENZALUTAMIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	57
ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA .....	58
ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS .....	59





## COMUNICACIONES ORALES

## ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH QUE INICIAN SU PRIMER TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

*Lázaro López A<sup>1</sup>, Ruiz González L<sup>1</sup>, Álvarez Nonay A<sup>1</sup>, Blanco Crespo M<sup>1</sup>, Horta Hernández A<sup>1</sup>, Torralba González de Suso M<sup>2</sup>. Servicio de Farmacia<sup>1</sup>. Servicio de Medicina Interna<sup>2</sup>. Hospital Universitario de Guadalajara.*

**Objetivos:** La tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH en España es superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental.

Los objetivos de este estudio son: cuantificar los inicios de tratamiento antirretroviral (TAR), describir las características epidemiológicas de las personas que inician TAR así como los tratamientos utilizados.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo realizado en pacientes con infección VIH-1 que inician su primer TAR entre 1 enero 2014 y 31 diciembre 2016 en un hospital de referencia en la provincia.

Variables analizadas: sexo, edad, vía de transmisión de la infección, tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, tipo de TAR, situación virológica (RNA-VIH) e inmunológica basal (LTCD4 en valor absoluto y porcentaje y cociente CD4/CD8) y mutaciones de resistencias basales.

**Resultados:** Durante el estudio 57 personas iniciaron TAR, 79% hombres, con una mediana de edad de 34 años (RIC=30-44). La transmisión de la infección por relaciones homosexuales (HSH) fue la más frecuente (49,1%) seguida de las relaciones heterosexuales (31,6%) y el uso de drogas parenterales (10,5%). En 8,8% pacientes no se recogió la vía de transmisión en la historia. Desglosando el modo de transmisión según el sexo, en los hombres la transmisión por HSH supuso un 62,2% y la heterosexual 15,6%. En las mujeres la vía heterosexual fue la mayoritaria (91,7%).

La mediana de tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la infección hasta el inicio del tratamiento fue de 3 meses (RIC=1-29). 60% de los pacientes iniciaron tratamiento en los primeros seis meses tras el diagnóstico.

Los TAR iniciales utilizados fueron: emtricitabina/tenofovir/elvitegravir/cobicistat (26,3%), emtricitabina/tenofovir + darunavir potenciado (21%), abacavir/lamivudina/dolutegravir (19,3%), emtricitabina/tenofovir/rilpivirina (14%), emtricitabina/tenofovir + efavirenz (10,6%), emtricitabina/tenofovir + raltegravir (5,3%), emtricitabina/tenofovir + lopinavir/ritonavir (1,8%) y zidovudina + lamivudina + raltegravir (1,8%).

La mediana del RNA-VIH basal fue de 27.800 copias/mL (RIC=7.103-98.750). El 75% de los pacientes presentaban un RNA-VIH <100.000 copias/mL. Las medianas del valor absoluto de CD4, su porcentaje y el cociente CD4/CD8 fueron 370 células/ $\mu$ L, 17,8% y 0,34 respectivamente. Un 31,6% de pacientes presentaban enfermedad avanzada (<200 CD4/ $\mu$ L).

El test de resistencias previo al inicio del tratamiento mostró mutaciones de resistencias en 35,1% pacientes. 77,3% de las mutaciones estaban en la proteasa, 18,2% en la transcriptasa inversa y 4,5% en la integrasa. El 59,1% de las mutaciones conferían resistencias de bajo nivel frente a algún fármaco, 9,1% resistencias intermedias y 9,1% resistencias de alto nivel (a nelfinavir, nevirapina y efavirenz).

**Conclusiones:**

- La mayoría de los pacientes que inician TAR son jóvenes y la vía de transmisión más frecuente es la homosexual.
- Más de la mitad de los pacientes inician tratamiento en los primeros seis meses tras el diagnóstico. El TAR inicial utilizado es variable y mayoritariamente incluye un fármaco inhibidor de la integrasa.
- Un bajo porcentaje de pacientes presenta carga viral basal alta pero un importante número de pacientes presenta enfermedad avanzada.
- El porcentaje de pacientes con mutaciones de resistencias basales clínicamente relevantes es bajo y similar al publicado en las guías de práctica clínica.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LAS AUTORIZACIONES DE NUEVOS MEDICAMENTOS: ¿DISPONEMOS DE SUFICIENTES EVIDENCIAS?

*Gómez Lluch MT, Fraga Fuentes MD, Proy Vega B, Heredia Benito M, Valenzuela Gámez JC, Araque Arroyo P. Servicio de Farmacia Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.*

**Objetivos:** La aparición constante de nuevos medicamentos para multitud de enfermedades, en muchos casos con poco valor terapéutico añadido respecto a las alternativas, así como la necesidad de una gestión adecuada de los recursos limitados, hace necesaria una evaluación rigurosa de las evidencias para orientar la toma de decisiones. El objetivo del estudio fue realizar un análisis retrospectivo de las aprobaciones realizadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en los últimos tres años, así como de las conclusiones de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) disponibles y las condiciones de financiación a nivel nacional.

**Material y métodos:** Se analizaron las aprobaciones de nuevos principios activos (PA) realizadas por la EMA durante 3 años (2014-2016). Se recogió de cada PA: el área terapéutica, el tipo de aprobación (normal, condicional o excepcional), la vía utilizada (normal o acelerada) y la designación obtenida en el caso de considerarse huérfano. También se recogió el diseño del ensayo pivotal para su aprobación, para así poder evaluar la evidencia aportada. Por otro lado se constató la existencia de IPT y se analizaron sus conclusiones, así como las condiciones de financiación.

**Resultados:** En los últimos 3 años han sido realizadas por la EMA un total de 107 autorizaciones de nuevos PA (41 en 2014, 39 en 2015 y 27 en 2016). Del total, el 7% fueron aprobaciones condicionales (1 excepcional) en 2014, 8% en 2015 (2 excepcionales), suponiendo un 30% en 2016, mayoritariamente en el área oncológica. Por otro lado, el 17% de las autorizaciones se realizaron por la vía acelerada en 2014 (debido en su mayoría al área de infecciosas), 13% en 2015, y 15% en 2016 (predominando este último año en el área oncológica). Respecto a la designación huérfana, en 2014 el 34% fueron autorizados con dicha designación, 28% en 2015 y 37% en 2016 (debido sobre todo al área de oncología, metabolismo y hematología). Referente a los ensayos pivotaes utilizados para la aprobación, el 5% en 2014, 13% en 2015 y 33% en 2016 fueron ensayos en fase II. De los 55 IPT existentes, el 51% clasificaron el fármaco como similar a las alternativas, considerando su utilización basada fundamentalmente en criterios de eficiencia y sólo el 9% se consideró como un avance moderado. El 18% resultaron no financiados o con condiciones.

**Conclusiones:** El número de autorizaciones de nuevos PA ha experimentado una tendencia a la baja en los últimos años. No obstante, las autorizaciones con designación huérfana ha ido en aumento, así como las autorizaciones condicionales. Esto ha implicado la aprobación con ensayos clínicos en fases tempranas y la ausencia en muchos casos de comparadores, lo que genera incertidumbre por falta de evidencia, y consecuentemente la no financiación o ésta con condiciones. Para evitar incertidumbres en la toma de decisiones, evitar la variabilidad en la práctica clínica y garantizar el acceso a medicamentos con valor terapéutico añadido es necesario disponer de evidencias robustas desde el momento de la autorización, para facilitar así el posicionamiento y la toma de decisiones.

**Conflicto de intereses:** no.

[\(Enlace al póster\)](#)

## SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA DEL ESQUEMA XELOX FRENTE A FOLFOX

*Sánchez Gundín J<sup>1</sup>, Flor García A<sup>1</sup>, Llorente Serrano M<sup>1</sup>, Martín Niño I<sup>1</sup>, Soriano Rodríguez MC<sup>2</sup>, Barreda Hernández D<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz (Cuenca). <sup>2</sup>Sección Oncología, Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).*

**Objetivo:** Analizar diferencias en seguridad y calidad de vida (CdV) de pacientes tratados con esquemas XELOX (capecitabina+oxaliplatino) o FOLFOX-6 (5-fluorouracilo+oxaliplatino+leucovorin) en adyuvancia de cáncer colorrectal (CCR).

**Métodos:** Estudio prospectivo (octubre'15-enero'17) desarrollado en un hospital general de segundo nivel. Se incluyeron pacientes diagnosticados de CCR en estadios no avanzados tratados con XELOX (8 ciclos) o FOLFOX (12 ciclos) adyuvante.

Datos recogidos:

Demográficos: edad, sexo.

Relacionados con enfermedad: localización, estadio, ECOG.

Relacionados con tratamiento: esquema, reducción de dosis, efectos adversos (EA; diarrea/estreñimiento, náuseas/vómitos, eritodisestesia palmo-plantar (EPP), neutropenia).

Relacionados con CdV: según respuesta al cuestionario de CdV (EORTC QLQ-C30) al inicio del tratamiento adyuvante y a mitad: ciclo 1 y 5 para XELOX, ciclo 1 y 7 para FOLFOX. Cuestionario estructurado en escala funcional (puntuación mínima-máxima: 15-46), escala sintomática (puntuación mínima-máxima: 13-52) y estado global de salud (EGS; puntuación mínima-máxima: 2-14). Los valores altos en las escalas funcional y sintomática indicaban peor CdV y valores altos en EGS indicaban mejor CdV.

Para el análisis estadístico, se empleó el programa SPSS®15.0.

**Resultados:** 33 pacientes fueron incluidos (22 rellenaron ambas encuestas, 8 sólo al inicio y 3 sólo a mitad de tratamiento). Edad media: 61 años, con predominio masculino (73%). 52% de los casos de localización rectal, mayoritariamente en estadio III (73%). Todos los pacientes ECOG 0-1.

61% de los pacientes recibió XELOX con reducción de dosis en el 40% de los casos. En los pacientes con FOLFOX, se redujeron dosis en el 46% de los casos.

En relación a la seguridad, 70% de los pacientes tratados con XELOX presentó algún EA, frente al 69% con FOLFOX, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos esquemas (prueba chi-cuadrado;  $p > 0,05$ ). EA de XELOX (todos grados 1-2): diarrea/estreñimiento (67%), náuseas/vómitos (67%), neutropenia (27%), EPP (20%) y mucositis (13%). EA de FOLFOX (todos grados 1-2, excepto una paciente que presentó neutropenia grado 4): diarrea/estreñimiento (60%), neutropenia (30%), náuseas/vómitos (20%) y mucositis (10%).

Respecto a CdV, los pacientes tratados con XELOX obtuvieron al inicio del tratamiento una media de 19.3 puntos en escala funcional, 17 en sintomática y 10.2 en EGS. A mitad de tratamiento, estos valores variaron a 20.5, 20.7 y 9.9 respectivamente, existiendo diferencias estadísticamente significativas en aumento de escala sintomática (prueba T para muestras independientes;  $p < 0,05$ ). Los pacientes tratados con FOLFOX, al inicio del tratamiento presentaron una media de 18,7, 16.9 y 9.9 puntos en las escalas funcional, sintomática y EGS, respectivamente, mientras que a mitad del tratamiento los valores fueron 19.1, 20 y 9.8 respectivamente, sin existir diferencias significativas en ninguna escala.

**Conclusiones:** En este estudio, no se observaron diferencias significativas en la seguridad entre esquemas XELOX y FOLFOX, aunque XELOX tiende a ser un esquema peor tolerado. Al analizar las escalas de CdV, se observa un empeoramiento estadísticamente significativo de los síntomas en los pacientes tratados con XELOX, sin observarse en ninguna de las escalas de los tratados con FOLFOX. En conclusión, XELOX parece ser un esquema con mayor afectación sintomática, empeorando CdV, aunque estudios con mayor tamaño muestral son necesarios para confirmar estos resultados.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN ORAL EN PACIENTES CON DISFAGIA INSTITUCIONALIZADOS.

*Álvarez Nonay A, Mendoza Acosta I, Martín Alcalde E, Gila Azañedo JA, Horta Hernández A.  
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivo:** Los pacientes con disfagia tienen dificultades en la ingesta de diversas formas farmacéuticas de medicamentos, principalmente cápsulas y comprimidos. Esto hace que sea frecuente la manipulación de los mismos para facilitar la administración. El objetivo es estimar la prevalencia en la manipulación de formas farmacéuticas en pacientes con disfagia institucionalizados en 3 Centros Sociosanitarios (CSS), evaluar la intervención del farmacéutico en la adecuación de la medicación en estos pacientes y comprobar si existen diferencias en el porcentaje de no adecuación de la medicación entre los CSS.

**Método:** Estudio transversal realizado en Enero 2017 en 3 CSS a los que se les dispensa la medicación desde el Servicio de Farmacia del Hospital. En 2 CSS el farmacéutico especialista está integrado en el equipo asistencial del CSS y se realiza un seguimiento farmacoterapéutico diario de las prescripciones (Grupo 1). Al tercer CSS solo se le dispensa la medicación (Grupo 2).

Se identificaron los residentes a los que se les manipulaba la medicación mediante entrevista con el personal del CSS y se revisó su tratamiento farmacológico a través de Farmatools®. Se comprobó para cada medicamento si era adecuada su manipulación consultando la ficha técnica y Guías de Administración de Medicamentos: App Medisonda®, Guía del Hospital Clínico San Carlos. Las intervenciones realizadas se codificaron: modificación de forma farmacéutica (MFF), valorar suspender tratamiento (ST) y alternativa terapéutica (AT). Se comunicó al médico responsable los problemas encontrados y se evaluó el grado de aceptación.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, grado de deterioro cognitivo y funcional, % pacientes a los que se les manipula la medicación, número medicamentos prescritos, número y % medicamentos cuya manipulación no es adecuada (MMNA) y % pacientes con administración no adecuada (PANA).

**Resultados:** De los 295 residentes en los 3 CSS se les manipulaba la medicación a 84 (28.5%), 49 residentes Grupo 1 vs 35 Grupo 2. La mediana de edad fue 90 años (67-104) vs 87 años (71-99) y el 75% vs 86% eran mujeres en el Grupo 1 y 2 respectivamente. El 82% vs 77% presentaban deterioro funcional grave y el 76% vs 69 % deterioro cognitivo grave. La media de medicamentos por paciente: 7.47 vs 7.11 Grupo 1 vs 2. Los MMNA encontrados fueron 6 (1.6%) vs 19 (7%) y el % PANA fue 12.2% vs 42.8% ( $p=0.002$ ) en Grupo 1 y 2 respectivamente. Las intervenciones que se realizaron fueron: MFF= 4 (67%) y AT= 2 en el Grupo 1 y MFF= 15 (67%), ST= 1 y AT= 3 en el Grupo 2. El grado de aceptación fue del 100 % en ambos grupos.

**Conclusiones:** La prevalencia de manipulación de medicación en estos CSS es similar a lo descrito en la literatura (entorno al 30%). El número de MMNA y PANA fue mayor en el Grupo 2, encontrándose diferencias significativas. La integración del farmacéutico en el equipo del CSS, así como, el seguimiento farmacoterapéutico continuado permite mejorar el manejo, manipulación y adecuación de la administración de los medicamentos.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## RELACIÓN ENTRE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL Y LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

*Proy Vega B<sup>1</sup>, García Agudo R<sup>2</sup>, Conde García MC<sup>1</sup>, Notario Dongil C<sup>1</sup>, Gómez Lluch MT<sup>1</sup>, Sánchez Serrano JL<sup>1</sup>. <sup>1</sup> Servicio de Farmacia. <sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes nefrológicos, los factores de riesgo asociados a la ITU, y establecer la influencia de ésta en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC).

**Método:** Estudio prospectivo de dos años de duración, con los pacientes con ERC 4 y 5 (prediálisis) de nuestro área. Se recogieron los datos sociodemográficos, factores de riesgo asociados a la ITU, parámetros analíticos basales y al final del estudio, número de episodios y microorganismos causantes.

**Resultados:** Se incluyeron 124 pacientes, de  $76,5 \pm 11,4$  años. El 60,5% hombres. El 91,9% eran pacientes con ERC estadio 4, y el resto estadio 5. En cuanto a los antecedentes personales: diabetes mellitus en el 50,8% de los casos, poliquistosis renal 11,3%, inmunosupresión 7,3%, hospitalización reciente 40,7%, intervencionismo urológico 14,8%, incontinencia intestinal 4%, sonda vesical 9,7%, vejiga neurógena 1,6%, litiasis renal 12,2%, hipertrofia prostática benigna 62,7%, deterioro cognitivo 12,1%, institucionalización 6,6%, inmovilización 10,5%.

Los parámetros analíticos basales de la población de estudio fueron: hemoglobina  $12,3 \pm 1,6$  g/dl, creatinina  $2,7 \pm 0,7$  mg/dl, urea  $108,9 \pm 34,8$  mg/dl, filtrado glomerular estimado por MDRD-6  $22,5 \pm 4,9$  ml/min, albúmina  $3,9 \pm 0,4$  g/dl y PCR  $0,9 \pm 1,6$  mg/dl.

El 40,7% presentó al menos un episodio de ITU (18% sintomático, 56% más de un episodio). Se contabilizaron 108 episodios de ITU en 50 pacientes: 17,6% Gram-positivos (57,9% enterococos, 36,8% estreptococos y 5,3% estafilococos), 84,3% Gram-negativos (75,8% enterobacterias, 19,8% otros, 4,4% multiorganismo), 0% hongos. Resultaron factores asociados a la presencia de ITU: sexo femenino (54,2% vs 32%,  $p=0,015$ ), inmovilización (69,2% vs 37,3%,  $p=0,027$ ), sonda vesical (66,7% vs 37,8%,  $p=0,067$ ), uropatía obstructiva (75% vs 36,4%,  $p=0,013$ ). La elevación de la proteína C reactiva se correlacionó con la presencia de síndrome miccional (38,5% vs 7,1%,  $p=0,024$ ). Se encontró asociación entre la edad mayor o igual a 75 años con la presencia de ITU (47% vs 27,5%,  $p=0,039$ ), pero no con un mayor número de episodios. La ITU no se asoció con un mayor deterioro en la función renal.

**Conclusiones:** La prevalencia de ITU en la población en prediálisis es elevada, a expensas sobre todo de gérmenes Gram-negativos, aunque no condiciona una mayor progresión de la insuficiencia renal. La edad predispone a la ITU.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## COMUNICACIONES POSTER

## ANÁLISIS DE POLIMEDICACIÓN E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES VIH

López Sánchez P, García Díaz PA, Martínez Morago MR, Becerra Cañas AV, Sánchez Casanueva T, Márquez Nieves JJ.

*Servicio de Farmacia. G.A.I de Tomelloso. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso (Ciudad Real)*

**Objetivo:** Evaluar la polimedicación y la prevalencia de interacciones fármaco-fármaco en pacientes VIH, así como las recomendaciones al médico internista.

**Material y método:** Estudio observacional-prospectivo (Junio-Agosto 2016) en la Consulta de Pacientes Externos de un Hospital General. Se recogieron datos durante la entrevista con el paciente y de la historia clínica electrónica [datos demográficos (edad, sexo), carga viral (CV), recuento de CD4, adherencia (Método: registro de dispensaciones. Paciente adherente si es  $>$  o  $=$  95%), registro de fármacos ARV y fármacos no-antirretrovirales (nARV)]. Se considera paciente polimedicado cuando hay 5 o más medicamentos crónicos prescritos. Se utilizó la plataforma de interacciones de la Universidad de Liverpool (HIV Drug Interaccion Checker) para estudiar las interacciones fármaco-fármaco. A partir de lo cual, la farmacéutica de hospital proponía cambios en el tratamiento farmacológico al médico prescriptor. La aceptación o no de los cambios propuestos se registraban. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS® v.21.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes (23 -76,7%- hombres). Edad media  $47,3 \pm 14$  años. La CV mediana 134 copias/mL (0-626) [25 (83.3%) pacientes tenían CV indetectable] y la mediana de células CD4 fue de 354 células/uL (212-1738). Sobre la adherencia al tratamiento ARV, 25 (83.3%) pacientes lo fueron. Se observó una situación de polimedicación en 22 (73,3%) pacientes (media de fármacos crónicos prescritos  $6,9 \pm 1,8$ ), 15 de ellos (68,2%) con interacciones entre fármacos ARV y n-ARV. Se detectaron 34 interacciones (2,26 interacciones por paciente). Sólo 3 (8.8%) se consideraron contraindicadas: rilpivirina-omeprazol, cobicistat-simvastatina, darunavir-simvastatina. El resto fueron interacciones potenciales. La mayoría de las interacciones registradas (14 -41.2%-) fueron con fármacos del sistema nervioso (Código ATC: N), principalmente antidepresivos y psicofármacos, 7 (20.6%) y 6 (17.6%) respectivamente; seguido de fármacos del grupo A (código ATC), J y C (8 -23.5%-, 5 -14.7%- y 3 -8.8%-, respectivamente). Las recomendaciones se aceptaron en un 86%. El test Chi-cuadrado no encontró diferencias significativas entre la CV y las polimedicación ( $p=0,460$ ), ni entre CV y el número de interacciones fármaco-fármaco en cada paciente ( $p=0,142$ ).

**Conclusión:** Nuestros pacientes VIH son considerablemente jóvenes. A pesar de ello, la mayoría son pacientes polimedicados y tienen interacciones farmacológicas con fármacos neurológicos. Lo cual es coincidente con otros estudios similares. Las intervenciones del Farmacéutico de Hospital son de gran importancia, en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios, para reducir y manejar las interacciones y así mejorar los resultados en salud de estos pacientes.

