



XIII JORNADA CIENTÍFICA DE LA
SOCIEDAD CASTELLANO MANCHEGA
DE FARMACIA HOSPITALARIA

20 y 21 de **Abril** de 2018

Talavera de la Reina

Salón de Actos

Hospital General Nuestra Señora del Prado

Organiza:



Colabora:



**XIII JORNADA CIENTIFICA SCMFH
TALAVERA DE LA REINA
20 y 21 de Abril de 2018**

LIBRO DE RESÚMENES

COMITÉ CIENTÍFICO



Comité Científico
PRESIDENTE
Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez

VOCALES
Dra. Beatriz González Joga
Dra. Beatriz García Esteban
Dra. Ana M^a Horta Hernández
Dra. Raquel Lozano Toledo
Dra. Caridad Martí Gil
Dra. Cristina García Gómez
Dra. Beatriz Proy Vega
Dra. Esther Domingo Chiva
Dra. Lorena Ruiz González
Dra. Cristina Blázquez Romero
Dra. Adriana Álvarez Nonay

COMITÉ ORGANIZADOR



Comité Organizador
PRESIDENTE:
Dra. M^a Antonia Berrocal Javato

VOCALES:
Dra. M^a Carmen Iranzu Aperte
Dra. Clara Piqueras Romero
Dr. David García Marco
Dra. Eva Martín Alcalde
Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 20 de Abril 2018

15:00 h: Reunión de la Junta Directiva, Comité Organizador y Comité Científico.

17:00 h: Reunión Residentes

18:00h - 20:00 h: Compartiendo experiencias en hospitales de Castilla-La Mancha.

Modera: Beatriz González Joga. Hospital General Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina.

- Soluciones Tecnológicas para medicamentos peligrosos y desprescripción. David García Marco. Jefe Sección S. Farmacia. Hospital Nacional de Parapléjicos.
- Monitorización farmacoterapéutica y resultados en salud con eculizumab en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Élida Vila Torres. Farmacéutica. Hospital General Universitario de Ciudad Real.
- Experiencia con la Docencia pregrado. Cristina García Gómez. Farmacéutica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Proyecto FARMALINF@RMA-112. Incorporación del farmacéutico clínico en Urgencias. Retos y Oportunidades. Julia Sánchez Gundín. Farmacéutica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.
- Sistema experto de alertas en la validación farmacéutica del tratamiento con citostáticos. Paula De Juan-García Torres.

Farmacéutica. Hospital Universitario de Guadalajara.

- El farmacéutico en Urgencias: el gran desconocido. Cristina Blázquez Romero. Farmacéutica. Complejo Hospitalario de Toledo.

21:30 h: Cena Bienvenida

Sábado 21 de Abril 2018

9:30h-10:00h: *Inauguración Oficial* de la Jornada

- *Dra. Carmen Encinas Barrios.* Jefe de Área de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM.
- *Dr. José María Ruiz de Oña.* Director Gerente. Gerencia de Atención Integrada Talavera de la Reina.
- *Dr. Juan José Camacho Parejo.* Director Médico. Gerencia de Atención Integrada Talavera de la Reina.
- *Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez.* Presidente de la SCMFH.
- *Dra. M^a Antonia Berrocal Javato.* Presidenta del Comité Organizador.

10:00h. - 11:30h: *Mesa Redonda.*

Resultados y eficiencia de los nuevos tratamientos ¿Dónde se cruza la línea?

Modera: Dolores Fraga Fuentes. Farmacéutica. Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

- Presente del tratamiento del Mieloma Múltiple. Dr. Luis Felipe Casado Montero. Hematólogo.

Complejo Hospitalario de Toledo.

- Enfermedades inmunomediadas: Presente y futuro del asma grave. Dr. Álvaro Moreno Ancillo. Alergólogo. Hospital General Ntra. Sra. del Prado.
- El aterrizaje de los biosimilares en la práctica clínica. Cesar Hernández García. Jefe de departamento de medicamentos de uso humano Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

11:30h - 12:00h: Pausa- Café

12:00 - 13:00h: *Presentación Oral de las Mejores Comunicaciones.*

Modera: Beatriz García Esteban. Hospital General Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina.

13:00h - 13:15h: Presentación y entrega del libro *"Atención Farmacéutica en Casos Clínicos. Tomo VI: Nuevas terapias biológicas"* Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Hospital General "La Mancha-Centro".

13:15h - 13:30h: *Entrega del Premio* de la SCMFH a la mejor comunicación oral

13:30h - 14:30h: *Asamblea General Ordinaria* de la SCMFH

14:30h: Cocktail de clausura

COMUNICACIONES ORALES 10

PRIMEROS PASOS EN DESPRESCRIPCIÓN: ESTATINAS 10

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA REAL DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO (TAS-102) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE EFECTIVIDAD SI SE UTILIZAN ANTES? 11

PACIENTE ALÉRGICO Y/O INTOLERANTE A FÁRMACOS: LA PRESCRIPCIÓN DEBE SER SEGURA..... 12

EFECTIVIDAD DE LOS ANTIRRETROVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS DE UTILIZACIÓN. ¿HAY DIFERENCIAS SEGÚN LA RESPUESTA A TRATAMIENTOS PREVIOS?..... 13

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFÍLICO 14

COMUNICACIONES POSTER 15

MAPA DE RIESGOS RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS 15

IMPACTO ECONÓMICO DEL SUMINISTRO DE NUTRICIÓN ENTERAL A CENTROS SOCIO-SANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 16

ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN Y SU GRAVEDAD DETECTADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 17

SOBREDIAGNÓSTICO EN LA HIPERSENSIBILIDAD A ANTINEOPLÁSICOS: CUANTIFICACIÓN DE LA REALIDAD 18

NUEVO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE ESTOMATITIS RELACIONADA CON EVEROLIMUS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. 19

INHIBIDORES PCSK9: NUEVAS OPORTUNIDADES EN EL MANEJO DE LOS LÍPIDOS 20

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN UN HOSPITAL GENERAL: LEYENDAS Y REALIDAD 21

IMPACTO DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA 22

COSTE-EFECTIVIDAD Y PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FLUCITOSINA ORAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL	23
EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA MANIPULACIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y MEDICAMENTOS EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES NO ESTÉRILES	24
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FLUOROQUINOLONAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	25
DESPRESCRIPCIÓN COMO RESULTADO DE UNA COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN CONSULTA DE GERIATRÍA	26
ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	27
FORMULACIÓN DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA	28
¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS ALUMNOS CON LA CALIDAD DE LA DOCENCIA RECIBIDA?.....	29
VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA RESIDENTE EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA	30
VERACIDAD DE LA HISTORIA FÁRMACO-TERAPÉUTICA RECOGIDA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	31
HISTORIA FÁRMACO-TERAPÉUTICA RECOGIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE DISCREPANCIAS	32
SUSPENSIÓN DE MERCAPTOPURINA EN LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA. COMPARACIÓN ECONÓMICA ENTRE PRESENTACIÓN COMERCIAL Y FORMULACIÓN MAGISTRAL	33
SIROLIMUS TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES RELACIONADOS CON EL COMPLEJO DE LA ESCLEROSIS TUBEROSA	34
EFICACIA Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	35
NIVOLUMAB: AFRONTANDO UN NUEVO PERFIL DE TOXICIDAD	36
DETECCION DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ANCIANOS	37
PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LA DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	38

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO DE ALERTAS EN INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON ANTINEOPLÁSICOS	39
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN LA POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA HOSPITALIZADO	40
EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON EL MÉTODO NUTRIC SCORE EN UN HOSPITAL TERCIARIO	41
REAL WORLD DATA DE TRASTUZUMAB EMTANSINA	42
CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA PARA MINIMIZAR LOS ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DIGOXINA	43
FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL ESPECÍFICAS PARA DIABETES: DIFERENCIAS, SIMILITUDES Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES	44
ANÁLISIS DEL USO DE MEDICAMENTOS CON CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA	45
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN, COSTE-EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE	46
ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS	47
HERRAMIENTA ESMO: APOYO A LA TOMA DE DECISIONES ¿VALOR O INCERTIDUMBRE?.....	48
EFICACIA Y SEGURIDAD DE GEMCITABINA Y NAB-PACLITAXEL EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	49
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CONCENTRADO DEL COMPLEJO DE PROTROMBINA EN LA HEMORRAGIA CRÍTICA	50
EVALUACIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES EXTERNOS CON FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	51
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	52
COMPARACIÓN DE TRASTUZUMAB-EMTANSINA FRENTE A CAPECITABINA-LAPATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	53
GRADO DE ADECUACIÓN A LAS DECISIONES TOMADAS EN LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	54

PERFIL DE UTILIZACIÓN Y COSTE ASOCIADO DE TOXINA BOTULÍNICA	55
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN UN ÁREA DE SALUD	56

COMUNICACIONES ORALES

PRIMEROS PASOS EN DESPRESCRIPCIÓN: ESTATINAS

García Sacristán, AA; Blázquez Romero, C; Quirós Ambel, H; Domínguez Barahona, A; González Suárez, S; Rubio Salvador, AR.