**Conflictos de interés:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



## EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ALERGOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

*Martínez Camacho M, Sánchez Matas I, Rodríguez Jiménez E, García Sacristán AA, Gatica Ortega ME, Senent Sánchez C. Hospital Virgen del Valle, Toledo*

**Objetivo:** Evaluar la eficiencia del tratamiento con Omalizumab en pacientes diagnosticados de Urticaria Crónica Espontánea (UCE) y refractarios a antihistamínicos a dosis altas tras la implantación de una consulta conjunta de Alergología y Dermatología.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se evaluaron a todos los pacientes diagnosticados de UCE tras la implantación de una consulta multidisciplinar de Alergología y Dermatología. El circuito es el siguiente: cualquier paciente con sospecha de UCE por cualquier alergólogo o dermatólogo era derivado a la consulta conjunta para su diagnóstico y control de tratamiento. Los pacientes eran evaluados indistintamente por alguno de los facultativos, y se ponían en común los resultados, diagnóstico y tratamiento para establecer un consenso en el seguimiento del paciente. En este trabajo se revisan todas las historias clínicas de los pacientes tratados con Omalizumab para establecer su eficacia, tiempo de tratamiento, retirada, recaídas tras la retirada, tratamientos previos y posibles efectos secundarios.

**Resultados:** De 39 pacientes diagnosticados de UCE refractaria al tratamiento con antihistamínicos, 19 fueron candidatos a la terapia con Omalizumab: el 26,32% eran hombres y el 73,68% mujeres, con una edad media al inicio de la clínica 37,89 años (20-62). Los tratamientos previos a la terapia con Omalizumab fueron: Antihistamínicos H<sub>1</sub> en el 100% de los pacientes; Corticoides 89,47%; Montelukast 31,57%; y Ciclosporina, Metotrexato, Antihistamínico H<sub>2</sub>, y/o AINEs en el 21,05 % de los pacientes. Los niveles de IgE total no fueron relevantes ni influyeron en la actitud terapéutica. La duración media del tratamiento con Omalizumab fue de 14,6 meses (7-36). La dosis eficaz fue de 300 mg en todos los pacientes, excepto en 1 que fue de 150 mg. La respuesta al Omalizumab fue: remisión completa sin antihistamínicos en 7 pacientes (36,84%); remisión completa con antihistamínicos, 8 (42,11%) y parcial en 4 pacientes (21,05%). Tras valoración clínica se decidió retirar el tratamiento a 10 pacientes (52,63%), 8 (80%) mantienen buen control con antihistamínicos y en otros 2 (20%) se reintrodujo el tratamiento tras recaída, con buena respuesta. Ningún paciente del estudio tuvo reacciones adversas al Omalizumab.

**Conclusiones:** La consulta interdisciplinar permite consensuar criterios diagnóstico, tratamientos y seguimiento del paciente. La importancia del equipo está basada en las distintas aportaciones de los profesionales con el objetivo de la mejor atención al paciente, unificar conceptos y lograr una mayor eficiencia en los tratamientos. 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:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO FUERA DE FICHA TÉCNICA DE OMALIZUMAB EN LA INDUCCIÓN A LA TOLERANCIA ORAL EN ALERGIAS ALIMENTARIAS

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

**Objetivos:** Analizar la utilización, efectividad y seguridad de un protocolo de inducción a la tolerancia oral (ITO) con omalizumab en pacientes con alergias alimentarias.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo sobre los pacientes tratados en nuestro hospital con el anticuerpo anti-IgE omalizumab como uso fuera de ficha técnica en la desensibilización alimentaria. La pauta utilizada fue: una dosis mensual de omalizumab (ajustada a peso en función de la IgE total) dos meses previos al inicio de desensibilización y 4 meses tras iniciar la misma (6 dosis).

Con el programa de Gestión de Pacientes Ambulantes de Farmatools®, se recopilaron las dispensaciones realizadas y el coste generado.

Por medio de la historia clínica electrónica se recabaron variables demográficas (sexo, fecha de nacimiento, peso), clínicas (tipo de alergia, niveles de IgE, nivel de tolerancia alcanzada) y de seguridad (efectos adversos).

**Resultados:** Se incluyeron 2 niños varones (paciente A y B).

El paciente A tenía 6,2 años y un peso de 23 kg cuando se le comenzó a administrar el 21/07/2016 la primera dosis de 150 mg. El tipo de alergia para la que se procedió a la ITO fue a proteínas de la leche de vaca. Niveles iniciales de IgE total de 222 UI/ml y específicos a caseína >100 UI/ml. Solamente con el contacto con la leche presentaba urticaria. A los 89 días se inició la tolerancia (más tarde porque se encontraba tomando antihistamínicos) con 6 ml de leche que se fue aumentando semanalmente (ml): 6, 8, 10, 12, 20, 30, 40, 50, hasta 100. Las 6 dosis supusieron un coste de 1.918 euros. La única reacción adversa descrita fue la de reacción transitoria en el lugar de inyección

El paciente B tenía 7,2 años y un peso de 21 kg cuando se le comenzó a administrar el 19/07/2016 la primera dosis de 300 mg. El tipo de alergia para la que se procedió a la ITO fue a proteínas del huevo. Niveles iniciales de IgE total de 615 UI/ml y específicas (UI/ml) para: clara >100, yema >100; ovoalbúmina 43,2; ovomucoide 96,4. Presentaba también episodios de urticaria tras contacto con huevo o derivado (mayonesa). A los 62 días se inició la tolerancia con clara diluida. Semanalmente se iba aumentando el volumen (ml) ya de clara líquida: 6, 8, 12, 16, 24, 55 y hasta 66. Las 6 dosis supusieron un coste de 3.836 euros. La única reacción adversa descrita fue la de reacción transitoria en el lugar de inyección.

**Conclusiones:** En nuestros pacientes, que eran altamente alérgicos a proteínas de la leche y del huevo, el empleo de omalizumab ha demostrado ser efectivo para lograr una desensibilización que ha permitido una tolerancia de un volumen significativo del alérgeno vía oral. Esto ha mejorado significativamente su calidad de vida y prevendría reacciones alérgicas por motivos accidentales. El tratamiento fue bien tolerado, presentando únicamente reacciones en el lugar de inyección que remitieron favorablemente.

**Conflicto de intereses:** No existe.

[\(Enlace al póster\)](#)



## ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DECITABINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

**Sánchez Gundín J, Martínez Valdivieso L, Martín Niño I, Llorente Serrano M, Marcos Pérez G, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)**

**Objetivo:** Evaluar efectividad, seguridad y coste de decitabina en el tratamiento de pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA) *de novo* o secundaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo (Octubre 2015 - Enero 2017) de pacientes diagnosticados de LMA *de novo* o secundaria tratados con decitabina en un hospital de segundo nivel.

Con el programa de gestión farmacoterapéutica de pacientes onco-hematológicos (Farhos® v.5.0) se identificaron pacientes tratados con decitabina, revisándose las historias clínicas electrónicas (Mambrino XXI®).

VARIABLES RECOGIDAS: sexo, edad y diagnóstico.

Evaluación de:

- **Efectividad:** tiempo desde diagnóstico hasta inicio decitabina, pauta posológica, duración de tratamiento y supervivencia global (SG), que se comparó con el estudio DACO-016.
- **Seguridad:** frecuencia y gravedad de reacciones adversas según criterios CTCAEv4.03.
- **Coste:** coste medio/mes/paciente decitabina vs coste medio/mes/paciente hematológico ambulatorio.

**Resultados:** Se identificaron 6 pacientes (3 mujeres) tratados con decitabina y una mediana de edad de 79 años (rango: 65-86). Los diagnósticos fueron 4 LMA *de novo* y 2 LMA secundaria a síndrome mielodisplásico.

### Efectividad:

Decitabina se inició en el momento del diagnóstico en 4 pacientes y en los dos restantes, se inició pasados 1 y 10 meses. La pauta posológica fue en todos los casos acorde con ficha técnica (20 mg/m<sup>2</sup> días 1:5 de ciclo, ciclos cada 28 días) y la mediana de ciclos recibida se situó en 10 (rango: 1-18). Al cierre del estudio 3 pacientes continuaban tratamiento. En el resto se había suspendido por:

*Éxitus:* 1 paciente tras 1 ciclo de tratamiento.

Progresión: 2 pacientes tras 9 y 13 ciclos de tratamiento.

Respecto a la SG, al cierre del estudio vivían 5 pacientes, tras mediana de tiempo de 14 meses (rango: 1-24) desde el inicio del tratamiento.

### Seguridad:

Todos los pacientes presentaron toxicidad hematológica: neutropenia grado 4 (5 pacientes), anemia grado 2-3 (4 pacientes) y linfopenia grado 2-3 (4 pacientes). Todos presentaron trombocitopenia, que en 1 paciente requirió el uso de hidroxiurea seguido de interferon.

En cuanto a las reacciones adversas diferentes a las hematológicas, las más frecuentes fueron hipertransaminemia leve (3 pacientes) y astenia (2 pacientes). Otros efectos adversos fueron: vómitos, mucosidad nasal y diarrea.

### Coste:

Coste medio/mes/paciente decitabina: 5546 € vs coste medio/mes/paciente hematológico ambulatorio: 5434 €.

**Conclusiones:** Decitabina constituye una alternativa fármaco-terapéutica para el tratamiento de LMA *de novo* o secundaria. Los resultados de efectividad resultan semejantes o incluso superiores a los del ensayo DACO-016 (mediana SG 7.7 meses), aunque hay que considerar nuestra pequeño tamaño muestral y corto período de seguimiento. El perfil de seguridad se asemejó a ficha técnica. Por todo ello, y dado el alto coste de decitabina, convendría diseñar estudios con mayor muestra, que permitan seleccionar exhaustivamente el subgrupo de pacientes que obtendría mayor beneficio clínico, garantizando la mejor calidad de vida posible.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

**ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-PCSK9 EN UN ÁREA DE SALUD**

*Domínguez Herencias S, Iturgoyen Fuentes D, Piqueras Romero C, García Esteban B, Pérez Margallo ME, Berrocal Javato MA. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*

**Objetivos:** Los anticuerpos anti-PCSK9 han mostrado una reducción sustancial de los niveles de colesterol LDL (c-LDL) en diversas poblaciones. Los informes de posicionamiento terapéutico recomiendan considerarlos preferentemente en los siguientes casos:

1. Pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigota o heterocigota o pacientes con enfermedad cardiovascular establecida no controlados (c-LDL >100 mg/dl) con la dosis máxima tolerada de estatinas.
2. Pacientes del punto anterior que presenten intolerancia/contraindicación a estatinas.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de adecuación de las recomendaciones de uso de los anticuerpos anti-PCSK9.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 10 meses de duración (abril 2016 - enero 2017). Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con anti-PCSK9 durante el periodo de estudio.

El farmacéutico evaluó la adecuación de las recomendaciones de uso realizando una revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados con el programa informático Mambrino XXI®.

Las variables registradas fueron sexo, edad, datos clínicos, comorbilidades y tratamientos hipolipemiantes previos. Los datos clínicos incluyeron cifras de c-LDL, CPK y transaminasas (ALT/AST). Se registraron como comorbilidades indicadoras de enfermedad cardiovascular establecida la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la arteriopatía periférica. Se analizaron los tratamientos hipolipemiantes previos al tratamiento con anti-PCSK9 (posología, duración y motivo de interrupción de los mismos).

Se definió la intolerancia a estatinas como incapacidad para tolerar al menos 2 estatinas diferentes, asociada con efectos adversos intolerables o anomalías de laboratorio significativas. Estas anomalías se definieron como CPK > 5 veces los valores normales y ALT/AST > 3 veces los valores normales según evidencia científica.

**Resultados:** Se incluyeron 7 pacientes, 6 hombres (86%) y 1 mujer (14%). La mediana de edad fue de 61 años (rango 50-69). Todos los pacientes incluidos presentaban una media de c-LDL antes de iniciar tratamiento con anti-PCSK9 de 160 mg/dl (rango 113-221). 6 pacientes (86%) tenían prescrito evolocumab y 1 (14%) alirocumab, todos en monoterapia. Todos los pacientes cumplieron el criterio 1 (enfermedad cardiovascular establecida) y el criterio 2 (intolerancia/contraindicación a estatinas).

6 pacientes (86%) presentaron intolerancia al menos a 2 estatinas y 1 (14%) presentó una reacción alérgica a simvastatina. La intolerancia en 5 pacientes fue debida a mialgias intensas y en 1 a elevación de transaminasas. La CPK sólo se determinó en 4 pacientes, su media fue 124 U/l (rango 33-199) y en ningún paciente fue superior a 5 veces los valores normales. Las cifras de transaminasas sólo estuvieron alteradas en 1 paciente con unos valores de 61/51 U/l (< 3 veces los valores normales). La media de tratamientos hipolipemiantes previos fue de 4 (rango 3-7).

**Conclusiones:**

- Todos los pacientes recibieron anti-PCSK9 en monoterapia, cumpliendo las recomendaciones de uso.
- Uno de los puntos críticos del estudio fue la consideración de intolerancia a estatinas. En ningún paciente la cifra de CPK fue > 5 veces los valores normales ni la cifra de transaminasas > 3 veces los valores normales, no pudiendo ser demostrada con valores analíticos.
- Para optimizar el uso de estos tratamientos sería recomendable la creación de un equipo multidisciplinar para poder establecer criterios más concretos.

**Conflicto de intereses:** no existe.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DEL PERFIL DE LAS SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS DE APREMILAST NOTIFICADAS AL SISTEMA ESPAÑOL DE FARMACOVIGILANCIA

*Quirós Ambel H, Martínez Camacho M, Santos Azorín A, Rodríguez Jiménez E, Araujo Ordóñez MA, Moya Gómez P. Hospital Virgen del Valle. Toledo*

**Objetivos:** Evaluar el perfil de las sospechas de reacciones adversas (RAM) notificadas con Apremilast en Artritis Psoriásica (AP), Psoriasis (P) o en otras indicaciones no incluidas en la ficha técnica. Conocer qué porcentaje de RAM no aparecen descritas en Ficha Técnica (FT).

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todas las sospechas de RAM notificadas con Apremilast desde su aprobación por la EMA (Agencia Española del Medicamento) en Enero-2015 hasta Enero-2017. Para ello, utilizamos la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano FEDRA. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, indicación de Apremilast, tipo y gravedad de la RAM (mortal, ingreso hospitalario, incapacidad/discapacidad persistente o significativa y anomalías congénitas), interrupción/suspensión del tratamiento por la RAM y profesional notificante. Las RAM fueron comparadas con las descritas en la FT del medicamento.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 15 pacientes con 35 sospechas de RAM: 53,33% hombres, edad media 54,15 (40-73) años, en tratamiento con Apremilast a una dosis de 30 mg dos veces/día. Un 40% (N=6) de los pacientes estaba en tratamiento con Apremilast con indicación en psoriasis; 40% (N=6) en artritis psoriásica; 13,33%(N=2) con indicación desconocida y 6,66% (N=1) con indicación fuera de FT. Las RAM en nuestros pacientes y descritas en FT fueron el 48,57% (N=17): diarrea 23,53% (N=4); cefaleas, infecciones del tracto respiratorio y náuseas 17,64% (N=3) cada uno de ellos y astenia, vómitos y pérdida de peso 5,88% (N=1) cada uno. Todas ellas descritas como muy frecuentes o frecuentes, a excepción de pérdida de peso, definida como poco frecuente. El 88,23% (N=15) fueron catalogadas por el notificante como reacciones graves. El 51,43% (N=18) de las RAM notificadas no estaban descritas en FT: con 2 casos (11,11%) cada uno de: depresión, mareos y taquicardia; y con 1 caso (5,88%) se notificaron: alteración de la memoria, alteración del humor, ansiedad, dermatitis exfoliativa, hepatitis por citomegalovirus, linfadenopatía, malestar general, nerviosismo, sinusitis y trastornos de la despersonalización. El 94,44% (N=17) fueron catalogadas por el notificante como reacciones graves. Ninguna RAM fue mortal, no requirió ingreso hospitalario, no produjo incapacidad/discapacidad persistente o significativa, ni se ocasionó anomalías congénitas, sin embargo, en el 40%(N=6) de los pacientes se interrumpió/suspendió el tratamiento en una media de 64,66 (1-212) días desde que se inició el fármaco. El paciente que interrumpió el tratamiento en un día sufrió mareos, diarrea y cefalea graves. Por otro lado, el 37,14%(N=13) de las sospechas de RAM fueron notificadas por un médico, el 48,57%(N=17) por un farmacéutico y el 14,28%(N=5) de origen desconocido.

**Conclusiones:** Aun con las limitaciones de la notificación espontánea, los datos encontrados sugieren que existe un número considerable de sospechas de reacciones adversas notificadas como graves con Apremilast. De todas las reacciones adversas notificadas, aproximadamente la mitad no se encuentran recogidas en la ficha técnica. Sería importante y aconsejable potenciar la participación de los facultativos en el sistema de Notificación de RAM y promover un seguimiento más individualizado de los pacientes en tratamiento con Apremilast.

**Conflicto de intereses:** No existen.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y DESESCALAMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

*Marco del Río J, Romero Candel G, Díaz Rangel M, Sánchez Rubio F, Pérez Alpuente I, Domingo Chiva E.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

**Objetivos:** las resistencias antimicrobianas son una amenaza creciente para la salud pública mundial, y uno de los factores que favorece su aumento es el uso excesivo de antibióticos de amplio espectro, como piperacilina/tazobactam (PT), sin desescalar el tratamiento antibiótico cuando existe tal posibilidad. PT se usa a menudo de forma empírica en el servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) de nuestro centro para tratar Infecciones Intraabdominales (IIA), por lo que nos proponemos evaluar su utilización y el desescalamiento del mismo que se realiza en este servicio.

**Métodos:** estudio observacional retrospectivo de un mes de duración (Septiembre 2016). Se incluyen todos los pacientes ingresados a cargo de CGD en tratamiento con PT. Para la obtención de datos, se revisó la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Variables recogidas: edad, sexo, duración del tratamiento (DT), tipo de IIA (categorizado en: apendicitis, colecistitis/colangitis, pancreatitis, diverticulitis, peritonitis, herida quirúrgica, sepsis y “otros”), obtención de muestras para cultivo microbiológico, microorganismo aislado, disponibilidad de antibiograma, posibilidad de desescalamiento y, si éste se produce, el nuevo antibiótico prescrito. El análisis estadístico se realizó con Stata13®.

**Resultados:** n=51. La edad media de los pacientes fue de 61,9 años (SD=18,4) con un 61,0% de hombres. La duración media del tratamiento con PT fue de 7,7 días (SD=5,8) y las infecciones más frecuentes fueron aquellas de origen biliar (colecistitis/colangitis), representando un 41,2% de las IIA. Se recogieron muestras para cultivo microbiológico en 34 pacientes (66,7% del total), resultando una mayoría de infecciones polimicrobianas con predominio de enterobacterias. Se disponía de antibiograma en 21 casos y habría sido posible el desescalamiento en 18 de ellos, aunque sólo se llevó a cabo en 5 casos (27,7%). La mayor parte de las veces el nuevo antibiótico prescrito fue una fluorquinolona.

**Conclusiones:** el primer paso para que el uso racional de antibióticos sea posible es la obtención de muestras para cultivo microbiológico previamente al inicio del tratamiento antibiótico, para luego desescalar el mismo una vez obtenidos los resultados. En nuestro estudio este porcentaje es manifiestamente mejorable (66,7%), ya que hace que, de inicio, se pierda la oportunidad de desescalar en un tercio de los pacientes. Además, de los pacientes en los cuales el desescalamiento era posible, solo se llevó a cabo en el 27,7% de los mismos (5/18), por lo que parece obvio que desde el servicio de farmacia se deben monitorizar estrechamente los tratamientos con PT en CGD para promover un mejor uso de este antibiótico y recomendar al facultativo responsable del paciente el desescalamiento del mismo cuando se considere oportuno. Una iniciativa más ambiciosa y con más alcance sería la creación en nuestro hospital de un Programa de Uso Racional de Antimicrobianos (PROA), para, comenzando por pequeñas intervenciones como la que se propone, fomentar el uso racional de antimicrobianos a mayor escala.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANZADO

Llorente Serrano M<sup>1</sup>, Sánchez Gundín J<sup>1</sup>, Martínez Valdivieso L<sup>1</sup>, Martín Niño I<sup>1</sup>, Soriano Rodríguez MC<sup>2</sup>, Barreda Hernández D<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia, <sup>2</sup>Servicio de Oncología. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada. Cuenca.

**Objetivo:** Evaluar efectividad, seguridad y coste de ramucirumab en pacientes con adenocarcinoma gástrico avanzado (AGA).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo (desde autorización de ramucirumab hasta 20/02/2017) de pacientes con AGA tratados con ramucirumab en un hospital general.

Se identificaron los pacientes tratados con ramucirumab con el programa de gestión farmacoterapéutica (Farhos<sup>®</sup> v.5.0), revisándose las historias clínicas electrónicas (MambrinoXXI<sup>®</sup>).

Variables recogidas: edad, sexo, estadio al diagnóstico e inicio de ramucirumab, número y localización de metástasis al diagnóstico e inicio de ramucirumab, tratamientos previos de enfermedad metastásica (TPEM), pauta posológica, esquema quimioterápico y número de administraciones de ramucirumab.

Para evaluar:

**Efectividad:** se midió supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) según criterios RECIST, comparándolo con los estudios RAINBOW y REGARD.

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

**Coste:**

a) coste medio (CM)/paciente en tratamiento con ramucirumab;

b) CM/mes de tratamiento con ramucirumab vs. c) CM/mes paciente de hospital de día oncohematológico.

**Resultados:** Se identificaron 8 pacientes (75% varones), mediana de edad: 57 años (rango: 32-68).

Todos presentaban estadio IV al inicio de ramucirumab (50%: estadio IV al diagnóstico).

Mediana de metástasis al:

- diagnóstico: 1 (rango: 0-3), siendo exclusivamente hepática en 1 paciente.

- inicio de ramucirumab: 2 (rango: 1-4), principalmente peritoneales, pulmonares, óseas y hepáticas.

Principales TPEM utilizados:

- Cisplatino/5-Fluorouracilo (3 pacientes).

- Docetaxel/cisplatino (2 pacientes).

- Epirubicina/oxaliplatino/capecitabina (2 pacientes).

Ramucirumab se inició en todos los pacientes en segunda línea de tratamiento; mediana de tiempo (desde diagnóstico de enfermedad metastásica hasta ramucirumab): 4 meses (rango: 2-24).

Todos iniciaron pauta posológica según ficha técnica, precisando reducción de dosis 1 paciente por neutropenia afebril.