Hospital Virgen de la Salud- Toledo

Objetivos: Evaluar el perfil de utilización de estatinas en la población anciana hospitalizada y valorar su desprescripción.

Analizar la continuidad asistencial de las intervenciones realizadas.

Material y métodos: Estudio trasversal, analítico e intervencionista en un hospital de tercer nivel en enero-2018 en pacientes ≥ 65 años hospitalizados en tratamiento con estatinas. Se recogen: datos demográficos (sexo y edad, diferenciando dos grupos: entre $\geq 65-80$ años y >80 años), estatina prescrita (simvastatina/atorvastatina), dosis, indicación (prevención primaria/secundaria), datos bioquímicos (colesterol total y LDL-colesterol), factores de riesgo cardiovascular (FR): obesidad, tabaquismo, diabetes mellitas (DM), hipertensión arterial (HTA), existencia de algún proceso que causase una expectativa de vida limitada (LLE): proceso tumoral terminal, demencia avanzada, etc. En función de estos datos se seleccionaron aquellos pacientes susceptibles de desprescripción y se recogió la intervención realizada (reducción de dosis/suspensión) y su aceptación por el médico prescriptor (IA). Además, se revisaron los informes de alta hospitalaria de los pacientes con IA. Los datos se obtuvieron del módulo de unidosis Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI® y se recogieron en tabla Excel 2010®. El estudio estadístico se realizó con SPSS21®.

Resultados: Se evaluaron 113 pacientes (37,17% mujeres) con edad media 77,46 años (65-95 años). El 37,16% (42) eran > 80 años. El 30,94% (34) estaban en tratamiento con simvastatina (dosis media 20,43 mg, SD: 9,59 mg) y 69,91% (79) con atorvastatina (dosis media 38,58 mg, SD: 24,35 mg). El 47,79% (54) prescrito para prevención primaria. Los valores medios de colesterol total fueron de 137,41 mg/dl (SD: 41,03 mg/dl) y de colesterol-LDL de 72,04 mg/dl (SD: 31,13 mg/dl). Además, el 35,38% (40) eran obesos, 61,06% (69) presentaba DM, el 92,92% (105) presentaba HTA y el 21,24% (24) eran fumadores. El 27,43% (31) presentaba una LLE (63,51% asociado a demencia avanzada GDS >5).

Se propuso desprescripción en 23 pacientes (20,35%), de los cuales 15 (65,21%) fueron en prevención primaria (10 retiradas de fármaco y 5 disminuciones de dosis) y 8 (34,78%) en prevención secundaria (todas, reducciones de dosis). De las 23 intervenciones 9 (39,13%) fueron IA (77,77% en prevención primaria). El 44,4% de las IA aparecían reflejadas en el informe de alta.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre IA y: edad del paciente (más IA en pacientes > 80 años), LLE (más IA en pacientes con LLE) e indicación de la estatina prescrita (más IA en pacientes que empleaban estatina para prevención primaria). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre IA y: estatina prescrita, colesterol total, LDL-colesterol y FR.

Conclusiones: Existe un gran número de pacientes en tratamiento con estatinas y con una LLE, situación para la que existe cada vez más evidencia de su limitado beneficio.

A pesar del adecuado porcentaje de aceptación de las intervenciones, estas no se ven reflejadas en los informes de alta, lo que supone una dificultad para el mantenimiento del ajuste de la farmacoterapia en los pacientes en los diferentes niveles asistenciales. El grupo de pacientes que más se beneficiarían del proceso de desprescripción serían los > 80 años, con LLE y con estatina en prevención primaria.

Como acción de mejora, sería necesario crear equipos multidisciplinares e implicar más activamente a todo el personal encargado del cuidado del paciente para revisar la adecuada prescripción de estatinas en la población anciana hospitalizada.

[\(Enlace al póster\)](#)

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA
REAL DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO (TAS-102) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL
METASTÁSICO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE EFECTIVIDAD SI SE UTILIZAN ANTES?**

*Quirós Ambel, H. Rubio Salvador, AR. García Sacristán. AA, Domínguez Barahona, A. González Suárez, S.,
Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.*

Objetivos: Analizar la efectividad y seguridad de Trifluridina/Tipiracilo (TAS-102) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM).

Evaluar si existen diferencias de efectividad en función del número de líneas previas recibidas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes en tratamiento con TAS-102 desde Abril-2016 hasta Diciembre-2017. La selección de pacientes y registro de variables: demográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico, ECOG, líneas previas recibidas, dosis de TAS-102, ciclos administrados, tiempo hasta progresión/mortalidad, efectos adversos (EAs), y analíticas (leucocitos, neutrófilos y hemoglobina al inicio y tras último ciclo) se realizó mediante el programa de prescripción oncológica y la historia clínica electrónica.

La efectividad se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). El perfil de seguridad se evaluó mediante los EAs notificados en cada visita y el % de reducción de leucocitos, neutrófilos y hemoglobina desde el inicio del tratamiento. Comparamos las curvas de Kaplan Meier de pacientes que recibieron ≤ 3 líneas de tratamiento previas a TAS-102 y los que recibieron > 3 líneas, mediante SPSS®.

Resultados: Incluimos 20 pacientes (70% hombres), edad media 68,13 años. El diagnóstico en el 100% fue CCRM estadio IV, con ECOG: 0-1 en el 50%, 2 en 25%, 3 en 20% y 4 en el 5%.

La media de líneas previas recibidas fue $3,25 \pm 1,09$. El 40% recibió ≤ 3 líneas previas y el 60% recibió > 3 líneas. El 100% utilizó fluoropirimidinas, 100% oxaliplatino e irinotecan, 70% anti-VEGF, 60% anti-EGFR, 5% regorafenib y 10% raltitrexed.

La media de ciclos con TAS-102 fue $2,2 \pm 1,05$ (dosis media $9,7 \text{ mg/m}^2 \pm 5,06$).

La SLP fue $2,69 \pm 0,301$ meses y SG $7 \pm 0,874$ meses.

Los pacientes que recibieron ≤ 3 líneas de tratamientos previas, tuvieron una SLP de $2,12 \pm 0,441$ y SG de $6,61 \pm 1,48$, frente a los pacientes que recibieron > 3 líneas, con SLP de $2,90 \pm 0,344$ y SG de $6,72 \pm 0,919$ (P para SLP 0.131 y para SG 0.639).

Los EAs fueron anemia (60%), neutropenia (35%), leucopenia (40%), astenia (40%), náuseas/vómitos (20%), diarrea (15%), anorexia (10%) y toxicidad cutánea (5%). El % de reducción medio de leucocitos fue 14,38%, neutrófilos 13,01% y hemoglobina 6,11%.

Conclusiones: Aunque las condiciones de utilización del fármaco en nuestro medio no son las establecidas en el ensayo pivotal RECURSE, nuestra experiencia muestra resultados en SLP y SG similares, sin encontrar diferencias significativas según el número de líneas de tratamiento previas recibidas.

Aunque el perfil de seguridad es semejante al documentado en el ensayo, en nuestro estudio, menos pacientes desarrollaron náuseas/vómitos y neutropenia, pero presentaron anemia en mayor medida.