Mediana de administraciones: 5 (rango:2-8). Mediana de dosis/administración: 525,1 mg (rango: 328-656). En cuanto al esquema quimioterápico, 6 pacientes recibieron ramucirumab junto con paclitaxel y 2, en monoterapia.

Al cierre del estudio, 1 paciente continuaba tratamiento tras 5 administraciones. En el resto, se suspendió por:

- *éxitus*: 2 pacientes, mientras estaban en tratamiento con ramucirumab, tras mediana de 2 administraciones;

- progresión: 5 pacientes, tras una mediana de 5 administraciones (rango:2-8). Mediana SLP: 2 meses (rango: 1-3). De estos 5 pacientes, 3 recibieron tratamientos posteriores con irinotecan y/o 5-Fluorouracilo/irinotecan.

Respecto a SG, al cierre del estudio vivían 2 pacientes tras 3 meses desde inicio de ramucirumab. El resto, *éxitus*, cuya SG fue de 5 meses (rango:1-9).

RA más frecuentes: astenia (3 pacientes), disnea (3), neurotoxicidad en manos y pies (2), neutropenia afebril grado III (2), anorexia/hiporexia (2) y afonía (2). Sólo se registró la gravedad para neutropenia afebril. En ningún paciente se suspendió ramucirumab por RA.

Coste: a) 13.275,6€, b) 7.965,36€ vs. c) 6.555€.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, de pequeño tamaño muestral y corto período de seguimiento, los resultados de efectividad fueron inferiores a los de los ensayos RAINBOW y REGARD. El perfil de seguridad se asemejó al descrito en ficha técnica y estudios pivotaes. Por ello, y teniendo en cuenta el alto coste del fármaco, convendría diseñar estudios de mayor tamaño muestral y seleccionar el subgrupo de pacientes que obtendría mayor beneficio clínico sin repercusión en calidad de vida.

**Conflicto de intereses:** No

[\(Enlace al póster\)](#)

## ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DIRECTA PARA LAS ÁREAS DE PACIENTES CRÍTICOS Y URGENCIAS

*Romero Candel G, Domingo Chiva E, Martínez Monteagudo N, Díaz Rancel M, Marco del Río J, Pérez Alpuente I.*

*Hospital Universitario de Albacete*

**Objetivos:** Elaborar una guía actualizada de administración de fármacos mediante vía intravenosa directa incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, destinada al personal de enfermería de las áreas de pacientes críticos y urgencias, con el objetivo de disminuir la carga asistencial y fomentar la seguridad del paciente.

**Material y métodos:** Se diseñó una base de datos con todos aquellos medicamentos intravenosos incluidos en la GFT de nuestro hospital, se recogieron los siguientes datos: principio activo (PA), marca comercial, formas farmacéuticas disponibles y las recomendaciones/observaciones para su administración mediante vía intravenosa directa.

Para cada principio activo se realizó una búsqueda bibliográfica de información basada en otras guías publicadas por otros hospitales, fichas técnicas de medicamentos/prospectos, base de datos de medicamentos [BOT plusR, Micromedex] y consultas a departamentos técnicos de laboratorios farmacéuticos.

En caso de disparidad de la información se seleccionó la guía de mayor peso científico y/o más reciente. En caso de no encontrarse información o aparecer de manera ambigua, se solicitó directamente al laboratorio comercializador.

Se descartó el grupo L de fármacos según la clasificación ATC (Antineoplásicos) por no ser utilizados en las áreas a las que iba destinada la guía.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 337 (total de fármacos en la guía de administración parenteral-todos), de los cuales se descartaron 65 (antineoplásicos) por pertenecer al grupo L de la clasificación ATC y considerarse sin utilidad para las unidades a las que iba destinada la guía.

De los fármacos restantes, 132 (49%) son susceptibles de administración mediante guía intravenosa directa. De estos, el 19% pertenece al grupo N (Sistema Nervioso), el 18% al grupo S (Sangre y órganos hematopoyéticos), el 14% al grupo J y C (Antiinfecciosos y Cardiovascular respectivamente) y menos del 10% pertenecían al resto de grupos.

En cuanto a las instrucciones para su administración, encontramos que el 50% de los fármacos se pueden administrar de forma directa, el 20% se deben reconstituir con una pequeña cantidad de agua para inyectables o ClNa 0,9% antes de su administración, el 15% diluirse en un pequeño volumen de diluyente antes de su administración y un 15% necesita algún tipo de disolvente especial para su reconstitución que se adjunta con la presentación.

En cuanto a las observaciones, pudimos comprobar que el 17% de los fármacos requieren algún tipo de información adicional.

Respecto al tiempo recomendado para su administración, podemos comprobar que el mayoritario corresponde a administraciones entre <1 minuto y 3 minutos, en un 43% de los fármacos.

**Conclusiones:** La guía elaborada ofrece unas recomendaciones contrastadas y unificadas para la administración de medicación mediante vía intravenosa directa que contribuirán a disminuir los errores de manipulación y administración de la medicación, potenciando así la calidad en la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente. Su elaboración ha permitido estandarizar la administración de medicamentos mediante esta vía, informar y concienciar al personal implicado en este proceso de su importancia, y participar de forma activa el Servicio de Farmacia en el proceso de administración de medicamentos.

**Conflicto de intereses:**

[\(Enlace al póster\)](#)



## ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL NILOTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

*García Sacristán AA, Rubio Salvador AR, Martínez-Sesmero JM, Quirós Ambel H, Manzano Lista FJ, Domínguez Barahona A.*  
*Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

**Objetivo:** Analizar la efectividad y seguridad del Nilotinib en pacientes con Leucemia mieloide crónica (LMC).

**Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, y descriptivo de pacientes con LMC que inician tratamiento con Nilotinib y que se dispensa en las consultas externas realizando la correspondiente atención farmacéutica en un hospital de tercer nivel desde Marzo del 2011 hasta Marzo de 2017.

Las variables demográficas (edad, sexo), variables de seguridad (alteraciones hematológicas, gastrointestinales, del SNC, dermatológicas, musculares, bioquímicas, cardíacas y astenia) y las variables de efectividad:

- 1.1 CMR-Respuesta molecular completa o enfermedad indetectable a nivel molecular: niveles de BCR-ABL indetectables.
- 1.2 RM4.5-Respuesta molecular profunda 4.5: niveles de BCR-ABL  $\leq 0.01\%$ .
- 1.3 RM4.0-Respuesta molecular profunda 4.0: niveles de BCR-ABL  $\leq 0.0032\%$ .
- 1.4 RMM-Respuesta molecular mayor: niveles de BCR-ABL  $\leq 0.1\%$ .
- 2.1 RCyC-Respuesta citogenética completa: ausencia de células con cromosoma Filadelfia a nivel de la médula ósea.
- 3.1 RHC-Respuesta hematológica completa: ausencia de células inmaduras en sangre y hemograma con valores normales.

Se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica por medio de la plataforma Mambrino XXI<sup>®</sup>.

Las variables farmacoterapéuticas (líneas de tratamiento previas, duración media del tratamiento y motivo de suspensión en caso de que haya existido) se obtuvieron del módulo de pacientes externos de Farmatools<sup>®</sup> v2.5.

Los datos fueron recogidos en tabla Excel 2010<sup>®</sup> y el tratamiento estadístico descriptivo se realizó con SPSSv21<sup>®</sup>.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 16 pacientes (68,8% hombres) con edad media 56,25 + 12,65 años (31-92).

El 31,3% de los pacientes utilizó Nilotinib como tratamiento de primera línea, 18,8% de los pacientes como segunda línea de tratamiento, y el 50,0% como tercera línea. La duración media de tratamiento fue de 45,12 meses (27-68).

En cuanto a la efectividad, todos los pacientes consiguieron, a los dos años de tratamiento, RHC y RCyC pero no todos consiguieron la RM: el 25,0% consiguió CMR, 12,5% RM4.5, 12,5% RM4.0, 31,3% RMM y 18,8% consiguen RCyC pero sin alcanzar RM de ningún tipo (niveles de BCR-ABL  $> 0.1\%$ ).

Al final del estudio, 5 pacientes (31,3%) suspendieron el tratamiento: 1 por recaída medular, 1 por fallecimiento no atribuible al tratamiento, y 3 por toxicidad a nivel cardiovascular.

En cuanto a la seguridad: 31,3% presentó alteraciones hematológicas, 56,3% presentó alteraciones gastrointestinales, 18,8% a nivel del SNC y también astenia. El 75,0% presentó alteraciones dermatológicas, el 25,0% musculares, 31,3% presentó hepatotoxicidad y el 25,0% alteraciones cardiovasculares.

**Conclusiones:** Aproximadamente el 70% de nuestros pacientes lo empleó como segunda y tercera línea de tratamiento tal y como viene recomendado en las guías de LMC. Cabe destacar que a los dos años, todos los pacientes habían conseguido RHC y RCyC y solo 3 pacientes no alcanzaron la RM, refractando los datos obtenidos de los ensayos clínicos en los datos de vida real.

En cuanto a los efectos adversos, los más frecuentes fueron los dermatológicos, sin embargo los más graves fueron los cardiovasculares, causando incluso la suspensión. Aquí el fármaco ha tenido un papel relevante al detectar estas a tiempo mediante el proceso de atención farmacéutica, considerándose una estrategia óptima para controlar y manejar las reacciones adversas.

**Conflicto de intereses:** no existe ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

*Sánchez Cuenca MJ, Rodríguez Martín B, Cano Cuenca N.  
Hospital de Hellín, Albacete*

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es analizar la prescripción médica en receta realizada a todos los pacientes que han acudido a la Consulta de Cuidados Paliativos del Hospital en el periodo de estudio.

**Material y métodos:** se analizaron las prescripciones realizadas a todos los pacientes a través del Programa corporativo del Sistema de Salud de Castilla la Mancha denominado Turriano, englobando las prescripciones farmacológicas así como las de otros productos sanitarios que son prescritos en receta.

**Resultados:** el número de pacientes que acudieron a la consulta durante el año de estudio fue de 59. La edad media de los pacientes fue de 72,6 años, si bien la distribución por tramos encontrada es la siguiente: menores de 50 años (5,2%), entre 50 y 60 años (20,3%), entre 60 y 70 años (11,8%) y mayores de 70 años (62,7%). En cuanto al motivo de derivación a dicha consulta, el 91,5% de los pacientes tenían diagnosticada alguna neoplasia maligna y el 8,5% restante se debió a otras causas.

El análisis de la prescripción en receta se centró en los pacientes oncológicos, obteniendo los siguientes resultados:

### Prescripción farmacológica:

**Analgesia:** el 24% de los pacientes sólo utilizó analgesia no opioide, mientras que el resto (76%) recibió analgesia no opioide combinada con opioide. En cuanto a los analgésicos opioides, el 48% de los pacientes utilizaron fentanilo transdérmico, y cerca de un 35% necesitaron en algún momento de su enfermedad el uso de fentanilo oral o nasal de rescate. Dentro de este subgrupo de especialidades farmacéuticas, la distribución por pacientes resultó de la siguiente manera: comprimidos bucodispersables (10,5%), comprimidos bucales (21,1%), comprimidos sublinguales (57,9%) y productos de uso nasal (10,5%).

Otro fármaco de uso frecuente es la morfina oral, bien en forma de comprimidos o bien en forma de solución oral: 29,6% de los pacientes.

**Corticoterapia:** 42,6% de los pacientes recibieron dosis oral de corticoides, fundamentalmente dexametasona comprimidos de 4mg.

### Dietoterapia:

Además de la terapia farmacológica cabe destacar la prescripción de Nutrición enteral, que fué necesaria en el 27,7% de los pacientes, en forma de suplementos o bien como nutrición enteral total.

### Productos sanitarios:

El 38,8% de los pacientes necesitaron la prescripción de absorbentes de incontinencia.

**Conclusiones:** los pacientes que acuden a este tipo de consultas son en su mayoría pacientes oncológicos terminales, de ahí que sus necesidades terapéuticas van encaminadas a mejorar su calidad de vida y fundamentalmente a paliar el dolor. En este sentido se prescriben una gran cantidad de analgésicos tanto opioides como no opioides, en su mayoría por vía oral y/o transdérmica. También se combinan con corticoides orales que ayudan al tratamiento del dolor, la inflamación y mejoran el apetito. Además cabe destacar el uso de dietoterápicos puesto que estos pacientes suelen disminuir de forma drástica la ingesta de alimentos. Finalmente, cabe destacar el uso de absorbentes de incontinencia debido al deterioro físico que presentan, a la inmovilización permanente o bien como consecuencia de la localización del tumor relacionada con las vías urinarias y digestivas.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



## ERRORES DE MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿CÓMO INFLUYE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO?

*Domingo Chiva E<sup>1</sup>, Díaz Rangel M<sup>1</sup>, Cuesta Montero P<sup>2</sup>, Monsalve Naharro JA<sup>2</sup>, García Martínez EM<sup>1</sup>, Valladolid Walsh A<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> *Servicio de Farmacia Hospitalaria. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

<sup>2</sup> *Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

**Objetivo:** Cuantificar, caracterizar y comparar los errores de medicación (EM) que se producen tras año y medio de la integración de un fármaco clínico en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Anestesia con el fin de conocer si se mantienen los resultados obtenidos antes de la integración definitiva del fármaco en la unidad.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado durante el periodo del 14 al 29 de Noviembre 2016 en el que se detectaron, cuantificaron y calificaron los errores EM en la unidad por el método de observación directa.

La observación fue realizada por un farmacéutico del Servicio de Farmacia (SF) ajeno a la UCI, coincidiendo con la rotación del residente de 4º año de Farmacia Hospitalaria (FH) en la unidad, para evitar posibles sesgos asociados a que la observación fuera realizada por el mismo farmacéutico.

Para la comparación de resultados, se obtuvieron los datos de la memoria del SF de los años 2014 y 2015, donde se realizaron estudios de similares características y objetivos enmarcados dentro del proyecto de investigación de la Fundación Castellano-Manchega de FH y el SF de nuestro centro titulado "Influencia de la integración de un fármaco sobre los EM en pacientes críticos".

**Resultados:** Se realizaron un total de 316 observaciones. Un 6,9% de ellas (22) tuvieron algún tipo de EM. Clasificados según el tipo de error: 2 errores en la prescripción (9,1%), 2 omisiones (9,1%), 9 errores relacionados con la técnica de administración (velocidad equivocada) (41%), 7 preparaciones erróneas (31,8%), 1 dosis prescrita incorrecta por defecto (4,5%) y 1 por exceso (4,5%). Clasificados en función de la gravedad según las categorías establecidas por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) se encontró que el 18,2% fueron de Categoría A, el 40,9% de Categoría B y el 40,9% de Categoría C.

Comparando los resultados con los años anteriores (Año 2014 (anterior a la integración): 36,27% EM, mayoría de Categoría C (61,63%) y año 2015 (fin de proyecto de investigación y pre-integración definitiva): 5,9% EM, mayoría de Categoría C (68,4%)) se pudo comprobar que la mayoría de los EM detectados en 2016 fueron circunstancias potenciales de error o errores que no alcanzaron al paciente, y, por tanto, se había conseguido disminuir la gravedad de los mismos; sin embargo, se había aumentado ligeramente la cantidad de ellos respecto al índice conseguido en 2015.

**Conclusiones:** La integración del fármaco en la UCI es una de las mejoras que ha adoptado nuestro centro para intentar disminuir los EM y así mejorar la calidad asistencial en el paciente crítico. Compararnos con nuestros propios resultados a lo largo del tiempo es una de las medidas que hemos encontrado útiles para poder visualizar nuestra evolución e identificar áreas de mejora.

La integración definitiva del fármaco en la UCI ha permitido mantener los bajos índices de EM que se habían conseguido, permitiendo continuar por debajo de la media nacional notificada (que oscila alrededor del 8,6-14,8%) a la vez que disminuir la gravedad de los que se continúan produciendo.

**Conflicto de intereses:**

[\(Enlace al póster\)](#)

## MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN GUÍA: ¿SUPONEN UN PROBLEMA REAL ASOCIADO A LA MEDICACIÓN?

*Quirós Ambel H, Blázquez Romero C, Manzano Lista FJ, García Sacristán AA, Domínguez Barahona A, Moya Gómez P. Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

**Objetivos:** Conocer el perfil de utilización de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (MNIGFT) del hospital, evaluar la utilidad terapéutica (UT) de estos MNIGFT según la bibliografía existente y detectar duplicidades y/o interacciones medicamentosas con la medicación concomitante (MC).

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes con prescripción de MNIGFT en un hospital de tercer nivel. Variables recogidas: Número de Historia Clínica, MNIGFT prescrito, Grupo ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification), UT: alta (UTA), baja (UTB) o desconocida; intervención realizada (adquisición y dispensación desde el servicio de farmacia (SF), intercambio según protocolo de equivalentes terapéuticos (PET), suspender durante el ingreso hospitalario), MC, duplicidades y/o interacciones medicamentosas. Para la inclusión de pacientes y su medicación se utilizó Farmatools®. Los MNIGFT se estratificaron en tres grupos: El paciente aporta la medicación, no la aporta, desconocemos si la aporta. Para la evaluación de la UT se utilizó el documento "UT de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud", del Instituto Nacional de Salud (INS). Las interacciones y duplicidades medicamentosas se evaluaron mediante Lexicomp®.

**Resultados:** Se revisaron 80 pacientes con prescripción de 115 MNIGFT. En el 67,82%(N=78) el fármaco es aportado, 14,78%(N=17) no son aportados y en 17,39% (N=20) no fue posible saber si el paciente lo aportaba, a pesar del contacto telefónico con enfermería. Según la clasificación ATC, los grupos mayoritariamente afectados fueron: grupo N: Sistema nervioso (39,13%), grupo C: aparato cardiovascular (17,36%), grupo G: terapia genitourinaria (12,17%) y grupo A: aparato digestivo y metabolismo (9,56%). Dentro del grupo de MNIGFT no aportados, un 82,35% (N=14) son de UTA y un 17,64%(N=3) de UTB. De los medicamentos de UTA, 12 (85,71% (N=12) son adquiridos y dispensados desde el SF y 2 (14,28%) son intercambiados según el PET. Los 3 medicamentos de UTB, se decidió junto con el clínico suspender durante ingreso hospitalario.

En el grupo de MNIGFT que no sabemos si son aportados, un 50%(N=10) son de UTA. El resto, no están evaluados según el listado del INS.

Al analizar la MNIGFT junto con la MC del paciente encontramos: 116 interacciones clasificadas como categoría C (control del tratamiento), 36 categoría D (modificación del tratamiento) y 6 de categoría X (Evitar combinación). Además detectamos 2 duplicidades medicamentosas.

**Conclusiones:** En el hospital existe diariamente un número elevado de prescripciones de MNIGFT, la mayoría de ellos relacionados con el SNC y aproximadamente un 50% de UTA, no recomendado en principio, su interrupción durante ingreso hospitalario debido a los efectos derivados de ello.

Creemos que hay un problema real asociado a esta medicación, ya que el número de MNIGFT que desconocemos si son aportados, no es despreciable; Recomendamos una mayor implicación por parte de médicos, enfermeros/as y farmacéuticos mediante la elaboración de un protocolo multidisciplinar para el manejo de esta medicación, así como potenciar los intercambios mediante la actualización del PET.

Además es necesario un control más riguroso de los MNIGFT para tratar de conseguir una reducción de las duplicidades e interacciones, fundamentalmente de la categoría D y X.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

**PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE ALTEPLASA COMO FIBRINOLÍTICO VÍA INTRAPLEURAL**

*Heredia Benito M, Gómez Lluch MT, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Proy Vega B, Andrés Navarro N.  
Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

**Objetivos:** Los agentes fibrinolíticos intrapleurales equilibran la homeostasis fibrinolítica y producen una desbridación enzimática de los tabiques de fibrina, ayudando así, a evitar procedimientos más agresivos. La alteplasa es un antifibrinolítico indicado en ficha técnica como tratamiento trombolítico del infarto agudo de miocardio, embolia pulmonar masiva aguda con inestabilidad hemodinámica y del ictus isquémico agudo. Se propone un protocolo de uso de alteplasa como fibrinolítico intrapleural fuera de ficha técnica.

**Métodos:** Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, protocolos y recomendaciones de otros hospitales y sociedades científicas, ficha técnica del medicamento así como fuentes bibliográficas sobre estabilidad y compatibilidad del fármaco.

**Resultados:** El número de estudios en hemotórax es limitado En drenaje de derrames paraneumónicos y empiemas los resultados son controvertidos. En una revisión Cochrane de 2008 no considera beneficioso el empleo de estos agentes en reducción de mortalidad pero si una reducción en cirugías. La British Thoracic Society y la American Association of Chest Physicians no recomiendan su uso de forma rutinaria reservándolo para fluidos pleurales complicados seleccionados y empiemas tempranos. No hay suficiente evidencia científica para recomendar un agente o una pauta sobre las demás. Las dosis empleadas de alteplasa han sido variables, entre 10-100 mg diarios. Parece que la dosis de 10 mg diluido en 50 mL de suero salino (SF) con estabilidad de 24 horas en nevera, podría ser adecuada. Se ha planteado su combinación con ADNasa pero se requieren más estudios. Se han documentado casos de su uso en niños con resolución exitosa. Hay diferentes protocolos de dosis: 0,1 mg/kg (máximo 6 mg), en 1 mL/kg de SF (máximo 50 mL) en niños con peso superior a 10 kg y en 10 mL con peso inferior a 10 kg durante 3 días. 0,1 mg/kg (máximo 3 mg) en 10-30 mL SF, 3 veces al día durante 3-4 días. 2-5 mg en SF cada 12-24 horas. Respecto a la seguridad, se han descrito efectos adversos leves tras la administración intrapleural de fibrinolíticos. El sangrado en administración intrapleural parece ser infrecuente. Es difícil establecer las contraindicaciones puesto que las reflejadas en ficha técnica se refieren a su administración intravenosa Algunos autores aconsejan evitar su uso en pacientes con sospecha de hipersensibilidad a la alteplasa, fistula broncopleural, fibrotorax, empiema de gran cuantía con pulmón atrapado, presencia de múltiples lóbulos separados, postneumonectomía o hemorragia intrapleural reciente.