PACIENTE ALÉRGICO Y/O INTOLERANTE A FÁRMACOS: LA PRESCRIPCIÓN DEBE SER SEGURA

*Portela Sotelo, A; Martín Niño, I; Martí Gil, C; Llorente Serrano, M; Marcos Pérez, G; Barreda Hernández, D.
Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca.*

Objetivos: Identificar errores de prescripción (EP) en pacientes con alergias y/o intolerancias farmacológicas (AIF), describir las sospechas de reacciones adversas (SRAM) relacionadas y estudiar las posibles causas de error.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en un hospital de nivel-II (16/08/17-27/02/2018). Se incluyeron pacientes hospitalizados en unidades clínicas con prescripción electrónica integrada en la historia clínica informatizada (Mambrino XXI®). Previamente, se revisó el registro de AIF contempladas en el campo de alertas de Mambrino XXI®, comparándose con informes clínicos (IC) más actualizados. A continuación, se comprobó si las alertas se sincronizaban con Farmatools-Unidosis® (programa de validación farmacoterapéutica). Se realizó la codificación como principio activo/grupo terapéutico (PA/GT) en el apartado específico de Farmatools®, para alertar del EP durante la validación, es decir que prescribieran el tratamiento relacionado con la AIF a pesar de que figurara en alertas de Mambrino XXI® y/o IC. Una vez identificados los EP, se realizaron las recomendaciones farmacoterapéuticas (RF) al médico prescriptor y se efectuó un seguimiento farmacoterapéutico del paciente, haciendo especial hincapié a las SRAM producidas. Se comprobó si los pacientes con EP disponían de IC de Alergología, además de observar discrepancias en el registro, definiéndose como la falta de suspensión y/o correcta actualización en el campo de alertas de Mambrino XXI®.

Se diseñó una base de datos Excel®, recogiendo variables: a) demográficas: edad, sexo, servicio clínico; b) farmacoterapéuticas: EP, AIF (PA/GT implicado) y RF; c) clínicas: SRAM; d) causas de EP.

Resultados: se revisaron 6.670 pacientes durante el estudio, identificándose 66 (0,98%) pacientes con EP, con mediana de 76 [26-99] años, 38 (57,7%) mujeres, hospitalizados en Medicina Interna 27 (40,9%) y Cirugía General y Digestiva 11 (16,6%), principalmente.

Se detectaron 68 EP, destacando AIF a betalactámicos 22 (32,3%), AINES 16 (23,5%) y pirazolonas 14 (20,6%), mayoritariamente. Se realizaron RF en la totalidad de pacientes, lo que indujo al prescriptor a suspender 41 (60%) de los tratamientos pautados. Tres (4,5%) pacientes presentaron SRAM: prurito por ceftriaxona y metamizol, con RF posterior a su administración, y exantema por ácido clavulánico, tras no aceptar la RF.

Entre las causas más frecuentes: 34 (50%) EP se debieron a prescripción médica a pesar del registro correcto en alertas de Mambrino XXI® y en 11 (16%) EP no estaba registrada la AIF como alerta en Mambrino XXI®.

Se detectó una falta de confirmación de las AIF, ya que solo 11 (17%) pacientes tenían IC documentado de Alergología.

Después de las RF realizadas, existieron 29 (42,6%) discrepancias en el registro, debiéndose 22 (76%) de ellas a la falta de actualización en el campo de alertas.

Conclusión: Se pone de manifiesto que existen causas de EP que pueden comprometer la seguridad de los pacientes: evitarlos es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y para ello deben implantarse mejoras en las herramientas tecnológicas existentes para reforzar la calidad asistencial.

El bajo porcentaje de alergias documentadas en IC de Alergología implica que sea la subjetividad del paciente lo que oriente el tratamiento en muchos casos. Es imprescindible mantener el registro de las AIF con información correcta, actualizada y confirmada, lo que facilitará al prescriptor a la optimización de la farmacoterapia.

Conflicto de intereses: ninguno.

EFFECTIVIDAD DE LOS ANTIRRETROVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS DE UTILIZACIÓN. ¿HAY DIFERENCIAS SEGÚN LA RESPUESTA A TRATAMIENTOS PREVIOS?

Quirós Ambel, H.; Martínez Sesmero, JM; Benedí González, J.; García Sacristán, AA; Domínguez Barahona A; Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivo: Analizar la efectividad de los antirretrovirales de acción directa (AADs) en pacientes con infección por virus de la Hepatitis C (VHC).

Evaluar si existen diferencias de efectividad según la respuesta a tratamientos previos.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes VHC en tratamiento con AADs, desde Enero-2015 hasta Enero-2017. Se excluyeron pacientes coinfectados VIH y/o terapias que incluyeran interferón. La selección de pacientes se realizó mediante Farmatools®. Registramos variables demográficas, clínicas (genotipo, grado de fibrosis (F) según Fibroscan® (F0 = sin cirrosis, F4 = cirrosis) y respuesta a tratamientos previos, farmacológicas (AADs prescrito) y analíticas (carga viral (CV) basal, CV en semana 8,12,24 y respuesta viral sostenida (RVS)) con Mambrino XXI®.

Definimos la RVS como "Presencia de CV indetectable a la semana 12 y 24 post-tratamiento", utilizando esta variable como medida de efectividad.

Según la respuesta a tratamientos previos, los pacientes se clasificaron como naïves (sin tratamiento previo), no respondedor (CV detectable en semana 24) o respondedor nulo (CV > 2log en semana 24). Analizamos la diferencia de efectividad según respuesta a tratamientos previos mediante Chi-cuadrado con SPSS®.

Resultados: Incluimos 304 pacientes (55,92% hombres), edad media 58,56 años. El 85,52% tenía genotipo 1; 0,65% genotipo 2; 8,55% genotipo 3; 4,27% genotipo 4. Según Fibroscan®, el 8,55% tenía F0-F1; 27,96% F2; 20,39% F3; 38,48% F4. En 4,62% no pudo realizarse determinación. La CV basal media fue 2646096,49 UI/ml. Los ADDs prescritos fueron SOF/LDV ± RBV 40,46%, OBV/PTV/rtv ± RBV 26,64%, SOF + DCV ± RBV 23,68%, SMV + SOF ± RBV 5,92%, OBV/PTV/rtv ± RBV 1,97%, SOF ± RBV 0,65%, EBV/GPV 0,32%, con una duración media de 16,89 ± 6,54 semanas. No alcanzó CV indetectable un 0,98% en semana 8, 0,65% en semana 12 y 0,32% en semana 24.

Para el análisis de la efectividad, excluimos 24 pacientes (25% exitus, 50% sin analítica y 25% traslado de hospital). De los restantes, el 98,92% alcanzó RVS a la semana 12 y 24. El 1,07% que no alcanzó, fue en 66,66% fallo de tratamiento y 33,33% error de genotipado.

Según la respuesta a tratamientos previos, el 73,57% era naïve, 10% recaedor y 16,42% respondedor nulo, siendo la RVS a la semana 12 y 24 del 99,02%, 97,82% y 100% respectivamente (p=0.654).

Conclusiones: Con las limitaciones propias de una heterogénea población de pacientes, los resultados de nuestro estudio corroboran la alta efectividad de los AADs en la práctica real, con datos muy similares a los obtenidos en los ensayos pivotaes. Este aspecto parece ser independiente de la respuesta a tratamientos previos, sin encontrar diferencias clínicas ni estadísticamente significativas en pacientes naïve, recaedores o respondedores nulos.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFÍLICO

Álvarez Nonay, A¹.; Sánchez Cadena, A².; Sánchez Rubio, J³.; Fernández-Corada Sánchez, A⁴.; Flor García, A⁵.; Horta Hernández, A¹. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara¹, Hospital Universitario de Ciudad Real², Complejo Hospitalario Universitario de Albacete³, Hospital Virgen de la Salud, Toledo⁴, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca⁵.

Objetivos: El asma eosinofílico (AE) es un subtipo grave de asma, que representa aproximadamente el 25% de los casos de asma grave. Se caracteriza por la presencia de eosinofilia en plasma y en las vías respiratorias. Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal frente a la interleucina 5 que inhibe la inflamación eosinofílica y reduce la frecuencia de las exacerbaciones del asma.