**Conclusiones:** Establecer un protocolo de uso de alteplasa es útil puesto que en situaciones de desabastecimiento de otros fibrinolíticos podría ser un alternativa eficaz y segura. El protocolo permite garantizar el uso del medicamento para indicaciones fuera de ficha técnica. Podría ayudar al prescriptor en la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia disponible. Por tanto podría ser un protocolo con aplicabilidad clínica en este y otros centros hospitalarios.

**Conflicto de interés:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIMICROBIANOS PRESCRITOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: CORTE TRANSVERSAL

*Conde García MC, Carranza González R, Patiño Ortega HD, Valenzuela Gámez JC, Sánchez Serrano JL,  
Araque Arroyo P.  
HG Mancha Centro. Ciudad Real.*

**Introducción y Objetivo:** Uno de los objetivos de los programas de optimización del uso de antibióticos (PROAs) es la realización de evaluaciones de calidad de prescripción de antimicrobianos mediante la realización de estudios transversales. El objetivo de este estudio es realizar un corte transversal en nuestro centro y analizar el uso de antimicrobianos en el mismo.

**Método:** El estudio transversal se realizó el 01/02/2017. Se revisaron todas las camas del hospital excepto la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos. Los pasos a seguir fueron:

1º Localización mediante el programa Farmatools® de todos los pacientes en tratamiento antimicrobiano (grupo J01 - grupo J02AX).

2º Revisión de la prescripción de cada paciente por 2 miembros del PROA. Los pacientes de la planta de pediatría y de la UCI pediátrica fueron revisados por el pediatra del PROA.

3º Cumplimentación de las fichas de asesoría para tratamiento empírico o dirigido, según procediese en cada caso.

4º Análisis de los resultados, categorizando las causas de uso inapropiado de antimicrobianos en alguno de los siguientes apartados: No toma de muestras para el diagnóstico microbiológico, elección inapropiada de antimicrobiano, dosis incorrecta, vía de administración inapropiada, duración incorrecta, retraso en el inicio de tratamiento, tratamiento empírico no ajustado protocolo, no optimización del tratamiento empírico con los datos microbiológicos y prescripción de antibióticos sin evidencia de infección.

Como referencia de calidad de prescripción se emplearon los protocolos propios del Hospital aprobados por la Comisión de Infecciones, y cuando no existía protocolo específico, se tomaron como referencia los protocolos de la Sociedad Española de Infecciones y Microbiología Clínica.

**Resultados:** De las 306 camas funcionantes el día del estudio, 140 pacientes recibían tratamiento antimicrobiano. La edad media fue de 77,8 años y los servicios implicados mayoritariamente fueron Medicina interna (66%) y Neumología (10%).

Las principales infecciones detectadas fueron las respiratorias, tanto neumonías como sobreinfecciones respiratorias (56,5%) y las infecciones urinarias (13,5%), siendo los antimicrobianos más empleados amoxicilina-clavulánico (22%), ceftriaxona (22%) y levofloxacino (21%).

El 20,7% de los tratamientos fueron dirigidos y el 79,3% empíricos. La revisión de los tratamientos empíricos mostró que la indicación y precocidad terapéutica fueron adecuadas, aunque el 6% de los pacientes no precisaban tratamiento antibiótico. La toma de muestras se realizó correctamente en el 34% de los casos, y tanto la dosis como la vía de administración fueron correctas en el 84%.

En los tratamientos dirigidos, para el 66,6% de los pacientes se eligió el antimicrobiano correcto, y la dosis y vía de administración fue la correcta en el 80% de los casos.

**Conclusiones:** Hemos detectado que es necesario mejorar aspectos como la toma adecuada de muestras para poder dirigir más los tratamientos y reforzar la necesidad de realizar ajustes de dosis en caso de insuficiencia renal y de realizar terapia secuencial siempre que sea posible. Desde el PROA hemos decidido difundir de nuevo los protocolos aprobados por la Comisión de Infecciones para intentar mejorar el porcentaje de tratamientos dirigidos correctos y realizar semestralmente estos estudios transversales para seguir evaluando la prescripción de antimicrobianos en nuestro Hospital.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN ANCIANOS

*Heredia Benito M, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Gómez Lluch MT, Proy Vega B, Notario Dongil C, Prado Mel E.*

*Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real*

**Objetivos:** Los fármacos anticolinérgicos (FA) actúan bloqueando los receptores de acetilcolina. Se estima una prevalencia de uso elevada en pacientes ancianos. No todos actúan sobre el receptor en el mismo grado, incluso dentro de la misma clase puede haber diferencias de potencia, variabilidad farmacocinética y no siempre relación lineal entre dosis y mayor efecto adverso. Por ello, hay diferentes escalas para categorizar el riesgo anticolinérgico (RA). Pueden producir efectos adversos derivados de la actividad anticolinérgica y se han asociado con la aparición de deterioro cognitivo y afectación de la memoria y de la atención a corto plazo. Los objetivos son estimar la prevalencia de pacientes con RA de los pacientes conciliados del servicio de traumatología, analizar el número de FA por paciente y el tipo de fármacos más implicados y evaluar si los fármacos podrían sustituirse por una alternativa mas segura o disminuir la dosis a la mínima dosis eficaz.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes conciliados en traumatología (mayores de 65 años con al menos 3 fármacos domiciliarios) entre el 01-septiembre al 31-diciembre 2016. Se midió el RA con la escala Drug Burden Index. Se revisaron las historias médicas de los pacientes.

**Resultados:** Se concilió la medicación en 40 pacientes (12(30%) hombres y 28(70 %) mujeres). 25 pacientes (62,5%) presentaron RA. Mediana de edad de 78 años. 6 hombres (50% de los hombres conciliados) y 19 mujeres (67,85%). En 9(36%) el RA fue alto y en 16(64%) medio. Mediana de puntuación RA de 0,75. Mediana de FA prescritos por paciente de 1,5. 14(56%) tenían prescrito 1 FA, 11(44%) mas de uno (9 pacientes 2 fármacos y 2 pacientes 4 fármacos). 9(22,5%) de los fármacos eran antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, de elección en ancianos. 8(20%) analgésicos, fentanilo y tramadol, que podría valorarse su sustitución por analgésicos menores con/sin coadyuvantes. 8(20%) hipnóticos benzodiazepinas cuyo uso debe evitarse en ancianos. 5(12,5%) antiepilépticos coadyuvantes de dolor neuropático, podrían sustituirse por duloxetine sin RA. 3(7,5%) antiespasmódicos sin evidencia clinica de utilidad terapéutica. 3(7,5%) antipsicóticos. 2(5%) antihipertensivo doxazosina, sustituible por otro. 1(2,5%) antihipercolesterolemico. 1(2,5%) antihistamínico evitable. Por tanto 26(65%) FA potencialmente prescindibles. No se realizo escalada de dosis en 5(12,5%) FA.

**Conclusiones:** La prevalencia de RA en este grupo de pacientes es elevada y superior en mujeres. La mediana de RA es elevada, de hecho en casi la mitad de los pacientes no solo tienen RA, sino que además el riesgo es elevado. Casi la mitad de los pacientes tienen más de un FA. Aunque el riesgo individual sea bajo, la combinación aumenta el riesgo. Podría teóricamente evitarse el uso de más de la mitad de los FA o en ciertos casos utilizar a la mínima dosis eficaz posible. Debería además valorarse su uso el menor tiempo posible evitando su utilización crónica. Sería interesante estudiar la prevalencia y el RA en otros servicios, centros sanitarios y grupos de pacientes y así seleccionar que pacientes podrían beneficiarse de una acción farmacéutica para intentar minimizar el riesgo.

**Conflicto de interés:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO

*Rodríguez Jiménez E, Quirós Ambel H, Martínez Camacho M, García Marco D, Araujo Ordóñez M A, Olmos Jiménez R, Hospital Geriátrico Virgen del Valle, Toledo.*

**Objetivo:** Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en un hospital geriátrico de agudos con 162 camas, durante el proceso de validación de la prescripción médica.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo durante un año de las intervenciones farmacéuticas aceptadas y registradas a través de el programa de prescripción electrónica (Farmatools®). Todas las camas del hospital tienen prescripción electrónica; para el registro de las intervenciones se utilizó un sistema de codificación de ocho ítems: adecuación de la presentación a las dosis prescrita, cambio a equivalente terapéutico, interacciones, medicamento no incluido en guía (MNIG), posología, indicación, especialidad incorrecta y otros. El proceso de actuación se inició en Farmacia, cuando las dos farmacéuticas responsables del área de Unidosis, detectaban una prescripción inapropiada, en ese momento, se contactó con el médico telefónicamente o mediante nota añadida en la ventana de prescripción indicando el problema detectado y posteriormente se registró la actuación llevada a cabo. Farmatools® cuenta con algunas asistencias a la prescripción, como alertas para detectar interacciones, días alarmantes y protocolos de sustitución automática de equivalentes terapéuticos, aprobados por la comisión de farmacia del centro.

**Resultados:** Se registraron un total de 730 intervenciones: 266 (36,43%) adecuación de la presentación a la dosis prescrita; 138 (18,90%) cambio a equivalente terapéutico; 117 (16,02%) interacciones; 91 (12,46%) medicamento no incluido en guía (MNIG); 53 (7,26%) otros; 39 (5,34%) posología; 25 (3,42%) indicación y 1(0,13%) especialidad incorrecta. Respecto a las interacciones, las principales fueron las relacionadas con la asociación estatinas /antagonistas del Calcio (83,76%) y enoxaparina/anticoagulantes orales directos (13,67%). Estos resultados suponen una media de 2,92 intervenciones por día. Considerando que el número de ingresos durante el periodo de estudio fue de 4.245, obtuvimos 0,17 intervenciones por ingreso.

**Conclusiones:** En este estudio se encontró que la intervención más frecuente fue la adecuación de la presentación a la dosis prescrita; entre los factores desencadenantes de esta actuación se encuentran los continuos cambios de marca comercial, que generan confusión en el prescriptor a la hora de seleccionar la especialidad correcta. Desde el servicio de Farmacia debemos promover la prescripción por principio activo para evitar el factor de confusión del cambio de marca comercial. Otra intervención muy frecuente fue el cambio a equivalente terapéutico. Sería conveniente actualizar e incrementar los protocolos de intercambio terapéutico incluidos en el programa de prescripción electrónica y promover su utilización entre los facultativos. La actividad del registro de intervenciones, evidencia la implicación del farmacéutico en la atención al paciente desde el proceso de validación farmacéutica ligado al sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias. Con el registro de las intervenciones farmacéuticas detectamos problemas prioritarios y áreas de actuación.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



## ANÁLISIS DEL USO DE METILPREDNISOLONA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS BROTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA LA MANCHA

*Horta Hernández A<sup>1</sup>, Yusta Izquierdo A<sup>2</sup>, Escalera Izquierdo B<sup>3</sup>, Martín Alcalde E<sup>1</sup>, Álvarez Nonay A<sup>1</sup>, Blanco Crespo M<sup>1</sup>. Servicio de Farmacia<sup>1</sup>. Servicio de Neurología<sup>2</sup>. Hospital Universitario de Guadalajara. Facultad de Farmacia Universidad de Alcalá<sup>3</sup>.*

**Objetivos:** El tratamiento recomendado de los brotes de Esclerosis Múltiple (EM) son los corticosteroides a dosis altas, normalmente metilprednisolona (MP) intravenosa (IV). Según la bibliografía, no hay diferencias significativas en los resultados clínicos, radiológicos y farmacológicos entre la vía IV y oral. En España, al no existir comercializado ningún fármaco con MP oral a dosis altas, normalmente se utiliza MP IV para el tratamiento de los brotes.

El objetivo principal de este estudio fue analizar el uso de una fórmula magistral (FM) de MP oral a dosis altas para el tratamiento de los brotes de EM en los hospitales del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Además, se analizó la diferencia en el coste del tratamiento de los brotes de EM según la vía empleada.

**Métodos:** En febrero de 2017, se realizó una encuesta a todos los Hospitales públicos del SESCAM para conocer el grado de utilización de la FM de MP oral para el tratamiento de los brotes de EM. Se contactó telefónicamente con todos los hospitales y se preguntó: si se preparaba FM de MP oral, desde qué fecha, dosis, forma farmacéutica (solución oral o cápsulas), cuantos pacientes habían sido tratados con la FM y el número de preparaciones elaboradas en el año 2016. Para calcular el coste del brote según la vía de administración, se consideraron los costes directos del fármaco (módulo de Gestión de Farmatools<sup>R</sup>) y el coste de administración en el Hospital de Día (Contabilidad Analítica).

**Resultados:** El 100% de los 15 hospitales públicos respondieron la encuesta. Sólo 2 hospitales usan la FM de MP oral para el tratamiento de los brotes de EM, uno desde noviembre de 2011 (62 meses) y otro desde octubre de 2012 (51 meses). La forma farmacéutica de MP oral en estos dos hospitales fue solución oral a dosis de 600-1.250 mg. El número de pacientes y preparaciones en ambos hospitales fue: 18 pacientes (64 preparaciones) y 6 pacientes (27 preparaciones). El coste medio por brote asociado a la administración oral versus IV fue: 41 € vs 426 €. El ahorro conseguido en estos 2 hospitales con la utilización de la FM de MP oral para el tratamiento de los brotes de EM fue de 10.000 € en el año 2016.

**Conclusiones:** Sólo 2 hospitales del SESCAM elaboran FM de MP oral para el tratamiento de los brotes de EM. El uso de esta FM es una alternativa coste-efectiva frente a la administración IV y evita ingresos en el Hospital de Día. Consideramos que la difusión de esta FM al resto de Servicios de Farmacia Hospitalaria y Neurología puede contribuir a mejorar la eficiencia en el tratamiento de los brotes de EM.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

*Pérez Margallo ME, González Joga B, Romero Piqueras C, García Esteban B, Domínguez Herencias S, Berrocal Javato MA. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.*

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con sorafenib en pacientes con hepatocarcinoma en un hospital general en comparación con el estudio clínico SHARP disponible para dicha indicación.

**Método:** Estudio observacional, retrospectivo, de 5 años de duración (enero 2012 - enero 2017). Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de carcinoma hepatocelular que recibieron sorafenib durante este periodo. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, factores de riesgo, tratamientos previos, fechas de inicio y fin del tratamiento con sorafenib, efectos adversos, reducción de dosis, motivo de suspensión del tratamiento y fecha de éxitus.

La efectividad fue evaluada con la mediana de supervivencia global (mSG) y la mediana del tiempo libre de progresión (mTLP). La SG mide el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta la fecha del éxitus. El TLP mide el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta la fecha de progresión.

Para evaluar la seguridad se registraron los efectos adversos que presentaron los pacientes durante el tratamiento con sorafenib.

Los datos se obtuvieron del módulo de Pacientes Externos del programa informático Farmatools® del Servicio de Farmacia y de la revisión de las historias clínicas del programa Mambrino XXI. Estos datos se compararon con el estudio clínico fase III SHARP.

**Resultados:** Los pacientes que recibieron sorafenib en nuestro área fueron 17, de los cuales, 11 tenían la indicación de hepatocarcinoma. La edad media de los pacientes fue de 70 años (rango 58-84) y 100% de sexo masculino.

Del total de pacientes, 8 (72.7%) presentaban factores de riesgo del hepatocarcinoma: 5 (45.4%) presentaban hábito alcohólico, 1 (9.1%) estaba infectado por VHC, 1 (9.1%) estaba infectado por VHB y 1 (9.1%) presentaba coinfección por VHC y VHB.

A 4 (36.4%) pacientes se les había realizado quimioembolización como tratamiento previo.

La mSG fue de 6 meses y la mTLP de 4 meses.

Durante el estudio, 9 (81.9%) de los pacientes presentaron al menos un efecto adverso. Se registraron 12 efectos adversos (1.3 efectos adversos/paciente). Los más frecuentes fueron: 3 (27%) toxicidad cutánea de Grado-3, 3 (27%) diarrea de G1- 2, y 2 (18%) síndrome de mano-pie de G1.

El tratamiento fue interrumpido en 9 (81.8%) de los pacientes: 6 (54.5%) por progresión de la enfermedad, 1 (9.1%) por estabilización de la enfermedad y 2 (18.2%) por toxicidad.

En 5 (45.4%) pacientes se tuvo que reducir la dosis de sorafenib por los efectos adversos del tratamiento.

**Conclusión:** Si se comparan los resultados de efectividad del sorafenib en nuestro área con el estudio SHARP observamos que nuestros pacientes obtuvieron peores resultados respecto a la mSG (6 meses vs 10.7 meses), aunque la mTLP obtenida era la esperada según el estudio (4 meses vs 4.1 meses). En dicho estudio se notificaron efectos adversos en el 80% de los pacientes, por lo que el perfil de seguridad es similar en nuestros pacientes (81.8%).

**Conflictos de intereses:** no existen.

[\(Enlace al póster\)](#)



## INFLUENCIA DE LA INTRODUCCIÓN DE EPLERENONA EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL EN UN ÁREA DE GESTIÓN INTEGRADA.

*Mendoza Acosta, I; Pérez Rodríguez, I; Álvarez Nonay, AL; Horrillo Sánchez de Ocaña, P. Horta Hernández, A.*

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivo:** En diciembre de 2008 se incluyó eplerenona en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital de forma restringida para pacientes que presentaran disfunción sistólica del ventrículo izquierdo post-infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca, en los que espironolactona estuviera contraindicada por presentar efectos adversos de tipo hormonal. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la inclusión de eplerenona en la GFT del hospital sobre las prescripciones intrahospitalarias y extrahospitalarias, comparándolo con espironolactona.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2008 hasta diciembre de 2016.

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción por receta (Digitalis®) y los consumos intrahospitalarios, del módulo de gestión de Farmatools®.

Se diferenciaron 3 ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Consultas Externas y Hospitalización) y se analizaron las siguientes variables: número de Dosis Diaria Definida (DDD) consumidas, importe por DDD y costes incrementales.

### Resultados:

**Atención Primaria:** en 2009 se observó un aumento de 35,5% en las DDD consumidas respecto al año anterior. Esta tendencia se mantiene hasta el año 2013, con un aumento medio de  $19,3 \pm 0,12\%$ . A partir de ese año empieza a disminuir, con una razón media de  $8,4 \pm 0,04\%$  hasta 2016.

El consumo de espironolactona en 2009 disminuyó en un 1,8% respecto al año anterior. El descenso medio hasta 2016 fue de  $3,5 \pm 0,06\%$ .

El importe medio/DDD de eplerenona fue de  $3,60 \pm 1,33\text{€}$  y el de espironolactona  $0,17 \pm 0,02\text{€}$ , con un coste incremental medio anual de 17.980€.

**Consultas Externas:** el consumo de eplerenona aumento en un 29,8% en 2009. Hasta 2010 se observó un aumento medio de  $31 \pm 0,01\%$  seguido de un descenso medio del  $60 \pm 0,76\%$  hasta 2014. A partir de este año el consumo vuelve a aumentar a una razón media de  $26 \pm 0,18\%$ . Respecto al consumo de espironolactona, se observaron fluctuaciones con un descenso medio del  $3 \pm 13\%$ .

El importe medio/DDD de eplerenona fue de  $3,54 \pm 1,22\text{€}$  y una DDD de espironolactona costó  $0,19 \pm 0,02\text{€}$ . Supone un coste incremental medio anual de 3.785€.

**Hospitalización:** el consumo de eplerenona en 2009 aumentó respecto al año anterior un 15%. Desde ese año hasta 2016 sufrió numerosas fluctuaciones. También se observaron variaciones en el uso de espironolactona con un descenso medio de  $9 \pm 9\%$ .

El importe medio/DDD de eplerenona fue de  $1,40 \pm 1,20\text{€}$ , mientras que el de espironolactona fue de  $0,06 \pm 0,04\text{€}$ , con un coste incremental medio anual de 831€.

**Conclusiones:** La inclusión de eplerenona en la GFT del hospital ha influido en los patrones de prescripción de todos los ámbitos, en mayor medida en los primeros años, especialmente en Atención Primaria. Posteriormente, la prescripción de eplerenona ha sido variable en los tres ámbitos de salud.

Debido a la variabilidad que se observa en la prescripción de eplerenona, se concluye que no se ha utilizado realmente como alternativa a espironolactona.

El control y seguimiento tras la inclusión de medicamentos en la GFT hospitalaria puede ser una herramienta potencialmente útil para mejorar los perfiles de prescripción en todos los niveles asistenciales.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA INSTAURACIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

*Romero Martín C, García Esteban B, Piqueras Romero C, Domínguez Herencias S, Pérez Margallo ME, Berrocal Javato MA.*

*Hospital Nra. Sra. Del Prado, Talavera de la Reina (Toledo).*

**Objetivos:** Evaluar el inicio de un régimen antibiótico en pacientes con sospecha tuberculosa y su adaptación a los análisis microbiológicos. Analizar si el seguimiento del tratamiento ha sido adecuado y ver posibles puntos de intervención para optimizar resultados.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo del año 2016. Se recogieron las siguientes variables: demográficas, tratamiento antituberculoso previo, tipo de tuberculosis, resultados de tinciones (Ziehl-Neelsen y Auramina) y cultivos. Se revisaron los análisis microbiológicos tanto al inicio como a lo largo del tratamiento y se analizó el criterio de inicio de terapia antituberculosa y si habían sido realizadas pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos de primera línea. Se comprobó si el paciente había recibido supervisión clínica durante los meses de su tratamiento, si había sufrido alguna reacción adversa y si el tratamiento era finalizado con resultado clínico satisfactorio (2 cultivos seguidos negativos).