Objetivo: evaluar la efectividad y seguridad de mepolizumab en pacientes con AE en los Hospitales públicos de Castilla la Mancha.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico realizado de Enero de 2017 a Febrero 2018. Se incluyó a todos los pacientes con AE tratados con mepolizumab durante al menos 12 semanas en 5 hospitales de Castilla la Mancha.

VARIABLES recogidas: datos demográficos, número de administraciones de mepolizumab, valor de eosinófilos, valores de espirometrías (FEV₁, FVC, FEV₁ / FVC) basales y a las 12 semanas tras el inicio del tratamiento, años desde el diagnóstico del asma, respuesta clínica adecuada, ingresos hospitalarios por asma durante el tratamiento, tratamiento previo con omalizumab y aparición de efectos adversos (EA) debidos a mepolizumab.

Se define respuesta clínica adecuada como la reducción de al menos el 50% en las exacerbaciones de asma, que requieren corticosteroides sistémicos o una reducción clínicamente significativa en el uso continuo de corticosteroides orales manteniendo o mejorando el control del asma. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 31 pacientes; 16 (52%) hombres. La mediana de edad fue de 58 años (RIC: 50-65). La mediana de tratamiento fue de 8 meses (RIC: 5-10). La mediana de años desde el diagnóstico del asma fue de 11 años (RIC: 6-13). Obtuvieron una respuesta clínica adecuada 25 pacientes (81%), 1 mantuvo el control del asma (3%) y 4 no alcanzaron una respuesta clínica adecuada (13%). No sufrieron ingresos hospitalarios por asma durante el tratamiento 22 pacientes (71%). Habían recibido tratamiento previo con omalizumab 18 (42%) pacientes. Presentaron EA 2 pacientes (1 paciente lesiones eritematosas y otro paciente infección respiratoria).

Parámetros	Valores basales (media ± DS)	Valores tras 12 semanas de tratamiento (media ± DS)	p
Eosinófilos plasma (x10 ³ µ/L)	0,54 ±0,32	0,08 ±0,8	<0,01
%FEV ₁	72,5 ±27,6	79,1 ±38,3	0,10
FEV ₁ (ml x10 ³)	6,2 ±18,4	2,1 ±1	0,36
%FVC	89,5 ±25,8	90,5 ±37,9	0,36
FVC (ml x10 ³)	3 ±1	3,1 ±1,2	0,04
FEV ₁ /FVC (%)	70,6 ±11,1	73,5 ±14,4	0,17

Conclusiones: Mepolizumab ha sido bien tolerado y la mayoría de los pacientes han tenido buena respuesta al tratamiento.

COMUNICACIONES POSTER

MAPA DE RIESGOS RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Farmacia, Servicio Urgencias.

Objetivos: Realizar un mapa de riesgos, identificar y analizar los puntos críticos relacionados con los medicamentos en el área de Observación de Urgencias aplicando la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Desarrollar un plan de acciones preventivas para evitar la aparición de sucesos adversos o minimizar sus consecuencias.

Material y método: Se formó un equipo de trabajo formado por 1 farmacéutico, 2 enfermeros y 2 médicos del área de Urgencias. Se realizaron una serie de reuniones donde se aplicó la metodología AMFE, dividiendo el proceso en varias fases: 1.Elaboración de un mapa de riesgos relacionados con la medicación, 2.Identificación de fallos, eventos adversos derivados y posibles causas, 3. Priorización de fallos a través del Índice de Prioridad de Riesgos (IPR), que se calcula teniendo en cuenta la gravedad, frecuencia y detectabilidad que cada miembro del equipo da a cada uno de los fallos, clasificándose como fallos muy graves >700 e importantes >245, se propuso actuar a partir del IPR> 245 y 4.Proposición de un programa de posibles acciones preventivas para cada fallo.

Resultados: Se elaboró el mapa de riesgos con un total de 4 procesos relacionados con la medicación (almacenamiento, prescripción, dispensación y administración), que se dividieron a su vez en 21 subprocesos. Se encontraron 79 fallos en total, que se relacionaron con 75 posibles causas.

Se clasificaron los fallos según el IPR, dando lugar a 18 fallos con un IPR > 700 clasificados como fallos frecuentes y muy graves (7 fallos de prescripción, 7 de administración y 4 dispensación), 36 fallos con un IPR >245 clasificados como ocasionales e importantes (12 fallos de prescripción, 14 de administración, 6 de dispensación y 4 de almacenamiento) y el resto (25 fallos) se clasificaron como infrecuentes y remotos.

Se propuso un programa de 94 posibles acciones en el que se dio prioridad a los fallos más frecuentes y graves (IPR> 750) . Las principales acciones propuestas fueron: a) Actividades de formación del personal en seguridad en la prescripción: uso de prescripción electrónica y eliminación de órdenes verbales; b) Etiquetado especial de ciertos fármacos ubicados en el botiquín del área de Observación de Urgencias: fármacos de alto riesgo, fármacos con nombres parecidos o con riesgo de confusión y etiquetado de ubicaciones determinadas para fármacos con apariencia similar; c) Sesiones docentes sobre seguridad y manejo de este tipo de fármacos, así como infografías respecto a diferentes características de los fármacos, diluciones, incompatibilidades y vías de administración.

Conclusiones: La aplicación de la metodología AMFE permitió identificar los puntos críticos del proceso relacionado con la medicación en el área de Observación del Servicio de Urgencias y ponderar su riesgo. Se desarrolló un plan de acciones que comenzó con los procesos de más fácil aplicación y por otras que evitaban fallos con un IPR más alto. Se tuvieron en cuenta las prácticas de seguridad para garantizar la calidad y seguridad del proceso de utilización de los fármacos en esta área.

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPACTO ECONÓMICO DEL SUMINISTRO DE NUTRICIÓN ENTERAL A CENTROS SOCIO-SANITARIOS DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

*Romero Candel G, Sanchez Cuenca MJ, Cano Cuenca N, Sanz Arrufat A.
Gerencia Atención Integrada de Hellín.*

Objetivo: Analizar el ahorro económico que supone para el Servicio de Salud el suministro de nutrición enteral (NE) a los centros Socio-Sanitarios (CSS) desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), en comparación con el suministro a través de prescripción médica a desde una oficina de farmacia.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de las nutriciones enterales que consumían los pacientes institucionalizados en 7 CSS pertenecientes al área de Salud del Hospital durante 1 año. Los datos de dispensación se obtuvieron del programa de Gestión Farmatools. Se calcularon datos del gasto anual que supondría el suministro con receta de dicho producto a través de la oficina de farmacia. Tras adecuar las nutriciones prescritas a la Guía Farmacoterapéutica (GFT), se calculó el importe que supone el suministro directo desde el SFH a los CSS. Se obtuvo la diferencia y se calculo el porcentaje de ahorro

Resultados: Se dispensó a un total de 7 CSS un total de 94 pacientes consumidores de NE, con un total de 11 especialidades diferentes y 14.929 envases. El importe que supuso estas dispensación durante un año desde el SFH fue de 5.357,86 €. El coste que hubiera supuesto la dispensación a través de OF sería de 104.099,23 €. Por lo que el ahorro es de 95.742 € en total, un ahorro del 95% por ciento.

Conclusiones: La dispensación de NE a CSS desde el SFH consigue un ahorro para el Servicio de Salud del 95%. Esta reducción se basa en un sistema de gestión de compra directa del SFH contribuyendo así a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público. Además permite eliminar el copago de los usuarios y disminuir la carga burocrática para el CSS.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN Y SU GRAVEDAD DETECTADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Díaz Rangel M, Ros Ample T, García Martínez EM, Marco del Río J, Sánchez Rubio, Domingo Chiva E.
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.*

Objetivos: Describir los tipos de errores de medicación (EM) y su gravedad detectados por un residente de 4º año durante la rotación por el área de observación en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio analítico, prospectivo de 4 semanas de duración, realizado durante la rotación del residente en el área de Urgencias en horario de mañana. Los datos se obtuvieron de la revisión de la historia farmacoterapéutica de los pacientes en atención primaria además de la prescripción médica realizada en urgencias. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, comorbilidades, fármacos que tomaba el paciente en su domicilio así como los fármacos administrados en observación de urgencias. El tipo de EM se clasificó según el documento de la American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) "Guidelines on preventing medication errors in hospitals" y la gravedad según Taxonomy of medication errors de 1998 del Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Se recogieron estos datos en una tabla Excel y se analizaron.

Resultados: El farmacéutico realizó intervenciones en 113 pacientes, la media de edad fue $71 \pm 16,41$ años y el 72% fueron hombres. Las causas principales de la atención en urgencias fueron: 28% causa cardíaca, 17% respiratoria, 13% digestiva, 8% neurológica, 8% infección respiratoria, 5% alteraciones metabólicas, 5% problemas cardiorrespiratorios, 4% oncológicos y 3% deterioro del estado general. La media de comorbilidades fue $3,34 \pm 1,55$ por paciente. La media de medicamentos de su tratamiento domiciliario fue $7,6 \pm 4,25$ y el número medio de fármacos administrados en observación fue $5,4 \pm 4,25$. Los grupos de fármacos sobre los que se realizaron las intervenciones fueron 30% cardiovascular, 18% respiratorio, 8% antibióticos, 7% antiepilépticos, 7% inmunosupresores, 7% antidiabéticos, 4% anticoagulantes.

Se realizaron 157 IF, una media de $1,38 \pm 1,66$ por paciente. El tipo de EM más común fue error en la prescripción (omisión de dosis, vía o frecuencia) con un 48%, medicación no prescrita 37%, dosis incorrecta 5%, transcripción incorrecta 4%, monitorización incorrecta 3%, omisión de tratamiento 2% y error de preparación 1%.

Respecto a la gravedad el 44% de los errores alcanzó al paciente pero no le produjo daño, el 38% el error se produjo, pero no alcanzó al paciente, el 6% alcanzó al paciente y requirió monitorización, un 4% causó daño temporal al paciente y requirió intervención, 4% causó daño temporal al paciente y prolongó la estancia hospitalaria, 2% comprometió la vida del paciente y requirió intervención para mantenerlo con vida y otro 2% causó daño temporal al paciente.

Conclusiones: La presencia de un farmacéutico en el servicio de urgencias, permite detectar errores de medicación, así como realizar intervenciones y recomendaciones estimulando el desarrollo de programas de atención farmacéutica y seguridad del paciente, fomentando la cultura del equipo multidisciplinar.

SOBREDIAGNÓSTICO EN LA HIPERSENSIBILIDAD A ANTINEOPLÁSICOS: CUANTIFICACIÓN DE LA REALIDAD

Sánchez Cadena A, Moreno Lozano L, Extremera Ortega A, Portela Gutiérrez J, Vicente Sánchez P, Rodríguez Martínez M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivo: Describir las reacciones sugestivas de hipersensibilidad (RHS) que se producen en hospital de día oncohematológico (HDOH) que son derivadas al servicio de alergia (SA), objetivar dichas RHS en función de los resultados del test cutáneo (TC) y cuantificar la especificidad de la prueba.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron pacientes tratados con antineoplásicos en HDOH derivados al SA en el periodo del 01/01/2010-31/12/2016. Variables: edad, sexo, tratamiento antineoplásico, indicación (neoadyuvante, adyuvante o metastásico), porcentaje de dosis y ciclos recibidos en HDOH previos a la reacción, resultado del TC y presencia de RHS posterior en SA.

A todos los pacientes derivados al SA se les realizó TC, excepto si la clínica presentada por el paciente era muy sugerente de RHS, en cuyo caso se realizaba directamente una desensibilización. Se midió la sensibilidad y especificidad de los TC. Los verdaderos negativos se calcularon contabilizando los falsos negativos como TC negativos que posteriormente fueron diagnosticados de hipersensibilidad por el SA.

Resultados: 5.475 pacientes recibieron tratamiento antineoplásico en HDOH, de los cuales 70 (1,28%) se derivaron al SA, 64,3% mujeres con edad media de 61 años (rango 30-82). El porcentaje medio de dosis de antineoplásico recibido en HDOH fue 91% y el número medio de ciclos recibidos previos a la reacción fue de 4,88. El 54,3% recibió tratamiento para la enfermedad metastásica. De los 5.475, 15,54% fueron tratados con oxaliplatino con 29 derivaciones al SA (3,40%), 21,8% con carboplatino con 14 derivaciones (1,17%), 19,32% con paclitaxel con 13 derivaciones (1,23%), 11,5% con docetaxel con 6 derivaciones (0,95%) y 31,8% con otros antineoplásicos con 8 derivaciones (0,46%). De los 70 pacientes, a 49 se les realizó TC (70%) de los cuales 11 fueron positivos (22,45%): de los tratados con oxaliplatino (41,4%) 6 positivos (54,54%), con carboplatino (20%) 4 positivos (36,36%), con docetaxel (8,6%) 1 positivo (9,09%), con paclitaxel (18,6%) ninguno positivo y con el resto de antineoplásicos (11,4%) ninguno positivo.

De los 38 pacientes con TC negativos, se consideraron 2 falsos negativos (5,26%), por lo que la especificidad fue de un 94,7%.

Conclusión: La incidencia de RHS a antineoplásicos es baja. Los antineoplásicos que más derivaciones suponen son las sales de platino, de las cuales oxaliplatino más que carboplatino. Para los taxanos, el mayor porcentaje de derivaciones fue para paclitaxel, produciéndose en ambos grupos mayoritariamente entre el cuarto y el quinto ciclo de tratamiento.

Los TC, con alta especificidad, fueron mayoritariamente negativos y los pacientes pudieron continuar su tratamiento disminuyendo la velocidad de administración, lo que pone de manifiesto la importancia de la coordinación con el SA para garantizar la administración segura del tratamiento antineoplásico en estos pacientes.

NUEVO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE ESTOMATITIS RELACIONADA CON EVEROLIMUS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

¹Benet Giménez I, ¹Vicente Sánchez P, ²García López MJ, ¹Sánchez Cadena A, ¹Lozano Toledo R, ¹Rodríguez Martínez M. ¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos: La estomatitis es la reacción adversa (RA) más frecuente asociada a everolimus (67%: 33% grado 2 y 8% grado 3) apareciendo principalmente durante las primeras 8 semanas (8S), pudiendo ocasionar interrupción del tratamiento. Nuestro objetivo fue analizar la efectividad y seguridad de una fórmula magistral (FM) de enjuague bucal de dexametasona (EBD) desarrollada en el Servicio de Farmacia (SF) para la prevención de estomatitis relacionada con everolimus en pacientes oncológicos.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo que incluyó a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con everolimus entre Marzo 2017-Enero 2018 en un hospital terciario. Desde el SF se desarrolló y elaboró una FM de EBD sin alcohol al 0,01%, consensuando con el servicio de oncología su dispensación de manera rutinaria a todos los pacientes que iniciaran tratamiento con everolimus. El EBD se inició el primer día de tratamiento con everolimus y concomitantemente durante las primeras 8S. Los pacientes recibieron información sobre estomatitis y buena higiene bucal de rutina así como de la correcta administración del EBD (gárgaras con 10 ml durante 2 minutos, 4 veces/día, evitando comer durante una hora después de su administración). Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico, grado CTCAE v.4.03) al inicio, 4S, 8S y posteriormente cada 4S hasta suspensión de everolimus, tiempo medio de seguimiento (TMS), RA con sospecha de causalidad al EBD. La EBD se consideró efectivo en ausencia de estomatiti

hematológicos.

Fuentes consultadas: historia clínica informatizada, programa de dispensación a pacientes externos, base de datos Excel para seguimiento farmacoterapéutico y entrevista farmacéutica.

Resultados: 10 pacientes recibieron everolimus a dosis plenas (10 mg/día) (80% mujeres, mediana de edad: 51,5 años (43-74)). Diagnóstico: cáncer de mama avanzado (50%),
(10%). Ningún paciente presentó estomatitis grado \geq

de everolimus por estomatitis. TMS: 4,7 meses (2-10,8). Las RA registradas fueron: hiperglucemia (4/9) que disminuyó tras suspensión de EBD e infección bucal (1/9), todas ellas leves.