**Resultados:** Un total de ocho pacientes (seis hombres y dos mujeres) iniciaron terapia antituberculosa en el año 2016, siendo la media de edad 57 años. Ninguno de los pacientes había recibido tratamiento antituberculostático previamente. Cinco pacientes presentaron tuberculosis pulmonar, uno pleural, uno meningitis tuberculosa y uno no se confirmó el diagnóstico. Ante una sospecha clínica de tuberculosis en el 100% de los casos se solicitó tinción y cultivo de la muestra. Se inició tratamiento antituberculostático en siete pacientes. En un caso no se inició debido a éxitus. En el 71,4% de los pacientes el tratamiento se inició en base a una tinción de Ziehl-Neelsen positiva y sospecha clínica de tuberculosis a espera de confirmación por cultivo. En un caso el tratamiento fue instaurado en base a pruebas histológicas a pesar de resultar negativas las tinciones. En un paciente se inició el tratamiento basándose únicamente en la prueba de la Tuberculina debido a empeoramiento clínico. En este caso hubo que suspender el tratamiento a los dos meses debido a que el cultivo resultó negativo. El tratamiento de inicio fue Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol. Se realizó cultivo en siete pacientes resultando positivo en cinco casos y negativo en dos. En todos los cultivos que resultaban positivos se aportaban pruebas de sensibilidad a fármacos de primera línea. Terminaron el tratamiento con resultado satisfactorio 3 pacientes (42,8%) y uno continúa en la actualidad debido a prolongación del tratamiento por falta de adherencia. Este paciente presentó coinfección por VHC y hábitos tóxicos por lo que hubo que adaptar la terapia para aumentar la adherencia. Se realizó seguimiento clínico en el 71,4% de los pacientes cada dos meses mediante pruebas de laboratorio, oftálmicas, auditivas y técnicas radiológicas. Las reacciones adversas más comunes fueron alteraciones gastrointestinales (28,5%) y urticaria (14,3%).

**Conclusiones:** Es necesario iniciar un tratamiento tuberculoso apoyándose en pruebas microbiológicas y realizar un seguimiento en base a las mismas para completar el tratamiento satisfactoriamente. Se observan pérdidas de seguimiento y falta de adherencia por lo que un punto de intervención a realizar es una correcta vigilancia farmacoterapéutica.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE SALUD MENTAL DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA

*Pagán Núñez FT, Ramírez Córcoles A, Sáez Valencia G, García Sánchez JA, Rianza Tébar M.  
Servicio de Farmacia, GAI Almansa (Albacete)*

**Objetivo:** Comparar el coste directo para el Sistema Sanitario de la dispensación de tratamientos antipsicóticos depot (TAPD) a los pacientes en seguimiento en consulta de Psiquiatría por el Servicio de Farmacia (SF), frente al importe que supone su dispensación mediante receta en la oficina de farmacia (OF) y analizar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) por el SF en estos pacientes.

**Método:** Se planificó un proyecto en dos fases, en la primera, desde noviembre de 2016 se incluyeron los pacientes que se administran periódicamente los inyectables en el mismo centro hospitalario, en una segunda fase a partir de enero de 2017 se incorporaron los pacientes que se administran en un centro de salud del área, donde también hay una consulta de psiquiatría semanal. Se extrajeron de la aplicación Farmatools® los consumos correspondientes al Programa (PVL+IVA) y se comparó con el coste de los mismos envases en OF (PVP). Se analizó el SFT y las potenciales intervenciones farmacéuticas a realizar en estos pacientes.

**Resultados:** En los 4 meses analizados se han incluido un total de 46 pacientes (28 en la primera fase y 18 en la segunda) que representan un 80,7% del total de pacientes en el área con TAPD. La distribución por principios activos fue de 33 pacientes (71,7%) Paliperidona, 7 (15,2%) Risperidona, 3 (6,5%) Aripiprazol, 2 (4,3%) Zuclopentixol y 1 (2,2%) Flufenazina. Se han realizado un total de 179 dispensaciones en el SF que han supuesto un coste directo de 44.602€, frente a un importe de 58.091€ calculados según el modelo tradicional de dispensación en OF. Durante el SFT, un paciente con Aripiprazol ha pasado a vía oral, un paciente de Risperidona se ha suspendido por mejoría clínica y un paciente de Paliperidona ha disminuido la dosis de 100 a 75 mg. Además, se han detectado 5 pacientes de Paliperidona y 4 de Risperidona con dosis superiores a las recomendaciones de dosis máxima en ficha técnica (150 mg/mes y 50 mg/14 días respectivamente). De igual manera se han identificado 22 pacientes de Paliperidona y 6 pacientes de Risperidona con dosis superiores a la dosis de mantenimiento recomendada (75 mg/mes y 25 mg/14 días). Todos los pacientes acudieron en la fecha prevista, demostrando una buena adherencia al Programa.

**Conclusiones:** A pesar del escaso tiempo de desarrollo de este Programa se ha logrado un ahorro para la GAI de 5.367€ mensuales en la segunda fase, con la posibilidad de seguir incorporando pacientes. Mediante el SFT se ha conseguido optimizar tratamientos, detectar potenciales intervenciones para adaptar las dosis a las recomendaciones de ficha técnica y reforzar la adherencia, clave en estas patologías crónicas, a la vez que promueve la comunicación y el trabajo en equipo entre Enfermería, Salud Mental y Farmacia. También se mejoran aspectos como la comodidad del paciente que en una sola visita al centro asistencial recoge y se administra su tratamiento, sin necesidad de copago.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Sola Morena MD, Rodríguez Samper MC, Monteagudo Martínez N, De Mora Alfaro MJ. Hospital General de Villarrobledo, Albacete.*

### Objetivo:

Nivolumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la vía PD-1/PD-L1 facilitando la acción de los linfocitos T activados. Está indicado en monoterapia en carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) después de quimioterapia previa. El objetivo del estudio es valorar el uso de nivolumab en un hospital comarcal.

### Material y métodos:

Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con nivolumab en nuestro centro para la indicación CNMP desde julio de 2016 a febrero de 2017 (8 meses). Como criterio de eficacia se valoró la supervivencia libre de progresión (SLP), ya que la duración del estudio no permitía valorar la supervivencia global. Como criterio de seguridad se consideró la aparición de reacciones adversas graves según la terminología "Common Terminology Criteria for Adverse Events" (CTCAE), es decir, grados 3 y 4..

### Resultados:

En el periodo de estudio, hubo un total de 6 pacientes (5 hombres y una mujer) con una mediana de edad de 70 años (58-78).

Con respecto a la indicación, dentro del CNMP, 4 pacientes presentaban carcinoma epidermoide de pulmón y 2 pacientes fueron diagnosticados de adenocarcinoma de pulmón. Todos ellos recibieron tratamiento previo con platinos (cisplatino-vinorelbina en dos pacientes, cisplatino-pemetrexed en un paciente, carboplatino-gemcitabina en dos pacientes y carboplatino-paclitaxel-bevacizumab en un paciente). La mediana de SLP a esta primera línea con platinos fue de 5 meses (4-13).

Cuatro pacientes recibieron nivolumab como tratamiento de segunda línea presentando una SLP de 1, 3, 3 y 8 meses. El paciente con 8 meses de SLP continúa en tratamiento con nivolumab actualmente.

Un paciente recibió nivolumab como tercera línea tras docetaxel-nintedanib. La SLP con la 2ª línea fue de 3 meses y la SLP con nivolumab fue de 3 meses.

Un paciente recibió nivolumab como sexta línea tras carboplatino y taxol, pemetrexed (SLP: 6 meses), docetaxel (SLP: 4 meses), gemcitabina (SLP: 4 meses) y erlotinib (2 meses). La SLP a nivolumab es de 1 mes y continúa en el momento del estudio.

Con respecto a la seguridad, sólo un paciente presentó efectos adversos graves (hipertransaminasemia grado 3, que obligó a retrasar la administración en dos ciclos, una semana y dos semanas, respectivamente).

### Conclusión:

En cuanto a la eficacia, en ensayos clínicos la mediana de SLP con nivolumab fue desde 2 hasta 3'5 meses según el ensayo clínico. En nuestro estudio los resultados fueron similares, aunque el tamaño muestral no permite sacar conclusiones definitivas.

Con respecto a la seguridad, solo hubo un evento adverso grave, de entre los más frecuentemente descritos en ficha técnica. Serían necesarios estudios de mayor duración y que incluyeran mayor número de pacientes.

**Conflicto de Intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## SEGUIMIENTO DEL USO DE ALIROCUMAB DESDE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO

*Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Proy Vega B, Araque Arroyo P, Valenzuela Gámez JC, Gómez Lluch MT, Notario Dongil C.*  
*Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

### Objetivos:

Realizar un seguimiento de los pacientes tratados con alirocumab, desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital, tras la implantación de un protocolo de uso.

### Métodos:

Análisis retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con alirocumab entre el 1/7/2016 y el 28/2/2017.

Los criterios de uso acordados en el protocolo fueron:

#### 1) Hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFHe)

- Con enfermedad cardiovascular (ECV) ateromatosa establecida con LDL>100mg/dl\*.
- LDL>130 mg/dl\*.
- <40 años, sin factores de riesgo cardiovascular, Lp(a)<50 mg/dl, sin ECV isquémica familiar y LDL>160 mg/dl\*.

#### 2) ECV establecida

- Con diabetes o Lp(a)>100 mg/dl o clínicamente inestable, progresiva y/o recidivante, síndrome coronario agudo y LDL>100 mg/dl\*.
- Clínicamente estable y sin diabetes y LDL>130 mg/dl\*.

#### 3) Pacientes de los grupos anteriores con intolerancia/contraindicación a estatinas.

\* Tras tratamiento con dosis máxima tolerada de estatinas y otras opciones (incluyendo ezetimiba).

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, niveles basales, a las 4 y 12 semanas de LDL-colesterol, servicio, dosis, indicación y reacciones adversas (RAM). Datos extraídos de Farmatools® y Mambrino XXI®. Se consideró respuesta óptima una reducción de  $\geq 45\%$  del LDL basal entre la semana 4 y 12.

### Resultados:

En el periodo de estudio, 7 pacientes iniciaron tratamiento. Todos hombres, con una mediana de edad de  $53,7 \pm 9,8$  años. 3 de ellos a cargo del Servicio de Endocrinología, 2 de Cardiología y otros 2 de Medicina Interna. 4 con HFHe, el resto con ECV.

Todos iniciaron tratamiento con pauta de 75 mg/quincenal, excepto un paciente que inició con 150 mg/quincenal (por necesidad de reducción de más del 60% de LDL respecto al basal). En éste, se redujo la pauta a 75 mg/quincenal tras 8 semanas de tratamiento dada la buena respuesta.

Un paciente suspendió el tratamiento tras la primera administración por rechazo de la familia.

Los 6 pacientes restantes presentaban un LDL basal de  $177,8 \pm 29,8$  mg/dl.

A las 4 semanas, el 50% de los pacientes habían alcanzado una respuesta óptima. Actualmente, 4 pacientes han recibido 12 semanas de tratamiento, de los que el 75% han reducido el LDL en más del 45% (61, 64 y 62% respectivamente).

2 pacientes presentan actualmente LDL de 64 y 53 mg/dl respectivamente, valor por debajo del límite normal de laboratorio (65-175mg/dl).

Ningún paciente ha presentado RAM atribuibles a este fármaco.

### Conclusiones:

Todos los pacientes que han recibido 12 semanas de tratamiento han alcanzado respuesta óptima, excepto uno con una reducción a la semana 12 del 40%, al cual se ha decidido aumentar la dosis a 150 mg/quincenal, tal y como recomienda la ficha técnica.

El tratamiento ha sido bien tolerado por todos los pacientes.

No se dispone de datos sobre las consecuencias de mantener niveles extremadamente bajos de LDL a lo largo del tiempo. Al igual que con otros tratamientos biológicos, se podrían plantear el espaciamiento de las dosis, a pesar de que no existen estudios al respecto.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## MEDIDA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

*Ramírez Córcoles A, Pagán Núñez FT, Saéz Valencia G, García Sánchez JA, Riaza Tebar M.  
Servicio de Farmacia, GAI Almansa (Albacete)*

**Objetivo:** En 2016 El Servicio de Farmacia (SF) comenzó el suministro de nutrición enteral (NE) y medicamentos para la enfermedad de Alzheimer (EA) a cinco Centros Socio-Sanitarios (CSS) del área. El objetivo es conocer el grado de satisfacción en los CSS que reciben prestación farmacéutica desde el SF.

**Método:** El SF suministra a cinco CSS del área, dos de ellos son centros públicos y el resto de gestión privada, con un total de 314 residentes. Se diseñó una encuesta que fue enviada por correo electrónico a los coordinadores de enfermería de cada CSS. El cuestionario constaba de 8 preguntas valoradas mediante escala tipo Likert con 6 posibles respuestas: no sabe-no contesta, muy deficiente-muy desacuerdo, deficiente-en desacuerdo, aceptable, satisfactorio-de acuerdo y muy satisfactorio-totalmente de acuerdo; puntuando del 0 al 5 respectivamente. Las preguntas fueron: 1."El suministro de NE y medicación para la EA a su CSS desde el SF ha supuesto una mejora frente al uso de receta en oficina de farmacia"; 2."El suministro de NE y medicación para la EA a su CSS desde el SF ha supuesto una disminución en el trabajo burocrático"; 3."La relación y el acceso al personal del SF"; 4."La adecuación de tratamientos y el seguimiento de pacientes por el SF"; 5."Recibe las cantidades necesarias para sus residentes"; 6."El pedido lo recibe en tiempo y forma adecuados"; 7."Las incidencias se han resuelto de manera rápida y adecuada"; 8."Los pacientes y sus familiares/tutores están conformes con el suministro y el no tener copago por estos productos".

**Resultados:** Las encuestas fueron cumplimentadas por los responsables de enfermería de cada CSS. La puntuación media obtenida para los CSS públicos y los CSS de gestión privada fue 4,25 puntos y 4,8 puntos respectivamente. En los tres CSS de gestión privada dieron la máxima puntuación a las preguntas 3."La relación y el acceso al personal del SF"; 4.La adecuación de tratamientos y el seguimiento de pacientes por el SF"; y 5."Recibe las cantidades necesarias para sus residentes". La puntuación media global fue de 4,57 puntos y la más baja correspondió a las preguntas 2."El suministro de NE y medicación para la EA a su CSS desde el SF ha supuesto una disminución en el trabajo burocrático" y 8."Los pacientes y sus familiares/tutores están conformes con el suministro y el no tener copago por estos productos", con una puntuación promedio de 4,4 puntos. En los cinco CSS ninguna de las preguntas fue valorada por debajo de 4 puntos.

**Conclusiones:** La encuesta es una herramienta útil para conocer el grado de satisfacción de la actuación llevada a cabo y establecer así acciones de mejora. Los coordinadores de enfermería de los cinco CSS están bastante satisfechos con la prestación farmacéutica desde el SF. Desde nuestro centro valoramos positivamente la gestión del suministro de NE y fármacos para EA realizada a los CSS, por lo que el SF ampliará la cobertura de principios activos suponiendo esta actuación un sistema adecuado para disminuir el gasto del sistema sanitario y el copago de los residentes de los CSS.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## LUCHANDO CONTRA LAS RESISTENCIAS: REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE CARBAPENÉMICOS

<sup>1</sup> Sánchez Cadena A, <sup>1</sup> Pérez Serrano R, <sup>2</sup> Porras Leal ML, <sup>2</sup> González Gasca FJ, <sup>3</sup> Abdel-Hadi Álvarez H, <sup>1</sup> Rodríguez Martínez M. <sup>1</sup> Servicio de Farmacia. <sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna. <sup>3</sup> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Objetivo:** Conocer el impacto en el consumo de carbapenémicos antes y después de la implantación de un programa multidisciplinar de optimización del uso de los mismos, basado en recomendaciones no impositivas e iniciado en 2014.

**Método:** Un equipo multidisciplinar ((Medicina Interna, Medicina Intensiva, Farmacia Hospitalaria, Microbiología y Medicina Preventiva) selecciona pacientes en tratamiento con carbapenémicos y realiza recomendaciones en base a unos criterios previamente consensuados. Criterios de inclusión: pacientes  $\geq 18$  años y en tratamiento con carbapenémicos. El tratamiento era revisado los días 0, 5, 10 y 21 desde el comienzo de su prescripción y se realizaba una recomendación (continuar igual, suspender tratamiento antibiótico, desescalar o cambio de pauta).

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron dos periodos iguales comparando el consumo de carbapenémicos en ambos periodos. Los periodos comparados fueron de enero a diciembre de 2013 y enero-diciembre de 2016.

La unidad de medida utilizada para valorar los datos de consumo fue DDD (dosis diaria definida) por 100 estancias, teniendo en cuenta que para urgencias y reanimación, al no contar con estancias definidas como tal, se cuantificó sólo en DDD.

Excepto pediatría, se analizó el consumo en cada uno de los servicios del hospital agrupando cada uno de ellos en médicos, quirúrgicos y unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Resultados:** El consumo de carbapenémicos global se redujo un 66,6% (6,65 vs 2.22 DDD's/100 estancias). Los resultados obtenidos muestran un importante descenso en el consumo de carbapenémicos en todos los servicios del hospital (rango 25,8%-85,6%): angiología y cirugía vascular: 75,1%, cardiología 66,3%, cirugía general y digestivo 50,7%, digestivo 53,8%, geriatría 85,6%, hematología 75,1%, medicina interna 52,8%, nefrología 25,8%, neumología 47,5%, oncología 50,7%, urología 8,3%, urgencias 74,6% y reanimación 79,7%. La reducción del consumo fue para servicios médicos, quirúrgicos y UCI del 57,4%, 67% y 72,6% respectivamente.

**Conclusión:** La implantación de un equipo multidisciplinar formado por expertos en patología infecciosa que valoren las prescripciones de antibióticos carbapenémicos en el entorno hospitalario ha supuesto un importante descenso del consumo de estos antibióticos, lo que debería tener impacto en la reducción de resistencias locales.

**Conflicto de intereses:** no.

[\(Enlace al póster\)](#)



**EFICACIA Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN EL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.**

*Horrillo Sánchez de Ocaña P, de Juan-García Torres P, Álvarez Nonay A, Mendoza Acosta I, Ruiz González L, Horta Hernández A.*

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** Regorafenib es un fármaco antiangiogénico indicado en cáncer colorrectal metastásico (CCRm) en pacientes previamente tratados o que no son candidatos a otro tratamiento. El objetivo del estudio es: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con regorafenib en pacientes con CCRm. Comparar los datos obtenidos en la práctica clínica con los del ensayo clínico pivotal CORRECT.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CCRm que recibieron regorafenib desde 01/01/2013 al 24/02/2017. Las variables demográficas recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, fecha de inicio y fin de tratamiento, toxicidad, fecha de progresión y éxitus. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica Mambrino®, del programa de prescripción oncológica Farmis Oncofarm® y del módulo de pacientes externos de Farmatools®. Las variables de efectividad evaluadas fueron: supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP), tasa de respuestas objetivas (TRO), tasa de control de la enfermedad (EE). La seguridad se evaluó según la escala National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (CTC-NCI). El análisis estadístico fue efectuado utilizando el programa SPSS® versión 20.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 20 pacientes: 45% mujeres. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 62.5 años (rango intercuartílico (RQ) 57.5 – 66). La mediana de SG fue de 7.1 meses (RQ 5.5 – 13.9). Fue posible evaluar la respuesta radiológica en 11 de los 20 pacientes. La mediana de SLP fue 3,0 meses (RQ 2.9 - 4,23), la tasa de respuesta objetiva fue del 0% (ningún paciente evaluado radiológicamente con respuesta parcial o completa) y la tasa de control de la enfermedad fue del 10 % (2 pacientes con enfermedad estable). En el ensayo clínico pivotal CORRECT, los resultados de SG y SLP fueron de 6.4 meses (RQ 3.6 - 11.8) y 1.9 meses (RQ 1.6 - 3.9) respectivamente. Se evaluó la seguridad en los 20 pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado fueron: 15 pacientes con astenia (75%), 6 con reacciones cutáneas (30%), 4 con anorexia (20%), 4 con eritrodisestesia palmo-plantar (EDPP) (20%), 4 con diarrea (20%), 3 con mucositis (15%) y 3 con estreñimiento (15%). Las reacciones adversas graves (grado 3 o superior) fueron: 5 pacientes con anorexia (25%) 4 con reacción cutánea (20%), 1 con hipofosfatemia (5%), 1 con mucositis severa (5%), y uno con tromboembolismo de vena cava superior (5%). En 4 pacientes (20%) el tratamiento tuvo que ser retirado por toxicidad. En el ensayo pivotal los efectos adversos de cualquier grado más comunes fueron: fatiga (47% de pacientes), EDPP (47%), diarrea (34%), y anorexia (30%) y las más graves fueron: EDPP (17% de pacientes de grado 3) fatiga y diarrea (ambas inferiores al 1% de pacientes de grado 4).

**Conclusiones:** Los resultados del estudio son ligeramente superiores en cuanto a SG y SLP, pero inferiores en seguridad con el ensayo pivotal.

Ninguno de los pacientes evaluados con prueba de imagen experimentaron respuesta parcial ni completa.

La baja mediana de SLP y SG unida a una alta tasa de efectos adversos graves debería hacer valorar la conveniencia del uso de este tratamiento en cada paciente.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



## ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFICACIA DEL HIERRO-CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CON ANEMIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Rodríguez Samper MC, Monteagudo Martínez N, Sola Morena MD, De Mora Alfaro MJ.  
Hospital General de Villarrobledo. Albacete*

**Objetivos:** Conocer la utilización y eficacia de hierro-carboximaltosa, tras la implantación de un protocolo de validación desde el Servicio de Farmacia, en pacientes con anemia.

**Material y método:** Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes tratados con hierro-carboximaltosa durante el año 2016, a partir de la elaboración de un impreso específico de prescripción. Se recogían en el mismo; datos demográficos del paciente (nombre, nº de historia, fecha de nacimiento), indicación, tratamientos previos con hierro oral, peso actual y Hemoglobina (Hb). Se comprobaban que las dosis pautadas se ajustaran a ficha técnica, según dicha información y se revisaban valores de Hb y Ferritina sérica (FS) al inicio del tratamiento.

Para la recogida de datos del estudio, se registraron aquellos del impreso de prescripción y se revisaron; historias clínicas, analíticas desde Mambrino XXI®, y dispensaciones en el módulo de ambulantes de Farmartools®.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, servicio prescriptor, dosis total, tipo y origen de anemia, tratamiento férrico previo, intervenciones farmacéuticas, y valor de Hb y FS a la semana 0 y 12.