Conclusiones: La FM de EBD desarrollada en nuestro SF presenta efectividad y seguridad similar a la obtenida en el ensayo SWICH, donde se utilizaba un EBD comercializado en EEUU pero no disponible en nuestro país. La administración estandarizada de esta FM de manera profiláctica en pacientes tratados con everolimus mejora el perfil de toxicidad del tratamiento pudiendo conllevar a mantener mayor intensidad de dosis, que podría relacionarse con mayor efectividad del tratamiento oncológico. Por estos motivos, la administración de la FM de EBD se ha convertido en una práctica profiláctica habitual en todos los pacientes que inician tratamiento con everolimus en nuestro centro.

Conflicto de intereses: ninguno.

INHIBIDORES PCSK9: NUEVAS OPORTUNIDADES EN EL MANEJO DE LOS LÍPIDOS

Benet Giménez I, Areas del Águila V, Alañón Pardo MM, Mallol Yáñez MA, Sánchez Cadena A, Rodríguez Martínez M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar efectividad y seguridad /Kexina Tipo 9 (INH-PCSK9) alirocumab y evolocumab subcutáneos, en pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH) o dislipemia mixta (DM) con enfermedad cardiovascular establecida (ECV) y niveles subóptimos (Nsub) de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) a pesar de tratamiento hipolipemiente oral (THLo).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de 12 semanas (12S) de duración. Se incluyeron todos los pacientes con Nsub de c-LDL (c-LDL \geq 70 mg/dL en pacientes con ECV o \geq 100 mg/dL en pacientes sin ECV) tratados con INH-PCSK9 añadidos al THLo previo.

Datos analizados: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular (RCV), valores analíticos (c-LDL, colesterol total (CT), triglicéridos, y colesterol ligados a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL)), THLo concomitante, adherencia a THLo, eventos adversos, RCV de Framingham y servicio prescriptor.

Fuentes de información: historia clínica electrónica, que incorpora n das en oficina de farmacia y programa de dispensación hospitalaria y entrevista farmacéutica.

La efectividad se valoró como porcentaje medio de reducción respecto al valor inicial de c-LDL (variable primaria), CT, triglicéridos y c-HDL (variables secundarias), en 12S.

La seguridad se valoró con: historia clínica y entrevista farmacéutica.

La adherencia (definida como ratio de posesión del medicamento : (seis meses previos al inicio con INH-PCSK9 hasta 12S).

Se clasificó como alta adherencia (MPR \geq 0,8), intermedia (MPR: 0,4-0,79) y baja (MPR $<$ 0,4).

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes, 50% varones, con edad mediana de 63,5 años.

Tres recibieron evolocumab 140 mg cada 2S y tres con alirocumab 75mg cada 2S (1 paciente necesitó intensificación a 150 mg cada 2S).

Todos recibieron THLo concomitante con hipolipemiantes a dosis máximas toleradas: 4/6 pacientes con atorvastatina 80 mg (2/6 intolerantes a estatinas) y/o ezetimiba 10 mg (5/6).

El RCV de Framingham a 10 años fue $>10\%$ en todos los casos.

En S12, la reducción media de los valores analíticos fue: 54,3% c-LDL, 41,7% CT, 14,5% triglicéridos y 11,2% c-HDL.

La reducción de c-LDL fue más discreta en los dos pacientes intolerantes a estatinas: 33,2% frente al 64,8% de los tolerantes.

La adherencia al THLo fue alta en 4 pacientes y baja en 1 (uno no pudo ser valorado).

El 50% presentaron reacciones adversas: 2 con alirocumab (infección respiratoria y sofocos) y 1 con evolocumab (mialgia) que se resolvieron sin más complicaciones excepto un paciente que suspendió tratamiento con alirocumab.

Factores de RCV: 4/6 ECV, 3/6 diabetes e hipertensión y 2/6 fumadores.

Servicio prescriptor mayoritario: medicina interna (4/6) seguido por nefrología (1/6) y endocrinología (1/6).

Conclusiones: La nueva terapia con INH-PCSK9 ha sido efectiva en los pacientes estudiados siendo una opción para reducir c-LDL a corto plazo, necesitando una adherencia alta al THLo para lograr la efectividad del tratamiento y una buena tolerancia a los efectos adversos. La posibilidad de prescripción por diferentes servicios, hace necesario un protocolo consensuado de uso.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB EN UN HOSPITAL GENERAL: LEYENDAS Y REALIDAD

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

Objetivos: Evaluar la efectividad, seguridad y coste de alirocumab y evolocumab, anticuerpos monoclonales (Acm) completamente humanos, autorizados en el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria o dislipidemia mixta. Se unen con alta afinidad y especificidad a la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), reduciendo los niveles de colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL).

Métodos:

Estudio retrospectivo y observacional (Abril'16 - Enero'18) llevado a cabo en un hospital de segundo nivel.

Variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento previo/concomitante, dosis (cambio si procede) y duración de tratamiento.

Para evaluar:

1. Efectividad: colesterol total (C-total) y cLDL, antes de iniciar tratamiento y después, de acuerdo a valores de ensayos clínicos pivotaes, revisando la historia clínica (MambrinoXXI®).
2. Seguridad: reacciones adversas (RA) descritas por los pacientes en la consulta de Atención Farmacéutica.
3. Coste: fármaco/paciente/año.

Resultados:

Se incluyeron 31 pacientes (80,6% varones), edad media: 60 años (rango: 26-87).

El 51,6% de los pacientes recibieron alirocumab y 48,4% evolocumab.

Diagnóstico: 51,6% dislipidemia/hipercolesterolemia con intolerancia a estatinas, 41,9% dislipidemia severa con mal control farmacológico y 6,5% hipercolesterolemia con mal control farmacológico. El 83,9% de los pacientes había sufrido alguna cardiopatía isquémica.

El 96,8% de los pacientes fueron tratados con estatinas previamente (87,1% de los casos en combinación con otro hipolipemiente), suspendiéndose la estatina definitivamente en 48,4% por intolerancia. El 3,2% restante, fue tratado en monoterapia con fenofibrato.

El 29% de los pacientes fue tratado en monoterapia con Acm. El 29% recibió sólo un hipolipemiente y Acm; el 38,8% recibió Acm y dos fármacos hipolipemiantes; y en el 3,2% restante se utilizó triple terapia hipolipemiente (estatina, fenofibrato y ezetimiba) más Acm.

En el 12,9% de los pacientes, tratados con alirocumab o evolocumab, se modificó la dosis o el intervalo posológico por alcanzarse valores de cLDL inferiores a los niveles objetivo.

Al cierre del estudio, la mediana de duración de tratamiento fue de 15 meses (rango: 2-21) y 87,1% pacientes continuaban tratamiento. Los motivos de suspensión fueron: incumplimiento (3,2%), valores de cLDL inferiores a niveles objetivo (3,2%) e intolerancia (6,5%).

Efectividad: antes del tratamiento con Acm, los valores medios de C-total y cLDL eran 217,6 mg/dL y 145,7 mg/dL, respectivamente. Al cierre del estudio, éstos fueron 135,9 mg/dL y 63,4 mg/dL, con una reducción media de 36,5% y 55,5%, respectivamente.

Seguridad: la única RA registrada fue debilidad muscular progresiva para evolocumab.

Coste: alirocumab 2.462 €/paciente/año y evolocumab 2.647 €/paciente/año.

Conclusiones: Los nuevos fármacos hipolipemiantes constituyen una alternativa terapéutica para el tratamiento de la hipercolesterolemia o dislipidemia cuando las estatinas u otros hipolipemiantes no son eficaces o están contraindicados.

En los ensayos pivotaes de alirocumab y evolocumab, el criterio de valoración principal de eficacia fue el porcentaje medio de reducción con respecto al valor inicial en el cLDL, resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio. Dado el alto impacto económico de estos Acm, sería necesario extender los estudios a largo plazo para comprobar la repercusión de estos fármacos en la prevención de la morbimortalidad cardiovascular. Ello permitiría implementar estos nuevos tratamientos en el subgrupo de pacientes que pueda beneficiarse a largo plazo.

Conflicto de intereses: no.

IMPACTO DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

Pérez Margallo ME, Piqueras Romero C, García Esteban B, Romero Martín C, De la Calle Riaguas B, Berrocal Javato MA. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Objetivo: Valorar las interacciones farmacológicas (IF) con importancia en la práctica clínica diaria en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) tratados con inhibidores de la tirosina quinasa (ITK). Los ITK se consideran medicamentos de alto riesgo y de estrecho margen terapéutico y, por tanto, las interacciones con otros fármacos pueden dar lugar a alteraciones en su eficacia y/o toxicidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 1 año de duración (enero 2017 - enero 2018). Se seleccionaron pacientes con LMC en tratamiento con ITK (imatinib, dasatinib, nilotinib). Se registraron datos demográficos (edad, sexo), datos relacionados con la medicación (número de fármacos concomitantes, principio activo), interacciones (muy graves, graves, moderadas y leves) y recomendación.

Se consideró interacción "muy grave" aquella cuya recomendación es no usar la combinación, "grave" cuando se recomienda modificar terapia, "moderada" si se recomienda monitorizar al paciente y "leve" cuando no se requiere ninguna acción.

Fueron incluidos todos los pacientes en tratamiento con ITK y diagnóstico de LMC. La selección de pacientes se llevó a cabo mediante el programa informático Farmatools® a través del módulo de Dispensación a Pacientes Externos.

Para realizar la historia clínica y farmacoterapéutica de los pacientes se utilizó el programa Mambrino XXI.

Las IF se comprobaron con la aplicación Lexicomp.

Los datos fueron registrados en una tabla Excel.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes (50% hombres), con una mediana de edad de 71.5 años, (rango de 29-88 años). Aproximadamente la mitad de los pacientes, 54.1%, tenía más de 65 años.

Los ITK fueron: imatinib 72% (n=18), dasatinib 16% (n=4), nilotinib 12% (n=3). Un paciente cambió de tratamiento durante el estudio (de imatinib a nilotinib).

El número de fármacos concomitantes analizados fue 170, (7 fármacos por paciente). De ellos, el 27,6% (n=47) presentaba IF con los ITK. El principio activo con mayor porcentaje de interacciones fue el paracetamol 23,4% (n=11), seguido de atorvastatina 12,8% (n=6), metamizol 10,6% (n=5) y dutasterida 8,5% (n=4).

Las IF fueron: muy graves 12,8% (n=6), graves 25,5% (n=12), moderadas 59,6% (n=28) y leves 2,1% (n=1).

La media de IF fue de 2,35. En la mayor parte de los pacientes, 54% (n=13), se observó más de dos IF. Los pacientes con una IF fueron el 29% (n=7), y en el 17% (n=4) no se encontró ninguna IF.

Conclusiones: En la práctica clínica diaria la mayoría de las IF detectadas en nuestro estudio fueron moderadas (59,6%), requiriendo monitorización del paciente. Sin embargo, un 38,3% de las IF detectadas fueron consideradas graves y muy graves, lo que implica la necesidad de una atención farmacéutica continuada en este tipo de pacientes.

En la mayor parte de los pacientes, 54%, se observó más de dos IF. Los pacientes con ninguna IF representaron un pequeño porcentaje en relación al total de pacientes (17%).

Conocer cuáles son los principales principios activos que se encuentran con mayor frecuencia implicados en las IF con los ITK puede actuar como un sistema de alerta en la validación farmacéutica de la terapia farmacológica.

Conflicto de intereses: ninguno.

COSTE-EFECTIVIDAD Y PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FLUCITOSINA ORAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

¹Pérez Serrano R, ²Abdel-Hadi Álvarez H, ³González Gasca FJ, ³Porrás Leal ML, Franco Sereno MT, ¹Rodríguez Martínez M. ¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Medicina Intensiva. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: Analizar la utilización, la efectividad y el coste asociado de flucitosina por vía enteral en la práctica clínica real en pacientes ingresados.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes ingresados tratados con el antifúngico flucitosina comprimidos en un hospital general universitario durante 46 meses (mayo 2014-febrero 2018).

Mediante la revisión de historias clínicas y los datos del programa de prescripción electrónica se recogieron las siguientes variables: sexo, creatinina sérica, necesidad de administración por sonda nasogástrica, servicio prescriptor, días de tratamiento, dosis, coste, tipo de infección, patógeno, tratamiento antifúngico concomitante, curación clínica, curación microbiológica, mortalidad hospitalaria y si hubo recidiva en los 6 meses posteriores a terminar el tratamiento.

Se consideró curación microbiológica en los casos de tratamiento dirigido con resultado de cultivo negativo durante la semana posterior a terminar el tratamiento. Para evaluar si la dosis y/o duración del tratamiento eran correctas se asumió como referencia principal la guía de la IDSA (Infectious Diseases Society of America) 2016 sobre el manejo de la candidiasis.

Resultados: Durante el período de estudio, 19 pacientes (57,9% hombres) recibieron tratamiento con flucitosina en comprimidos (52,6% por vía oral y 47,4% por sonda nasogástrica). De las 19 prescripciones, 12 (63,1%) se iniciaron por Medicina Intensiva, 3 (15,8%) por Medicina Interna y 4 (21%) por otros servicios. El tipo de infección mayoritaria fue la del tracto urinario (78,9%) y se utilizó en monoterapia en el 84,2%.

En el 89,5% (17) de los casos el tratamiento fue dirigido, siendo *Candida* el patógeno en todos los casos (76,5% era *Candida glabrata*), la duración media de tratamiento fue 8,7 días, considerándose adecuada en el 73,7% (14), en los casos de tratamientos con una duración no adecuada siempre fue por una duración inferior a la recomendada. En 3 pacientes (15,8%) la dosificación no fue correcta: 2 por infradosificación y 1 por sobredosificación.

El coste medio por paciente fue de 56,7 euros. La tasa de curación clínica fue 94,7% y la de curación microbiológica 83,3%, la tasa de recidiva en 6 meses fue del 13,3% y la mortalidad hospitalaria fue del 5,3%. En términos de coste efectividad se obtuvo 59,8 euros por curación clínica y 68 euros por curación microbiológica.

Conclusiones: Flucitosina comprimidos se utiliza en la práctica clínica real de nuestro centro mayoritariamente en tratamiento dirigido para infecciones del tracto urinario por *Candida glabrata*, en monoterapia y en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los resultados de coste efectividad indican que se trata de una terapia muy eficiente, con unas tasas de curación altas y bajo riesgo de recidiva.

Por las limitaciones del estudio no se puede obtener la causa de la suspensión de algunos tratamientos de forma prematura, ya que podría deberse a reacciones adversas, errores de prescripción, alta... Los casos de dosificación incorrecta sugieren que la revisión de las prescripciones por un equipo multidisciplinar en el seno de un programa de optimización de antibióticos podría resultar beneficioso.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Papas PG., Kauffman CA., Andes DR y cols. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis.

EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA MANIPULACIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y MEDICAMENTOS EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES NO ESTÉRILES

Lavandeira Pérez M; Yuste Gutiérrez AM; Martín Alcalde E; Mendoza Acosta I; Álvarez Nonay A; Horta Hernández AM. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El documento técnico sobre medidas de prevención para la preparación y administración de medicamentos peligrosos (MP) publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en 2016 recoge la relación de medicamentos considerados como peligrosos y las medidas de protección que deben ser usadas en su manipulación. Respecto a las materias primas o productos químicos establece que se debe considerar la clasificación de peligrosidad que recogen los reglamentos CE/1907/2006 (REACH) y CE/1272/2008 (CLP).

El objetivo de este trabajo es analizar las materias primas y los medicamentos utilizados en la elaboración de fórmulas magistrales no estériles (FMNE), clasificarlos según el riesgo de manipulación y establecer recomendaciones de uso, medidas de prevención y equipos de protección individual (EPis).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo entre noviembre de 2017 y enero de 2018 para analizar las materias primas y medicamentos utilizados en la elaboración de FMNE. La selección se llevó a cabo a través del programa Magisfor®. Se analizó la peligrosidad de los medicamentos según el documento técnico del INSHT. Para las materias primas se revisaron los apartados sobre manipulación, almacenamiento, control de exposición y protección individual de las fichas de datos de seguridad (FDS) proporcionadas por los proveedores de sustancias activas. Las FDS proporcionan información sobre el riesgo y manejo de las sustancias químicas teniendo en cuenta los reglamentos de peligrosidad.