La eficacia se valoró a la semana 12, siendo criterios de respuesta; Hb entre 13,6- 18 g/dl en hombres, 12- 14 g/dl en mujeres y FS entre 100-800 µg/ml en ambos.

**Resultados:** Se registraron 18 pacientes que recibieron hierro-carboximaltosa durante el año 2016. Once de ellos eran mujeres y 7 hombres, con una mediana de edad de 58,5 (36,5-76) años.

El diagnóstico fue, anemia ferropénica en 16 casos y no ferropénica en 2. Los servicios médicos prescriptores fueron; hematología (8), digestivo (4), medicina interna (3), urgencias (2) y cirugía general (1). La mediana de peso fue 68.8 (60-75) kg, la de Hb, 10 (9.5 – 11,25) g/dl y de dosis total/ paciente, 1.500 (1.000-2.000) mg. Predominó la anemia de origen digestivo (7), seguido de ginecológico (5), hematológico (2), multifactorial (1), post-quirúrgico (1) y desconocido (1). Dieciséis de los 18 pacientes fueron tratados con hierro oral anteriormente, con problemas de tolerancia o falta de respuesta.

En 9 de los 18 pacientes, se realizaron intervenciones farmacéuticas, alertando de dosis superiores a las indicadas en ficha técnica (4), repetición de dosis sin justificación analítica (3) y falta de criterios de tratamiento debido a anemias sin déficit del hierro (2). Cinco de las 9 intervenciones fueron aceptadas, por tanto, en 13 de los 18 pacientes, se adecuó la prescripción a ficha técnica, tras validación farmacéutica.

En 12 pacientes se observó eficacia, alcanzando los valores de Hb y FS establecidos como criterios de respuesta a la semana 12, con una mediana de  $\Delta\text{Hb}=2,9$  (1,3-4,6) g/dl y  $\Delta\text{FS}= 158$  (58,2-236,5) µg/ml.

**Conclusiones:** La utilización del hierro-carboximaltosa es una opción eficaz en pacientes con déficit de hierro que no responden a tratamientos orales. La elaboración de un impreso específico ha permitido recoger información necesaria para una prescripción individualizada según parámetros analíticos y situación basal del paciente, detectando aquellos casos que no se ajustaban a ficha técnica. Sería necesario realizar un seguimiento más prolongado de estos pacientes para conocer el efecto a largo plazo y la seguridad del tratamiento.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

**POSIBLES ERRORES GRAVES DETECTADOS CON UN SISTEMA INTELIGENTE EN 50 HOSPITALES**

*García Marco D<sup>1</sup>, Olmos Jiménez R<sup>1</sup>, Martínez Camacho M<sup>2</sup>; Rodríguez Jiménez E<sup>2</sup>.  
Hospital Nacional de Parapléjicos<sup>1</sup>, Hospital Virgen del Valle<sup>2</sup>. Toledo.*

**Objetivos:** El Programa ALTOMEDICAMENTOS® es un sistema inteligente de control de tratamientos farmacológicos que determina por sí solo la relevancia clínica de los errores detectados. El objetivo del estudio fue analizar los errores detectados con el programa ALTOMEDICAMENTOS® en hospitales españoles.

**Métodos:** El ámbito de estudio son los hospitales españoles con interés en el control virtual de tratamientos. El Programa analiza: Dosis; Duración alarmante; Vías de administración; Insuficiencia Renal; Insuficiencia Hepática; Interacciones; Medicamentos por vía enteral; Duplicidad y Dosis mínima. La base de datos del programa ALTOMEDICAMENTOS® versión 1 contiene más de 1 millón de datos con información clínica.

**Resultados:** Participaron 50 hospitales en la validación virtual de tratamientos, se analizaron 7.002.164 de tratamientos reales correspondientes a más de 300.000 pacientes en 23 meses. El programa detectó durante este periodo 144.297 alertas o errores de alta relevancia (2,06% de los tratamientos) y 904.888 (12,92%) indicaciones de que se debía revisar el tratamiento por problemas menores. Las alertas posteriormente fueron revisadas por los 50 hospitales participantes, realizando los cambios oportunos en los tratamientos de los pacientes. Las alertas de dosis fueron 73.980 (1,06%), de insuficiencia renal con valor real de creatinina del paciente 8.901 (0,13%) y con valores poblacionales 5.334 (0,09%), de interacciones 22.631 (0,32%), y de duplicidades 33.451 (0,48%). El problema grave más frecuentemente detectado fueron los problemas por dosis excesivamente elevadas. La dosificación elevada es con gran diferencia uno de los problemas más comunes en la prescripción de medicamentos; seguido de las duplicidades, las interacciones clínicamente muy significativas, y por último los problemas de insuficiencia renal.

Los posibles problemas de menor relevancia clínica, clasificados como "Revisar", fueron debidos a: dosis: 73.596 (1,05%), duración de tratamiento: 462.927 (6,61%), insuficiencia renal ficticia: 21.782 (0,31%), insuficiencia renal real: 34.756 (0,50%), vía enteral: 23.128 (0,33%), vía de administración del medicamento: 81.617 (1,16%), principio activo por vía no habitual: 95.819 (1,37%), dosis mínima: 39.281 (0,56%), interacciones: 19073 (0,27%) e insuficiencia hepática: 33.836 (0,48%).

**Conclusiones:** Es necesario controlar las dosis por medio de controles autónomos para cada tramo de edad. El programa ALTOMEDICAMENTOS® funciona adecuadamente en diferentes entornos hospitalarios. Es necesario seguir mejorando la precisión y nivel de importancia de los errores detectados.

**Conflicto de intereses:** Uno de los autores es el responsable del proyecto ALTOMEDICAMENTOS®.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE) EN EL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DEL ÁREA DE CITOSTÁTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

*De Mora Alfaro MJ, Rodríguez Samper MC, Sola Morena MD, Monteagudo Martínez N.*

*Servicio de Farmacia. Hospital General de Villarrobledo. Albacete*

**Objetivo:** El sistema de utilización de fármacos del área de citostáticos (SUFAC) es un proceso complejo, cuya exigencia en cuanto a prevención de errores es muy alta. Se realizó el método de análisis de modos de fallo (MF) y sus efectos (AMFE), para conocer los riesgos del sistema en nuestro hospital y eliminarlos.

**Material y método:** Siguiendo la metodología AMFE se evaluaron las etapas del proceso que componen el SUFAC. Se definieron 6 procesos: Prescripción de orden de tratamiento (OT), Transcripción/Validación de OT, Elaboración y Dispensación de citostático, y Administración en Hospital de día (HD). El sexto proceso fue Seguridad y eficiencia. En la evaluación participaron: Dos FEAs de Farmacia, un oncólogo, un hematólogo, supervisora de servicios centrales, dos DUE y auxiliar de enfermería (AE) de farmacia y una DUE de HD. Se puntuó subjetivamente cada uno de los MF detectados en el circuito: gravedad (1=Menor; 10=Catastrófico), incidencia (1=Remoto; 10=Frecuente) y detectabilidad (1=Frecuente; 10=Baja). Para cada fallo se calculó el número de priorización de riesgo (NPR=gravedad x incidencia x detectabilidad). Se definieron medidas preventivas/correctoras para cada uno de los MF.

**Resultados:** Se identificaron 22 MF. El efecto del fallo en casi todos, era fracaso terapéutico o aparición de RAM. Se calculó un NPR para todos, mayor a 100, por lo que la prioridad para medidas correctoras era alta. En la Prescripción se detectaron 6MF: órdenes incompletas, dosis erróneas o calendario equivocado, entre otros. Las medidas tomadas fueron encaminadas al aumento de detección en Farmacia y a disminuir la probabilidad de ocurrencia, mediante cambios en protocolos de los servicios implicados. En los procesos de Transcripción/Validación de la OT, Elaboración de citostático y Dispensación, encontramos 10MF: mala interpretación de OT imprecisas, falta de medicación o elaboración de fármaco doble, entre otros. Las medidas consistieron en cambios en metodologías de trabajo de farmacia, mediante modificaciones en PNTs, incluyendo doble validación, check-list o aumentos de stock en citostáticos. En la Administración, se detectaron 3MF: omisión de medicamentos, técnica de administración errónea y acción incorrecta ante derrame. Las medidas correctoras fueron, actualización de protocolos y cambios en método de dispensación de farmacia. En todos los procesos, como causa de muchos MF, se consideró la elevada carga de trabajo en HD; como medida correctora se realizaron reajustes en su plantilla: cambio de personal de AE y aumento de personal de enfermería.

Respecto a seguridad y eficiencia, se detectaron 3MF, que consistían en deficiencias en sistemática de trabajo, cuyas consecuencias repercutían en falta de eficiencia y seguridad del personal. Las medidas correctoras fueron: colocación de timbre en zona de preparación de citostáticos, cambios en protocolos de limpieza de zona de cabinas; y dotación de nevera específica para citostáticos.

**Conclusiones:** La utilización del AMFE nos ha permitido identificar posibles errores de nuestro proceso y poner barreras para reducir riesgos en nuestra sistemática de trabajo, aumentando la seguridad de los pacientes y personal implicado. Se ha valorado muy positivamente esta metodología al conseguir el apoyo e implicación de la dirección del hospital, los servicios de riesgos laborales, limpieza y mantenimiento.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE INCIDENCIAS EN UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

*Martín Niño I, Marcos Pérez G, Sánchez Gundín J, Serrano Llorente M, Moreno Nieto N, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Introducción:** Los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) son armarios conectados a un servidor, de configuración flexible, destinados a almacenamiento y dispensación de medicamentos, que han sido diseñados con objeto de aumentar la seguridad en la dispensación, así como la mejora en la gestión farmacoterapéutica a nivel hospitalario.

**Objetivo:** Analizar las incidencias acontecidas en un SADME tras la implantación de un libro de incidencias en una unidad clínica de hospitalización.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las incidencias ocurridas en un SADME durante todo el año 2016 y recogidas en un libro destinado a tal fin. El estudio se realizó en una planta de hospitalización que cuenta con prescripción electrónica ligada a SADME de un hospital de nivel II. El SADME contiene 369 medicamentos diferentes y una media de stock de 5289 unidades. Las distintas incidencias se agruparon en: errores de la propia estación, ubicación errónea de un medicamento, medicamento caducado, descargas de medicación por bajo uso, inclusión de medicamentos, préstamo de medicamentos a otras unidades clínicas, cambios de ubicación para aumentar el stock. Las incidencias se recogieron en una base de datos Microsoft® Excel.

**Resultados:** Se registraron un total de 142 incidencias, distribuidas del siguiente modo según el tipo de incidencia:

-Errores de la propia estación 47,9%, de los cuales 5,6% fueron por bloqueo de la misma y siendo necesario apagar la consola y reiniciar el sistema; 42,3% fueron problemas por mal funcionamiento de los cajones, (32,4% cubies, 9,2% matrix, 0,7% carrusel).

-Ubicación errónea: 16,9%.

-Medicación caducada: 8,4%, por presencia de algunos medicamentos caducados en el SADME.

-Descarga de medicamentos, 10,6%, los motivos fueron: 1,4% por problemas de suministro del laboratorio fabricante, 2,8% por exclusión de la Guía Farmacoterapéutica, 5,6% por desuso. 0,7% por cambio de especialidad.

-Inclusión de medicamentos: 10,6%.

-Préstamos de medicamentos a otras unidades clínicas: 2,1%.

-Cambios ubicación: 3,5%.

**Conclusiones:** No todas las incidencias registradas tienen carácter negativo, actuando los SADME, en algunas ocasiones, como almacén suministrador de fármacos de otras unidades clínicas cuando se producen roturas de stock o cuando el Servicio de Farmacia permanece cerrado.

Las incidencias relacionadas con la existencia de medicamentos caducados, la incorrecta ubicación de las especialidades, muchas veces debida a la existencia de dos medicamentos distintos mezclados en el mismo cajetín, así como errores en cajones originados por una mala reposición de los mismos, pueden suponer un perjuicio para el paciente ingresado, siendo necesario plantear medidas correctivas para minimizar su aparición.

Es importante registrar en el libro todas las incidencias acontecidas para evitar el sesgo de infranotificación. Esto nos permite detectar puntos críticos en la utilización de los SADME y errores frecuentes derivados de su uso, permitiendo implementar propuestas de mejora orientadas a optimizar su uso y minimizar los errores potenciales de medicación, contribuyendo con ello a mejorar la seguridad del paciente.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## IDENTIFICACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES QUE CONLLEVAN PELIGRO EN SU PREPARACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA

*Notario Dongil C, Araque Arroyo P, Proy Vega B, Conde García MC, Andrés Navarro N, Heredia Benito M. Alcázar, Ciudad Real*

**Objetivo:** Con objeto de que se tomen las medidas de seguridad oportunas en la elaboración de las fórmulas magistrales (FM) que se elaboran en nuestro Servicio de Farmacia (SF) hemos clasificado las FM como peligrosas si en su elaboración se ven involucrados medicamentos, reactivos, materias primas o productos sanitarios considerados peligrosos.

**Material y métodos:** Para determinar el volumen de fórmulas magistrales peligrosas que se elaboran en la Unidad de Farmacotecnia de nuestro SF se ha llevado a cabo una revisión de la actividad realizada en el año 2016, diferenciando en fórmulas estériles y no estériles, y si se han elaborado a partir de medicamentos u otros productos (materias primas, reactivos o productos sanitarios) considerados *peligrosos*.

Hemos considerado *medicamento peligroso* en base a criterios del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) (clasificación IARC y RE) y *reactivos, materias primas o productos sanitarios peligrosos* según legislación de la Unión Europea sobre sustancias químicas (Reglamentos REACH y CLP), para lo cual se consultaron las Fichas de Datos de Seguridad.

Las fórmulas estériles no peligrosas se elaboran en cabina flujo laminar horizontal, mientras que las *peligrosas* se preparan en cabina flujo laminar vertical, en nuestro caso cabina de seguridad biológica (CSB) tipo IIb; las fórmulas no estériles peligrosas se elaboran en cabina de sólidos, en nuestro caso CSB tipo IIa.

En el conteo de cápsulas se ha considerado número de elaboraciones, no unidades de cápsulas. En el conteo de metadona se ha considerado litros elaborados.

**Resultados:** En 2016 la cartera de fórmulas magistrales de nuestro servicio incluía 141 tipos de fórmulas, 61 fórmulas estériles [16,4 % *peligrosas* (el 60% partía de medicamentos; 40% partía de otros productos)] y 80 fórmulas no estériles [57,5% *peligrosas* (13,0% medicamentos; 87,0% otros productos)].

En 2016 se han elaborado un total de 7.768 fórmulas estériles (1.110 colirios, 603 intravítreas/intracamerales, 932 soluciones analgésicas epidurales, 566 soluciones analgésicas intravenosas, 4.335 mezclas intravenosas y 697 de otras fórmulas) y 2.353 fórmulas no estériles (94 sólidas orales, 1.435 líquidas orales, 466 semisólidas tópicas y 358 líquidas tópicas).

El 11,6% de las fórmulas estériles se consideraron *peligrosas*: a) colirios (39,6%), b) intravítreas/intracamerales (74,1%), c) mezclas intravenosas (0,3%) y d) soluciones analgésicas epidurales, analgésicas intravenosas y otras fórmulas estériles (0% *peligrosas*).

De las fórmulas no estériles elaboradas el 74,2% cumplían criterios de peligrosidad:

a) sólidos orales (82,6% de cápsulas; 15,5% polvos), b) líquidas orales (70,4%), c) semisólidas tópicas (78,5%) y d) líquidas tópicas (95,2%).

Se consideraron carcinogénicas, genotóxicas y/o teratogénicas el 40% de las fórmulas estériles peligrosas (todas se elaboraron a partir de medicamento) y el 17,4% de las fórmulas no estériles peligrosas (todas elaboradas a partir de materias primas o reactivos).

**Conclusiones:** Los datos de este estudio revelan que el 74,2% de las FM no estériles elaboradas en nuestro SF requirieron condiciones especiales de protección ya que conllevaban toxicidad para el manipulador. Es nuestra responsabilidad como farmacéuticos la puesta en marcha del control de medicamentos peligrosos, con la pertinente evaluación del riesgo para la salud que supone para el profesional implicado.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## COMERCIALIZACIÓN Y DESIGNACIÓN DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN LA UNIÓN EUROPEA

*Monteagudo Martínez N, Rodríguez Samper MC, Sola Morena MD, De Mora Alfaro MJ.  
Hospital General de Villarrobledo, Albacete*

**Objetivo:** Cuando un medicamento obtiene la designación de huérfano, no necesariamente significa que se proceda a su comercialización, ni que cumpla criterios de seguridad y eficacia. Las ventajas que ofrece dicha designación son: exclusividad de mercado, protocolo de asistencia, reducción de gastos e investigación financiada. Tras la designación, la autorización de comercialización depende de otros factores.

La comercialización indica que el medicamento es de calidad, seguro y eficaz, pero no garantiza el acceso al mismo, pues el proceso de financiación y fijación de precios es diferente en cada país. El medicamento si se autorizara, será mediante un procedimiento centralizado en Europa, que permite que sea comercializado en todos los países de la Unión Europea (UE). Las condiciones para el acceso, son fijadas por cada país miembro, atendiendo principalmente a criterios farmacoeconómicos.

El objetivo es conocer el número de medicamentos con indicación en enfermedades raras (EERR) con/sin designación “medicamento huérfano” (MMHH).

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal. Los datos fueron recogidos del Portal de información de EERR y MMHH ([www.orpha.net](http://www.orpha.net)), accediendo por última vez el 28 de febrero del 2017.

Se analizó: número de medicamentos con indicación en EERR comercializados o no, número de comercializados con designación MMHH, número de medicamentos comercializados sin la asignación de MMHH.

Solamente se tuvo en cuenta los datos de los medicamentos disponibles en la Unión Europea, no se tuvo en cuenta los datos disponibles de otros países.

Se evaluó el número de medicamentos comercializados según la clasificación ATC, que además poseían la designación de MMHH, y aquellos medicamentos que están comercializados para el tratamiento de enfermedades raras (EERR), pero que no tienen la designación de MMHH.

**Resultados:** Se encontraron 932 medicamentos con designación huérfana y 598 medicamentos/sustancias tenían indicación para al menos, alguna EERR. Este número era independiente de si finalmente el medicamento obtenía o no la autorización de comercialización, y también de si el medicamento tenía la designación de huérfano.

Se revisaron los medicamentos que habían conseguido la autorización de comercialización con designación huérfana, frente a aquellos que estaban comercializados sin dicha designación. Según la clasificación ATC, los datos recogidos fueron (comercializado, designado MMHH-comercializado, no MMHH): Grupo A(18-13); B(5-23), C(5-4); D(2-0); G(0-9); H(3-4); J(7-13); L(42-68); M(1-1); N(8-5); P(0-1); R(2-3); S(1-1); V(0-4); otros(1-0). Total: 95-149.

Se debe tener en cuenta, que existen medicamentos que pueden estar en ambos grupos, pues puede tener la designación de MMHH o no, en función de la indicación.

239 sustancias aparecían como retiradas de la designación de MMHH tras haberla obtenido.

**Conclusión:** Según los datos encontrados en orpha.net, un total de 149 medicamentos comercializados tienen indicación en EERR, pero no tienen la designación de MMHH. 95 estarían comercializados en Europa y con designación de MMHH, por lo que éstos se beneficiarían de las ventajas que otorga la misma.

Un total de 932 medicamentos tiene la designación de huérfano, de los que, al parecer, sólo están comercializados 95 en la UE.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASESORAMIENTO DE ANTIMICROBIANOS: IMPACTO ECONÓMICO EN EL GASTO HOSPITALARIO DE ANTIFÚNGICOS

<sup>1</sup>Alañón Pardo MM, <sup>1</sup>Pérez Serrano R, <sup>2</sup>Abdel-Hadi Álvarez H, <sup>3</sup>González Gasca FJ, <sup>3</sup>Porrás Leal ML, <sup>1</sup>Rodríguez Martínez M. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### Objetivos:

- Analizar las recomendaciones realizadas por un "Programa de Asesoramiento de Antimicrobianos" (PASA) formado por expertos en enfermedades infecciosas de diferentes especialidades (Medicina Interna, Medicina Intensiva, Farmacia, Microbiología y Medicina Preventiva) para controlar y mejorar el uso hospitalario de antifúngicos.
- Estimar el impacto económico del PASA en el gasto hospitalario de antifúngicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes ingresados tratados con antifúngicos en un hospital general universitario durante noviembre 2016-febrero 2017. Criterios de inclusión: pacientes  $\geq 18$  años 'críticos' (ingresados en UCI y/o Reanimación) ó 'no-críticos' (unidades hospitalarias convencionales) y en tratamiento antifúngico (TAF) con: itraconazol, voriconazol, anidulafungina, caspofungina, flucitosina, anfotericina B deoxicolato (AmB-D) ó liposomal (AmB-L). El TAF era revisado por el PASA los días 0, 7, 14 y 21 desde el comienzo de su prescripción. Variables analizadas: sexo, edad, estrategia terapéutica (empírica/dirigida), antifúngico, servicio prescriptor, foco infeccioso, diagnóstico microbiológico, recomendación dirigida al médico prescriptor (R1-"continuar igual", R2-"desescalada", R3-"modificar dosis/intervalo posológico", R4-"modificar vía administración, R5-"suspensión", R6-"otros"), aceptación, estancia hospitalaria (EH), mortalidad intrahospitalaria y costes de antifúngicos. Las prescripciones de antifúngicos fueron consideradas 'adecuadas' cuando cumplían indicación, posología, vía administración y/o duración según recomendaciones establecidas.

El impacto económico fue calculado mediante la diferencia en el coste total directo del TAF con y sin la recomendación específica elaborada por el PASA. Para estimar el coste evitado debido a la suspensión, se asumió una duración esperada del TAF según las guías clínicas y experiencia propia del centro.

**Resultados:** Durante el período de estudio, 43 pacientes (67,4% hombres, edad media:  $64,6 \pm 14,7$  años) recibieron TAF (53,9% empírico). Se revisaron 53 prescripciones de antifúngicos: anidulafungina (41,5%), voriconazol (26,4%), itraconazol (9,4%), caspofungina (9,4%), flucitosina (5,7%), AmB-D (5,7%) y AmB-L (1,9%). Servicios prescriptores: UCI (34,0%), Medicina Interna (17,0%), Nefrología (9,4%), Reanimación (7,5%), Oncología (7,5%), Hematología (7,5%), otros (17,0%). Focos infecciosos mayoritarios: pulmonar (32,6%) y urinario (25,6%). Hongos aislados (n=25): *Aspergillus* (20,0%), *Candida glabrata* (40,0%), *albicans* (16,0%), *Krusei* (16,0%), *tropicalis* (4,0%) y *parasilopsis* (4,0%).

Se realizaron 73 recomendaciones (1,3 recomendaciones/paciente): R1(54,8%), R5(20,5%), R2(13,7%), R3(4,1%), R6(4,1%) y R4(2,7%). El 45,2% de prescripciones del TAF fueron inadecuadas (29,6% vs 50,0% en pacientes 'críticos' y 'no-críticos', respectivamente). El porcentaje de prescripciones inadecuadas según antifúngico fue: itraconazol (83,0%), flucitosina (75,0%), caspofungina (66,7%), voriconazol (50,0%), anidulafungina (28,6%), AmB-D (25,0%) y AmB-L (0,0%). El grado de aceptación fue 95,9%.

En pacientes 'críticos' y 'no-críticos', la mediana de EH fue 39,0 vs 25,0 días; y la mortalidad, 25,9% vs.19,6%, respectivamente. Según antifúngico, el porcentaje de exitus fue: AmB-D (75,0%), anidulafungina (27,7%), voriconazol (20,0%) y caspofungina (14,3%).

El coste real evitado con las recomendaciones aceptadas fue 24.303,7€ (347,2€ por recomendación aceptada), siendo 5.808,5€ vs.18.495,2€ en 'críticos' y 'no-críticos'. Por tipo de antifúngico, el ahorro fue: anidulafungina (12.387€), caspofungina (8.616,3€), voriconazol (2.934,8€), AmB-D (252,0€), flucitosina (109,1€), itraconazol (4,5€).

El coste de oportunidad con las recomendaciones no aceptadas hubiera sido 82,2€.

**Conclusiones:** La mitad de las prescripciones de antifúngicos en nuestro hospital son mejorables. El elevado grado de aceptación debería mejorar los resultados en salud, disminuyendo además los costes.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.



## VALOR DEL FARMACÉUTICO EN UN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: EL RETO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA PEDIÁTRICA

*Alañón Pardo MM, Tudela Patón P, Vila Torres E, Benet Giménez I, Mallol Yáñez M, Rodríguez Martínez M. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

**Objetivo:** Describir las actuaciones realizadas por el farmacéutico pediátrico durante su incorporación en el equipo clínico del área infantil de un hospital general universitario.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de las actuaciones desarrolladas por el farmacéutico residente de cuarto año durante su rotación clínica de 4 semanas (noviembre 2016) en el área de hospitalización infantil: Neonatología, Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Pediátricos (UCIP).

Las variables registradas fueron: sexo, grupo poblacional (neonatos: 0-28 días, lactantes: 29 días-1 año, niños: 2-12 años), unidad clínica, motivo de ingreso, Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), potenciales Resultados Negativos asociados a Medicación ("Necesidad", "Efectividad", "Seguridad"), significación clínica de los PRM detectados según Modelo de Atención Farmacéutica Infantil del Grupo Español de Farmacia Pediátrica ("potencialmente letal", "seria", "significativa", "menor"), consultas emitidas por equipo clínico ("farmacología", "dosificación", "efectos adversos", "interacciones", "adquisición", "elaboración", "administración", "compatibilidad/estabilidad", "nutrición", "nuevas tecnologías"), emisor (médico/enfermería), tiempo hasta resolución, actuaciones farmacéuticas (AF) para resolver PRM y/o consultas: añadir (AF1), suspender (AF2), sustituir (AF3) tratamiento, modificar dosis (AF4), intervalo posológico (AF5), vía de administración (AF6), velocidad de infusión (AF7) y/o concentración de mezcla intravenosa (AF8), adaptación pediátrica de forma farmacéutica (AF9), monitorización farmacocinética (AF10), alternativa terapéutica disponible en Guía (AF11), evaluación/información sobre medicamentos (AF12), información sobre nuevas tecnologías (AF13), elaboración de protocolos y/o guías terapéuticas (AF14), medicamentos implicados según clasificación ATC y aceptación.

**Resultados:** Durante el período de estudio, el farmacéutico intervino en 20 pacientes (55,5% varones): niños (40,0%), neonatos (30,0%) y lactantes (30,0%). El 45,0% fueron ingresados en Pediatría; 25,0% en UCIN, 15,0% en Neonatología y 15,0% UCIP. Los motivos principales de ingreso fueron: infección vías respiratorias (40,0%), nacimiento prematuro (15,0%), sepsis (10,0%), enfermedad digestiva (10,0%) y otros (25,0%).

Se detectaron 37 PRM (tasa de PRM detectados/100 estancias = 8,9): 54,1% relacionados con "Efectividad", 40,5% "Seguridad" y 5,4% "Necesidad". La significación clínica de los PRM detectados fue: "seria" (37,8%), "significativa" (24,3%) y "menor" (37,8%).

Se realizaron 50 AF (tasa de AF/100 estancias = 12,0). El 26,0% de las AF fueron desarrolladas para resolver consultas (69,2% emitidas por médicos) mayoritariamente relacionadas con: "adquisición" (15,4%), "administración" (15,4%), "compatibilidad/estabilidad" (15,4%) y "nuevas tecnologías" (15,4%). El 84,6% fueron resueltas en  $\leq 24$ h.

Las AF fueron: AF-4 (30,0%), AF-12 (14,0%), AF-9 (16,0%), AF-3 (8,0%), AF-2 (6,0%), AF-1 (4,0%), AF-5 (4,0%), AF-11 (4,0%), AF-13 (4,0%), AF-6 (2,0%), AF-7 (2,0%), AF-8 (2,0%), AF-10 (2,0%) y AF-14 (2,0%). Los grupos farmacológicos con mayor nº IF fueron: J01-"Antibacterianos sistémicos" (25,5%), B05-"Soluciones para perfusión" (19,1%), H02-"Corticoides sistémicos" (14,9%), C03-"Diuréticos" (8,5%), J06-"Sueros inmunes e inmunoglobulinas" (8,5%), B01-"Antitrombóticos" (6,4%) y N02-"Analgésicos" (6,4%). El grado de aceptación fue del 83,8%.

**Conclusiones:** El farmacéutico pediátrico aporta valor al equipo clínico del área infantil, especialmente por la mayor oportunidad de detección de PRM de Efectividad en los pacientes y la resolución de consultas emitidas por los profesionales sanitarios.

Las AF consisten principalmente en la modificación de dosis, evaluación/información sobre medicamentos y adaptación pediátrica de formas farmacéuticas.

Los antibacterianos son el grupo farmacológico más frecuentemente involucrado en las AF.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS ACEPTADAS Y REGISTRADAS DURANTE EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

*Quirós Ambel H, Blázquez Romero C, Manzano Lista FJ, García Sacristán AA, Mateos Rubio J, Moya Gómez P. Hospital Virgen de la Salud, Toledo*

**Objetivos:** Evaluación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante el proceso de validación del tratamiento farmacológico y registradas, una vez son aceptadas por el clínico. Conocer cuáles son los servicios médicos que más aceptan estas IF, y los grupos farmacológicos mayoritariamente implicados.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todas las IF aceptadas y registradas durante dos años (Ene 2015-Ene 2017) en un hospital de 622 camas. Las IF son acciones que lleva a cabo el farmacéutico de forma activa durante el proceso de validación del tratamiento farmacológico, a través de la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de resultados. Éstas son registradas a través del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) Farmatools®. Esta herramienta permite clasificar las IF según tipo de intervención realizada (sustitución farmacológica, cambio de dosificación y posología, cambio en la secuencia horaria, cambio en vía de administración y otros), grupo terapéutico y servicios médicos sobre los que se realiza la IF. Estas variables fueron recogidas en Excel®2010 y analizadas mediante SPSS® v21.

**Resultados:** Un total de 704 IF aceptadas, fueron registradas durante el periodo de estudio. Las intervenciones que se realizaron con más frecuencia, según el tipo, fueron: 33,10% (N=233) sustituciones farmacológicas; 31,30% (N=220) cambios de dosificación y posología; 7,90% (N=56) cambios en la secuencia horaria; 6,10% (N=43) cambios en la vía de administración. Según el servicio; el 23,72% (N=167) de las IF se realizaron en pediatría; 16,05% (N=113) en medicina interna; 13,35% (N=94) cirugía; 9,90% (N=70) traumatología, 5,40% (N=38) neurocirugía; 4,11% (N=29) cardiología y 2,84% (N=20) en otorrino. Los grupos terapéuticos sobre los que se registraron un mayor número de IF aceptadas, fueron: 27,69% (N=165) antibióticos; 8,50% (N=60) analgésicos y antipiréticos, 5,20% (N=37) antiparkinsonianos, antiepilépticos y ansiolíticos; 3,80% (N=27) corticoides, 3,70% (N=26) diuréticos y antihipertensivos; 3,55% (N=25) antiácidos y antiulcerosos; 3,55% (N=25) suplementos nutricionales y 2,40% (N=17) antiagregantes y antitrombóticos entre otros.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, las IF aportan valor y son un apoyo al proceso de validación del tratamiento farmacológico del paciente, pues permiten detectar problemas relacionados con la medicación y aumentan la calidad de las prescripciones médicas. Las IF mayoritariamente realizadas y aceptadas son sustituciones farmacológicas, relacionadas fundamentalmente con la prescripción de fármacos no incluidos en guía y aplicación del protocolo de equivalentes terapéuticos; el alto porcentaje de intervenciones en pediatría se explica por la presencia de un farmacéutico clínico integrado en el servicio, y las intervenciones sobre antimicrobianos en relación a las propuestas de terapia secuencial. Sin embargo, existe un infraregistro de las intervenciones, pues solo registramos las IF aceptadas por el facultativo y no la totalidad de las IF realizadas. Además, este registro solo hace referencia a IF en relación con la medicación prescrita en Farmatools®, y no se registran las IF relacionadas con la quimioterapia, nutrición parenteral ni formulación magistral. Debemos potenciar y fomentar el registro informatizado de las IF a través del PEA como instrumento de mejora de la calidad y seguridad de la farmacoterapia, y como herramienta para justificar y cuantificar la actividad del farmacéutico.

**Conflicto de intereses:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO GRAVES Y/O RECURRENTES EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

García Martínez EM, Gómez Villena A, Meseguer Vizcaíno L, Moya Castillo A, Fernández Garijo LL, López Poveda A. Albacete

**Objetivo:** Descripción y análisis del registro y seguimiento específico de pacientes con ITUs graves y/o recurrentes en un sociosanitario.

**Métodos:** Se implantó un registro y seguimiento de pacientes con ITUs graves y/o recidivantes en un centro de 115 residentes. Se analizaron los datos obtenidos desde la implantación de 18 meses de duración. Ante la sospecha de ITUs graves y/o recidivantes el paciente se registraba y se incluía en un protocolo de seguimiento especial. Se excluyeron pacientes con sintomatología leve o de cistitis sin episodios recurrentes previos que se resolvieron sin tratamiento o con tratamiento de dosis única de fosfomicina trometamol. Se analizaron otros datos de la historia: diabetes, incontinencia fecal/urinaria, grado de dependencia (con Katz y Barthel), grado de deterioro cognitivo (escala Lobo), inmovilidad (Escala Tinetti).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio fueron registrados 16 pacientes con ITUs graves y/o recurrentes, 13 de las cuales eran mujeres. El 81,3% fueron clasificados como dependientes. En cuanto al deterioro de movilidad, según índice Tinetti más de la mitad tenía menos de 14. 5 padecían diabetes. 80% presentaban incontinencia urinaria. El 68,8% presentaban incontinencia fecal.

Se registraron 35 episodios diferentes. En la mayoría de ellos se aisló *Escherichia coli* (77%). Otros microorganismo implicados fueron *Klebsiella pneumoniae*, 4 episodios de 3 pacientes, *Enterococcus faecalis*, 3 cultivos de 3 pacientes, *Providencia stuarti* y *Citrobacter freundii* en 2 y *Proteus mirabilis* y *Morganella morganii* aislados en un mismo episodio.

Se detectó resistencia principalmente a Ampicilina (76,5%) y a Amoxicilina/Clavulánico (67,9%). En 5 pacientes apareció *E.coli* productor de beta-lactamasa de espectro ampliado. No obstante en 3 casos no identificados como tal se indujo la resistencia de Amoxicilina/Clavulánico y Cotrimoxazol. Con respecto a quinolonas se encontró resistencia a Norfloxacinó en 46,9 % y en los 7 casos que se testó Ciprofloxacino apareció resistencia. Solo apareció resistencia a Fosfomicina en 20,6% y a Nitrofurantína en 14,7 %.

El tratamiento más utilizado fue Fosfomicina-Cálcica (51,4%), seguido de Nitrofurantoína (14,3%) y Amoxicilina/Clavulánico (11,4%). Y ya en menor medida Ciprofloxacino (8,6%), Cefuroxima y Cotrimoxazol (5,7%) y en un caso Norfloxacinó. La duración del tratamiento fue en general de 10 días aunque en 9 procesos se amplió a 14. Los urocultivos de control fueron negativos en 80,6% de los procesos. En todos los casos en lo que el urocultivo de control fue positivo el tratamiento utilizado previamente fue Fosfomicina.

**Conclusiones:** Se observa un alto porcentaje de pacientes dependientes, con deterioro cognitivo y baja movilidad. Estos suelen ser incontinentes y dependientes para la higiene, lo cual lleva a hacer hincapié al personal sanitario en la mejora de medidas higiénicas. A pesar de las resistencias detectadas se muestra sensibilidad a antibióticos antiguos como nitrofurantoína. Cabe destacar la inducción de resistencia a amoxicilina/clavulánico.

Implantar en las Residencias un registro y seguimiento de pacientes con ITUs graves y/o recurrentes puede ayudar al diseño de protocolos de actuación específicos para cada centro y mejorar el manejo de estos pacientes. Se está diseñando en el centro un protocolo específico de medidas higiénicas de prevención para estos pacientes y una guía de tratamiento empírico según el perfil microbiológico encontrado.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

*Domínguez Barahona A, Blázquez Romero Cristina, Manzano Lista FJ, Martínez Sesmero JM, García Sacristán A, Moya Gómez P.*

*Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

**Objetivo:** Analizar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) del Servicio de Urgencias (SU) tras la presencia de un farmacéutico en dicho servicio durante todo un año.

**Material y métodos:** De Enero a Diciembre de 2015 se incorporó un farmacéutico al SU desarrollando las funciones de conciliación de la medicación, gestión de stocks de botiquín, elaboración de protocolos, farmacovigilancia, etc.

En Abril de 2016 se llevó a cabo un estudio descriptivo, analítico, prospectivo y transversal en el que se elaboró una encuesta de opinión anónima que se entregó a todo el personal del SU (médicos, enfermeros/as y auxiliares de enfermería).

Encuesta estructurada en dos secciones: una referida a aspectos generales en cuanto a la aportación que supone para el SU y los pacientes la presencia del farmacéutico (mejora de la calidad asistencial, control del sistema de utilización de medicamentos, validación de la prescripción, etc.) y otra sobre actividades específicas en las que el farmacéutico de Urgencias podría ser útil (ajuste posológico, interacciones, selección de medicamentos, empleo de medicamentos en el embarazo, toxicología, conciliación, etc.).

Cada pregunta fue valorada con una escala del 1 al 5 donde 1 correspondía a totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo.

Los datos se trataron con SPSS V15.0.

**Resultados:** De las 150 encuestas repartidas, 59 profesionales respondieron a la misma (39,3%) repartidos en: 22 médicos, 26 enfermeros/as y 11 auxiliares de enfermería.

En la primera sección, la puntuación media global fue superior a 4 (4,33 entre los médicos, 4,68 entre los enfermeros/as y 4,8 entre los auxiliares de enfermería). El ítem mejor valorado, con una puntuación de 4,70, fue "La validación de la prescripción por parte del farmacéutico contribuye a mejorar la seguridad en la administración de los medicamentos". Solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (ES) entre las distintas categorías de profesionales sanitarios en el ítem "Contacto más con un farmacéutico cuando se encuentra en el SU" ( $p=0,025$ ).

En la segunda sección la puntuación media global fue de 4,5 (4,2 entre los médicos, 4,63 entre los enfermeros/as y 4,81 entre los auxiliares de enfermería). El ítem mejor valorado fue "El farmacéutico podría ser útil en el manejo de las interacciones medicamentosas" con una puntuación de 4,75 y "El farmacéutico podría ser útil en el manejo de medicamentos en toxicología" con una puntuación de 4,72. No se obtuvieron diferencias ES ( $p>0,05$  en todos los ítems) entre las distintas categorías de profesionales sanitarios.

**Conclusión:** La presencia del farmacéutico en el SU cuenta con un elevado grado de satisfacción por parte de los profesionales sanitarios, obteniendo especial relevancia en la validación farmacéutica y en el manejo de interacciones e intoxicaciones.

Todos los ítems tuvieron similar valoración entre las distintas categorías de profesionales sanitarios salvo el ítem "Contacto más con un farmacéutico cuando se encuentra en el SU", que fue mejor valorado por auxiliares de enfermería.

Las encuestas de satisfacción son una herramienta útil para conocer la opinión de los profesionales y detectar áreas de mejora.

**Conflicto de intereses:** no.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: 'REAL WORLD DATA'

<sup>1</sup>Alañón Pardo MM, <sup>1</sup>Fernández Marchante AI, <sup>1</sup>Vicente Sánchez MP, <sup>2</sup>García López MJ, <sup>1</sup>Sánchez Cadena A.  
<sup>1</sup>Rodríguez Martínez M. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital General  
Universitario de Ciudad Real.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad y la seguridad de la quimioterapia (QT) administrada en pacientes con cáncer de mama triple negativo (CMTN).

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes diagnosticadas de CMTN entre Noviembre 2008–Diciembre 2010 en un hospital general terciario y en seguimiento hasta diciembre 2016. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica al diagnóstico. Variables registradas: edad, estado menopáusico, subtipo y grado histológico (G1: bajo, G2: moderado, G3: alto), expresión de Ki67, p53 y Bcl-2, índice de proliferación celular Ki-67 (<15%: bajo, 15-30%: intermedio; >30%: alto) y estadio tumoral (clasificación TNM) al diagnóstico, línea y esquema de QT, reacciones adversas (RA) clasificadas según CTCAE v.4.0, motivos de suspensión, fecha de progresión y/o exitus.

La efectividad fue evaluada mediante la tasa de supervivencia global a los cinco años (TSG<sub>5años</sub>) y medianas de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

Fuentes consultadas: historia clínica electrónica y programa de prescripción electrónica de QT.

**Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes con CMTN (edad media: 57,8±16,2 años; 50,0% post-menopáusicas). Subtipos histológicos: carcinoma ductal infiltrante (81,8%) e 'in situ' (9,1%), medular (4,5%) y metaplásico (4,5%). G3 fue el más frecuente (63,6%). El 95,5% expresó Ki-67 (52,4% proliferación alta, baja: 28,6%, intermedia: 19,1%); 63,6% p53 y 31,8% Bcl-2. Estadios tumorales mayoritarios: II-A (31,8%), I (27,3%) y III-A (22,7%).

En primera línea, el 81,8% de las pacientes recibió QT adyuvante y el 18,2% neoadyuvante. Los esquemas administrados fueron: doxorubicina+ciclofosfamida (AC) (40,9%), fluorouracilo+epirrubicina+ciclofosfamida (FEC) (27,3%), ciclofosfamida+metotrexato+fluorouracilo (CMF) (13,6%), carboplatino+docetaxel (9,1%), cisplatino+docetaxel (4,5%) y ciclofosfamida+docetaxel (4,5%). El 45,5% de pacientes recibió taxanos (T) secuencialmente a antraciclinas (A). El 36,4% recibió una segunda línea: paclitaxel+bevacizumab (37,5%), AC+T (25,0%), carboplatino+paclitaxel+bevacizumab (12,5%), paclitaxel (12,5%) y carboplatino+docetaxel (12,5%).

La QT de primera línea proporcionó una TSG<sub>5años</sub>=77,3% (100% neoadyuvante; 62,5% adyuvante), medianas de SG=36,5 meses y SLP=22,0 meses. La TSG<sub>5años</sub> fue mayor para FEC±T (100%) que CMF (66,7%) ó AC±T (55,6%). La mediana de SG fue, respectivamente: 55,0 vs 35,0 meses (con y sin taxanos) y 'no alcanzada' vs 36,5 meses (con y sin platinos). La mediana de SLP fue: 49,0 vs 24,0 meses (con y sin taxanos) y 45,0 vs 22,0 meses (con y sin platinos).

La segunda línea obtuvo una mediana de SG=22,0 meses en pacientes tratadas con QT+bevacizumab, mientras que no fue alcanzada en pacientes con QT sin bevacizumab.

Las RA fueron (n=20): hematológicas (35,0%), gastrointestinales (15,0%), astenia (15,0%), neurológicas (10,0%), endocrinas (5,0%), hepatobiliares (5,0%), infecciones (5,0%), metabólicas (5,0%), vasculares (5,0%). El 27,3% de pacientes suspendieron QT por toxicidad: CMF (33,3%), paclitaxel (33,3%), docetaxel (16,7%) y paclitaxel+bevacizumab (16,7%).

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia, la administración de QT neoadyuvante consigue las tasas más elevadas de SG a cinco años.

Los valores obtenidos de SG y SLP sugieren que la efectividad de la QT de primera línea aumenta con la adición de fluoropirimidinas, taxanos o platinos, pero se necesitarían otros estudios con mayor tamaño muestral para confirmar nuestros resultados.

Los esquemas con taxanos y CMF producen interrupciones por toxicidad con mayor frecuencia.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, CALIDAD DE VIDA Y SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON APREMILAST

*Alvarez Nonay A1, Blanco Crespo M<sup>1</sup>, Melgar Molero V<sup>2</sup>, Lázaro López, A<sup>1</sup>, Ruiz González L<sup>1</sup>, Horta Hernández A<sup>1</sup>, <sup>1</sup>Servicio de Farmacia. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara*

**Objetivos:** Apremilast es el primer inhibidor de la fosfodiesterasa-4 (PDE4) autorizado en el tratamiento de pacientes adultos con psoriasis en placas crónica (Ps) y/o artritis psoriásica (APs).

El objetivo de este estudio es conocer el perfil de prescripción y analizar la calidad de vida de los pacientes y la seguridad de Apremilast en un hospital de segundo nivel.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado desde Febrero de 2016 a Febrero de 2017.

La recogida de datos se realizó mediante la revisión de historia clínica electrónica y el módulo de pacientes externos de Farmatools®.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio prescriptor, diagnóstico, duración del tratamiento, tratamiento previo con terapia biológica (TB), tratamiento concomitante, Dermatology Quality of Life Index (DLQI) al inicio y en semana 16, aparición de reacciones adversas (RA) y motivo de suspensión.

Los pacientes fueron entrevistados telefónicamente o en la consulta de atención farmacéutica para conocer: tipo de RA, motivo de omisión de dosis y DLQI en el momento actual.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes: 54% hombres con una mediana de edad de 47 años (38 - 64).

77% diagnosticados de Ps en seguimiento por Dermatología (40% Ps palmo-plantar, 30% Ps en placas, 20% Ps en cuero cabelludo y un 10% Ps ungueal) recibían apremilast en monoterapia. El resto (23%), diagnosticados de APs por reumatología, habían sido tratados con TB y recibían tratamiento con apremilast + AINES.

La mediana del tiempo en tratamiento fue de 3 meses (1-9).

En los pacientes con Ps, 40% habían completado 16 semanas de tratamiento, presentando una mediana del valor DLQI en semana 0 de 11 (6-12) (efecto importante) y de 2 (0-7) (efecto leve) en semana 16.

67% de los pacientes con APs suspendieron el tratamiento por aparición de RA. El resto, 33% está recibiendo un 50% de la dosis por mala tolerancia.

Respecto al perfil de seguridad, el 85% de los pacientes sufrieron algún efecto adverso: 77% molestias digestivas (diarrea 69%, náuseas/vómitos 54%); 54% migraña y/o cefaleas; 46% insomnio; 23% disminución del estado de ánimo; 46% disminución del apetito y/o pérdida de peso; 31% Infecciones respiratorias y un 15% fatiga.

El 54% de los pacientes había omitido alguna toma durante el tratamiento, en el 71% la causa fue el olvido.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes en tratamiento con Apremilast son pacientes con Ps en seguimiento por dermatología, observándose una disminución mayor de 5 puntos en los valores de DLQI.

Los pacientes con APs presentaron una mala tolerancia al tratamiento que obligó la suspensión del fármaco o reducción de dosis.

La aparición de RA tanto en APs como en Ps es muy elevada, siendo las molestias digestivas, metabólicas y del sistema nervioso las más frecuentes.

Sería interesante continuar la monitorización de todos pacientes en semana 16 y 52 para conocer la tolerancia de este fármaco a largo plazo y valorar su continuación.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)



**EXPERIENCIA DE USO DE OMALIZUMAB EN ALERGIA ALIMENTARIA**

**Gómez Lluch MT<sup>1</sup>, Fraga Fuentes MD<sup>1</sup>, Candón Morillo R<sup>2</sup>, Sánchez Serrano JL<sup>1</sup>, Heredia Benito M<sup>1</sup>, Prado Mel E<sup>1</sup>.**

**Servicio de Farmacia<sup>1</sup>. Servicio de Alergología<sup>2</sup>. Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.**

**Objetivos:** La alergia alimentaria afecta aproximadamente al 6% de la población Europea, convirtiéndose en un importante problema de salud pública. Además tiene una alta prevalencia en la población infantil, siendo la alergia a leche de vaca (LV) y huevo la más común en este grupo de edad (2-3%). Actualmente no existe terapia efectiva para estos pacientes, y es la inmunoterapia oral (IOT) lo que ha demostrado mejores resultados. Sin embargo, no está exenta de reacciones adversas y pacientes refractarios. Con el objetivo de mejorar la seguridad y eficacia de IOT, omalizumab (anticuerpo monoclonal humanizado tipo IgE) ha sido utilizado fuera de ficha técnica (FFT) como terapia adyuvante, fundamentalmente en pacientes anafilácticos o con alto grado de sensibilización. El objetivo del estudio fue establecer un protocolo y examinar la eficacia y seguridad de omalizumab FFT como terapia añadida a IOT en una cohorte de pacientes con alergia anafiláctica a LV.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en pacientes mayores de 5 años con historia de alergia inmediata a LV (en las dos primeras horas desde la ingestión) IgE mediada, y en los cuales la desensibilización convencional estaba contraindicada (CI) o había fracasado. La alergia a LV fue confirmada mediante: (1) test cutáneo positivo para la LV entera o, al menos, proteína de LV: caseína, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina, con una pápula de diámetro de 3 mm mayor que el control de solución salina, (2) detección de IgE específica >0,35 KU/L de leche entera o cualquiera de sus proteínas, medida por la enzima de fluorescencia inmunoensayo, (3) provocación oral con LV con una reacción anafiláctica. Todos los pacientes recibieron premedicación con cetirizina. Los criterios de exclusión incluían la presencia de enfermedades malignas o autoinmunes y aquellas en las cuales el uso de adrenalina estuviera CI. Los participantes fueron pretratados con omalizumab (8 semanas antes del inicio de IOT) y posteriormente de forma conjunta durante 16 semanas. La dosis fue acorde con el peso y el nivel de IgE según la fórmula: 0,016 mg/kg Ku/l de IgE cada mes.

**Resultados:** Se reclutaron 6 pacientes (edad media: 6,4 años) con niveles medios de IgE total en suero de 410,5 kU/L. Las medias de IgE específicas (U/ml) fueron: caseína: 46,79; alfa-lactoalbumina: 2,49; beta-lactoglobulina: 3,5; leche de vaca: 57,8. La mitad de los sujetos tenía antecedentes personales de asma. Los pacientes mostraron una buena tolerancia al incremento de dosis de leche, consiguiendo un mínimo de 200ml, y continuando con dieta libre 6 meses después de la discontinuación de omalizumab. El tratamiento fue seguro y los resultados fueron satisfactorios, disminuyendo las reacciones asociadas a la IOT.

**Conclusiones:** Omalizumab es una prometedora terapia adyuvante para IOT la cual permite una desensibilización más rápida con menos reacciones adversas. Sin embargo, más estudios con más sujetos y ensayos clínicos son necesarios con el fin de determinar eficacia, dosis y tiempo de la terapia en estos pacientes.

**Conflicto de intereses:** no.

[\(Enlace al póster\)](#)



## ADAPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO DE ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES NO ESTÉRILES QUE CONTIENEN MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS

*Domínguez Barahona A, García Palomo M, Quirós Ambel H, Manzano Lista FJ, García Sacristán A, Moya Gómez P.*

*Hospital Virgen de la Salud. Toledo*

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es revisar y actualizar los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de las fórmulas magistrales no estériles (FMNE) elaboradas en el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel, basándonos en las recomendaciones recogidas en el “Documento Técnico de Medicamentos Peligrosos”, publicado en septiembre de 2016 por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MESS).

**Material y métodos:** Revisión de los principios activos biopeligrosos contenidos en el Documento Técnico emitido por el MESS y que forman parte del listado de PNT de FMNE del área de Elaboración de no estériles del hospital. Comparación de las medidas de protección descritas en cada PNT en el que figura el uso de un medicamento biopeligroso con las que figuran en el Documento Técnico. Modificación y adaptación de los PNT de las FMNE en cuanto a los equipos de protección individual (EPIs) y necesidad de cabinas de seguridad biológica (CSB).

**Resultados:** De los 175 PNT de FMNE que elabora el S. Farmacia, 10 contenían principios activos biopeligrosos (ciclosporina, espironolactona, mercaptopurina, sirolimus, tacrolimus, temozolamida, tioguanina, topiramato, valganciclovir, zonisamida) y uno contenía ácido 13 cis retinoico que no se encuentra en el Documento Técnico pero sí en su forma “trans”, y que también fue considerado por ello para su revisión.

Ningún PNT era completamente correcto desde el punto de vista de los EPIs en la preparación (obligatorio uso de doble guante, mascarilla FP3, bata y gafas), pero sí en cuanto a la necesidad de CSB. En 3 de ellos (espironolactona, topiramato, zonisamida) no estaba contemplado en el PNT la necesidad de EPIs. En los otros 7 no figuraban todos o fue necesario corregir alguna de los EPIs. En el caso de la isotretinoína tanto la necesidad de EPIs como de CSB estaba contemplado.

**Conclusiones:** Las publicación de las recomendaciones que figuran en el “Documento Técnico de Medicamentos Peligrosos” del MESS, hacen necesaria la revisión y actualización de los PNT de las FMNE en el área de elaboración de no estériles para garantizar la protección del personal elaborador.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE ANTIEPILÉPTICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS ADHERIDOS AL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Sánchez Rubio F. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.*

**Objetivos:** Los antiepilépticos son fármacos con estrecho margen terapéutico. Su uso en la práctica clínica es muy complejo y requiere la monitorización de sus niveles en sangre para conseguir el efecto terapéutico deseado y evitar su toxicidad.

El objetivo del estudio fue revisar y evaluar a todos los pacientes en tratamiento con antiepilépticos clásicos monitorizables en los centros sociosanitarios (CSS) adheridos al Servicio de Farmacia de nuestro Hospital.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los residentes de 6 CSS en tratamiento en ese momento con Ácido valproico, Carbamazepina, Fenitoína y/o Fenobarbital, que son los únicos antiepilépticos monitorizables en nuestro Hospital.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad y sexo), diagnóstico y tratamiento (número de fármacos, fecha de la última medición de niveles de antiepilépticos en sangre, concentraciones séricas y rango terapéutico).

La obtención de datos se realizó con el programa informático Gestión de pacientes ambulantes Farmatools® e historia clínica informatizada Mambrino XXI®.

**Resultados:** Del total de 772 residentes, 147 tomaban algún tipo de antiepiléptico; pero sólo se incluyeron a los 31 pacientes (58.0% mujeres) que tomaban los antiepilépticos clásicos monitorizables; con una media de edad de  $74.35 \pm 7.05$  años. El diagnóstico principal fueron patologías neurológicas como el retraso psicomotor y la demencia degenerativa. La media de antiepilépticos que llevaban como tratamiento fue de  $1.16 \pm 0.78$  fármacos.

Se detectó que sólo 12 pacientes sí que tuvieron concentraciones óptimas de estos antiepilépticos en sangre en la última analítica; mientras que 7 pacientes no tenían los niveles séricos en rango (85.7% tenía valores infraterapéuticos y 14.3% niveles tóxicos). Destacar que a los otros 12 pacientes no les habían solicitado todavía ningún nivel en sangre desde el inicio del tratamiento.

**Conclusiones:** El número de casos detectados, en los que la terapia antiepiléptica no estaba dentro del rango terapéutico efectivo ó no había sido todavía monitorizada, ha sido muy elevado (61.2% de los casos).

La intervención farmacéutica realizada en los CSS es una herramienta crucial y que puede ayudar a detectar, corregir y prevenir errores de dosificación de antiepilépticos.

Gracias a este estudio nos hemos propuesto evaluar la utilización de otros fármacos de estrecho margen terapéutico, con el fin de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes institucionalizados.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## RESPUESTA COMPLETA A ENZALUTAMIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Sánchez Rubio F, Clemente Andújar M, Plata Paniagua S, Díaz Rangel M, Marco del Rio J, Pérez Alpuente I.  
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.*

**Objetivos:** Enzalutamida está indicada en primera línea para el tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) que sean asintomáticos o levemente sintomáticos tras el fracaso del tratamiento de deprivación de andrógenos.

El objetivo del estudio ha sido describir la respuesta al tratamiento con enzalutamida en un paciente diagnosticado de CPRCm en nuestro hospital.

**Material y métodos:** La revisión y obtención de los datos del paciente se realizó a partir de la historia clínica informatizada Mambrino XXI<sup>®</sup>. Ámbito: hospital universitario de tercer nivel. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad y sexo), de tratamiento (fecha inicio/fin de tratamiento con enzalutamida y antiandrógenos), concentración de antígeno prostático específico (PSA) y respuesta radiológica.

**Resultados:** Varón de 61 años de edad que fue diagnosticado de adenocarcinoma de próstata en noviembre de 2012 (PSA: 30.43 ng/ml y Gleason (4+3)=7). Inicia en ese momento bloqueo androgénico completo (BAC) con bicalutamida y leuprorelina acetato trimestral. Tras año y medio con PSA negativizado y sin progresión radiológica, en junio de 2014 aparecen lesiones óseas osteolíticas y aumento de PSA a 2.39 ng/ml. Se decide entonces retirar bicalutamida e iniciar radioterapia (RT) pélvica y prostática tras confirmarse afectación ganglionar retroperitoneal. En septiembre, tras varios ciclos de RT el PSA siguió aumentando hasta 4.50 ng/ml y se decide cambiar el análogo de LHRH por triptorelina trimestral. Ya en enero de 2015, ante la progresión ganglionar retroperitoneal y PSA 6.67 ng/ml se diagnostica de CPRCm y se solicita autorización para tratamiento con enzalutamida. En abril, comienza dicho tratamiento a dosis de 160mg/día. El paciente acude a sus revisiones y refiere buena tolerancia al tratamiento. A las dos semanas el PSA había descendido a 1.68ng/ml, y tras 5 semanas, a 0.08ng/ml. En controles posteriores a los 2, 3 y 5 meses el paciente seguía con el PSA negativizado, sin presentar efectos adversos y realizando vida activa normal. A los 8 meses, la tomografía computerizada (TC) confirmó que no había habido cambios en las lesiones óseas descritas en TC previas sin aparición de nuevas lesiones; con lo que el paciente había logrado remisión completa en relación con las lesiones ganglionares retroperitoneales. Por último, a los 12 meses (abril de 2016) los oncólogos concluyen que ha habido respuesta completa al tratamiento con enzalutamida y el paciente es candidato a suspender el fármaco. El seguimiento posterior hasta su última revisión en enero de 2017 muestra que el paciente continúa asintomático sin tratamiento y en remisión completa radiológica y por PSA.

**Conclusiones:** Enzalutamida en 1ª línea de tratamiento en CPRCm ha conseguido en nuestro paciente una respuesta y remisión completas tanto radiológica como por negativización del PSA.

El paciente fue considerado apto de finalizar tratamiento con enzalutamida a los 12 meses y está en seguimiento periódico por la consulta de Oncología de nuestro hospital.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

*Díaz Rangel M, Lerma Gaude V, Sánchez Rubio F, Marco del Río J, Domingo Chiva E, Pérez Alpuente I.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete*

**Objetivos:** La leucemia linfática crónica (LLC) es una enfermedad con múltiples recaídas que requieren varias líneas de tratamiento. Ibrutinib actúa como un potente inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton, que es una importante molécula de señalización de las vías del receptor de antígenos del linfocito B y de citoquinas. El objetivo de este estudio es analizar la utilización, supervivencia libre de progresión (SLP) y eventos adversos (EA) en pacientes con LLC tratados con ibrutinib.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, que incluye todos los pacientes con LLC tratados con ibrutinib en un hospital universitario de tercer nivel. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, presencia de delección cromosoma 17p o mutación del cromosoma TP53, tratamientos previos, posología de ibrutinib, reducción dosis, línea de tratamiento, EA y SLP. Fuentes de información: programa informático Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Análisis estadístico: programa STATA® v.13. Los EA se clasificaron según la Common Toxicity Criteria v 4.0. La variable de efectividad utilizada fue la SLP, definida como el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

**Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes (6 hombres) con una mediana de edad de 81,5 años (51-94) al inicio del tratamiento. Sólo un paciente presentaba delección del cromosoma 17p y ninguno mutación del cromosoma TP53. En cuanto a tratamientos previos, se utilizó en cuatro pacientes rituximab-fludarabina-ciclofosfamida; en seis pacientes clorambucilo; rituximab-bendamustina en tres pacientes y en dos pacientes rituximab y ciclofosfamida en monoterapia, respectivamente. La posología de ibrutinib utilizada en todos los casos fue 420 mg/24h, requiriendo sólo en uno una reducción a 280 mg/24h por anemia. Ibrutinib se utilizó en segunda línea mayoritariamente, en cuarta en dos pacientes y en tercera en uno. Los EA más frecuentes según su gravedad fueron: G3 (neumonía en 4 pacientes) y G2 (neutropenia en 3 pacientes, anemia en uno y trombocitopenia en uno). El resto de EA fueron leves y descritos en la bibliografía (pirexia, edema periférico, artralgia y fatiga). Dos pacientes presentaron fibrilación auricular durante el tratamiento con ibrutinib. En cuanto a la SLP, en dos pacientes se suspendió el tratamiento por deterioro clínico, obteniendo una media de SLP de 3,5 meses; y el resto de pacientes que continúan actualmente con ibrutinib presentan una mediana de seguimiento de 4,9 meses.

### Conclusiones:

- La utilización de ibrutinib en nuestro centro se adecua a ficha técnica y las reducciones se han llevado a cabo según bibliografía.
- La mediana de SLP de los pacientes que finalizaron el tratamiento (3,5 meses), es muy inferior a la obtenida en ensayos clínicos (RESONATE 19,4 meses). Por otro lado, la mediana de SLP del estudio será modificada tras el seguimiento del resto de pacientes que continúan en tratamiento.
- En nuestro estudio se ha obtenido un porcentaje mayor de neumonía G3 (33% vs 7%) y de FA (17% vs 5%) comparado con el ensayo pivotal.
- Al tratarse de un fármaco de reciente comercialización se requiere un seguimiento más estrecho y duradero para evaluar efectividad y seguridad.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

**ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

*Manzano Lista FJ, Blázquez Romero C, Martínez Sesmero JM, Quirós Ambel H, García Sacristán A, Domínguez Barahona A, Mateos Rubio J, Moya Gómez P.  
Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo*

**Objetivo:** Describir las intervenciones farmacéuticas (IF) efectuadas durante el proceso de conciliación en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) y analizar el grado de aceptación de dichas intervenciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional y analítico retrospectivo de las IF registradas en el SUH de un hospital de tercer nivel durante la rotación de un residente de cuarto año (15/01/2017-26/02/2017).

Se revisaron las prescripciones de todos los pacientes pendientes de ingreso que además cumplían los siguientes criterios: >65 años, pluripatológico, plurimedicado (>5 fármacos) y prescripción de medicamentos de alto riesgo. Esta prescripción se comparó con la medicación habitual del paciente obtenida mediante entrevista clínica, directamente con el paciente o en su defecto con los familiares, y/o informes clínicos previos obtenidos mediante el aplicativo Turriano®.

Los datos recogidos fueron: número de historia clínica, sexo/edad/líneas de tratamiento prescritas/número de discrepancias no justificadas (DNJ)/IF realizada/aceptación (SI/NO).

Se consideraron aceptadas cuando motivaron un cambio de prescripción en las siguientes 24h.

Por cada DNJ se realizó de forma oral o escrito al médico prescriptor una IF. Estas se clasificaron como: Iniciar medicación, Modificación de: dosis/vía/frecuencia, Completar prescripción, Modificación de la prescripción, Suspensión de tratamiento, Adecuación de la prescripción, Plantear alternativa según protocolo de equivalentes terapéuticos (PET), Plantear alternativa no contemplado en PET y Recomendación de monitorización del fármaco.

Los fármacos sobre los que se realizaron las IF se clasificaron según la ATC.

Toda la información se registró en una tabla EXCEL® v2010 y se analizó con SPSS® v22.

**Resultados:** Se revisaron 93 pacientes (48,38% mujeres, edad media de 77,01±9,99 años). En total se revisaron 466 líneas de prescripción (5,01 LT/paciente) y se registraron 163 IF (1,75 IF/paciente). Del total: 54-(33,12%) se efectuaron tras la entrevista clínica con el paciente.

Los grupos terapéuticos con mayor volumen de IF fueron: Cardiovascular: 53-(36,08%); Antidepresivos: 23-(15,97%); Antiparkinsonianos: 14-(9,72%); Hipocolesteromaintes: 12-(8,33%) y Ansiolíticos: 9-(6,25%) y 66-(40,49%) correspondiente a otros grupos.

Las IF que se realizaron fueron: 102-(62,57%) inicios de medicación, 22-(13,49%) planteamientos de alternativa según PET, 10-(6,13%) recomendaciones para modificar dosis/vía/frecuencia, 8-(4,90%) planteamientos de alternativas no contempladas en el PET, 7-(4,29%) completar la prescripción, 6-(3,68%) suspensiones de tratamiento, 6-(3,68%) adecuaciones de la prescripción, 5-(3,06%) modificaciones de la prescripción y 1-(0,61%) monitorización del fármaco.

Del total de las IF registradas, 66-(40,50%) fueron aceptadas por el facultativo responsable, el resto: 71-(42,51%) no fueron aceptadas y en 26-(15,56%) no se pudo conocer la aceptación o no de la IF.

El grupo mayoritario donde se aceptaron las IF fue en el cardiovascular (51,81%) no existiendo diferencias significativas entre los grupos ( $p=0,458$ ).

**Conclusiones:** El grado de aceptación por parte del facultativo no llegó al 50% y la IF más frecuente fue la de iniciar un medicamento crónico no prescrito en SUH. Es necesario establecer acciones de mejora para concienciar sobre la importancia de la continuidad de la medicación en la transición asistencial dirigido a una mejora en salud.

Así, el papel del farmacéutico cobra una especial importancia para garantizar un correcto y completo tratamiento, aportando una mayor seguridad y calidad en el tratamiento de los pacientes.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