Resultados:

Se encontraron 214 sustancias activas utilizadas en la elaboración de FMNE. El 42% correspondían a medicamentos y el 58% eran materias primas.

Medicamentos (90): Un 15,5% se clasificaron como MP, de los cuales el 28,6% eran MP1 (antineoplásicos), 35,7% MP2 (no antineoplásicos que cumplen al menos un criterio: carcinogénico, teratogénico, toxicidad reproductiva o genotóxico) y 35,7% MP3 (riesgo reproductivo).

Materias primas (124): El 34,7% se clasificaron como no peligrosas, el 49,2% fueron sustancias con toxicidad intermedia (nocivos en caso de ingestión, contacto con la piel o inhalación; o irritantes cutáneos, oculares o de vías respiratorias) y el 16,1% con toxicidad alta (citotóxicas/teratógenas). Del total de materias primas consideradas como no peligrosas, en el 81% la FDS recomiendan alguna medida de protección respiratoria, ocular y de contacto.

Las medidas generales y EPis que se recomendaron para la manipulación de todos los MP encontrados y las materias primas clasificadas como de toxicidad intermedia y alta fueron: doble guante, bata, protección respiratoria FPP3 y gafas de seguridad química. En las materias primas no peligrosas se recomendó: guantes simples, bata, protección respiratoria FPP2 y gafas de seguridad.

Conclusiones:

Existe un porcentaje muy importante de medicamentos y materias primas utilizadas en la elaboración de FMNE clasificadas como peligrosas o de riesgo para el manipulador. El establecimiento de medidas y EPis recomendados que figuren en el procedimiento normalizado de elaboración de estas FMNE es imprescindible para garantizar la seguridad y protección del personal elaborador.

Conflicto de intereses: Ninguno.

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FLUOROQUINOLONAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Marco del Río, J; Romero Candell, G; Díaz Rangel, M; Sánchez Rubio, F; Pérez Alpuente, I; Ruiz Sánchez, S.
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.**

Objetivos: en la era del uso racional de antibióticos, uno de los grupos terapéuticos que tienen más importancia a nivel ecológico son las fluoroquinolonas (J01MA), ya que son antibióticos de amplio espectro con un alto impacto sobre la microbiota intestinal lo que conlleva un riesgo alto de infección por *Clostridium difficile*, y hay bacterias como *Escherichia Coli* que presentan resistencia frecuente a estos fármacos. Además, pueden producir algunos efectos adversos graves como tendinopatías o la prolongación del intervalo QT. Por todo esto, se debería intentar reducir el consumo de estos fármacos, sobre todo cuando haya alternativas igual de eficaces. El objetivo de este estudio es obtener datos preliminares sobre cuál es el patrón de utilización de fluoroquinolonas en nuestro centro, para detectar posibles áreas de actuación y oportunidades de mejora.

Métodos: corte transversal (Febrero 2018). Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados en el hospital con un antibiótico del grupo J01MA prescrito en el tratamiento. Criterios de exclusión: pacientes críticos y pediátricos. Ámbito: hospital universitario de tercer nivel. Variables recogidas a través de la historia clínica electrónica Mambrino XXI® y la aplicación de Gestión de Unidosis del programa Farmatools®: edad, sexo, antibiótico prescrito, vía de administración, indicación (categorizada en: Infección del tracto urinario (ITU), Infección de vías respiratorias (IVR), infección intraabdominal (IIA) y otros) y tratamiento empírico o dirigido según resultados microbiológicos.

Resultados: n= 47 pacientes. Edad media = 68,3 años (SD = 17,3), con un 63,8% de hombres. El 51,1% de las fluoroquinolonas prescritas correspondía a levofloxacin, el 46,8% a ciprofloxacino y el 2,1% restante a norfloxacino. En cuanto a la vía de administración, el 55,3% estaban prescritas por vía parenteral y el resto por vía oral. Las indicaciones para el tratamiento antibiótico fueron las siguientes: 18 IVR (38,3%), 14 IIA (29,8%), 10 "otros" (21,3%) y 5 ITU (10,6%). Sólo en 11 casos (23,4%) el tratamiento antibiótico era dirigido según resultados microbiológicos, correspondiendo la mayor parte (76,6%) a tratamiento empírico.

Conclusiones: el consumo diario de antibióticos del grupo J01MA en nuestro centro es alto, con una distribución prácticamente al 50% entre ciprofloxacino y levofloxacin, y entre la vía parenteral y la vía oral. La indicación más habitual para el tratamiento es la IVR (38,3%), seguida de la IIA (29,8%). Se observó un alto porcentaje de tratamiento empírico (76,6%), lo cual es una oportunidad de mejora para reducir el consumo de fluoroquinolonas, mediante la creación de protocolos o la actualización de los existentes para las infecciones más habituales y su difusión al personal facultativo recordando las principales alternativas terapéuticas existentes para cada patología, por ejemplo el empleo de cefalosporinas de tercera generación junto con un macrólido para IVR. También se podría incidir más en la terapia secuencial a vía oral, para así reducir costes e infecciones asociadas a la vía intravenosa. Este estudio sirve como punto de partida para hacer análisis más profundos al respecto y detectar más áreas de actuación para mejorar el uso racional de las fluoroquinolonas.

Conflicto de intereses: no.

DESPRESCRIPCIÓN COMO RESULTADO DE UNA COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN
CONSULTA DE GERIATRÍA

Martínez Camacho M, García Marco D**, Araujo Ordóñez MA*, Escolante Melich A*, Rodríguez Jiménez E*, Rueda Naharro A***

**Hospital Virgen del Valle, **Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.*

Objetivos: En pacientes geriátricos el consumo de medicamentos es muy elevado, por lo general, no se establecen periodos de duración de tratamientos, y esto se asocia a un alto riesgo de efectos adversos. Es importante evaluar la correcta adecuación de la farmacoterapia. El objetivo de nuestro estudio fue mejorar los tratamientos farmacológicos utilizando escalas anticolinérgicas y una revisión de la historia farmacoterapéutica en pacientes de consulta de geriatría.

Métodos: Los facultativos de dos consultas de geriatría 1 vez por semana nos entregaban una relación de los pacientes que iban a acudir a su próxima consulta. El farmacéutico revisaba la historia terapéutica del paciente e introducía la medicación en una calculadora de escalas anticolinérgicas (<http://www.anticholinergicscales.es/>). Se recogió el resultado de las 2 escalas anticolinérgicas más usadas: ACB (AnticholinergicCognitiveBurdenScale) y ARS (AnticholinergicRiskScale). Tras la valoración de los tratamientos se informaba al médico de las posibles intervenciones a realizar. El médico valoraba al paciente y las recomendaciones, actuando si lo consideraba apropiado, e informando al farmacéutico posteriormente de la adecuación farmacoterapéutica.

Resultados: El estudio se realizó en 2 consultas de geriatría, sobre 25 pacientes (7 hombres y 18 mujeres) con una media de edad de 85,92 años (80-95). Se ha intervenido sobre 20 pacientes (80%), en 4 (20%) de ellos estaban implicados algún medicamento anticolinérgicos y en 19 (95%) se ha realizado desprescripción (en 2, el 10%, debido a duplicidad). Se intervino en 3 (75%) de los 4 pacientes que presentaban un riesgo anticolinérgico mayor o igual a 3. La media de fármacos por paciente disminuyó de 9,68 al inicio a 7,56 tras la intervención.

Conclusiones: Es necesario revisar y adecuar de forma multidisciplinar los tratamientos farmacológicos en ancianos, para prevenir efectos secundarios. Pocos pacientes superaban la carga anticolinérgica recomendada. La mayor parte de las actuaciones fueron por desprescripción tras el análisis global del tratamiento.

Conflicto de intereses: No hay.

ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*Díaz Rangel M, Ros Ample T, García Martínez EM, Marco del Río J, Sánchez Rubio, Domingo Chiva E
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.*

Objetivo: Cuantificar y caracterizar los errores de medicación (EM) que se producen en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (COT) de un hospital de tercer nivel previos a la integración de un farmacéutico en el equipo asistencial.

Método: Estudio observacional prospectivo de un mes de duración, en el que el farmacéutico detectó y caracterizó los EM por el método de observación directa, en el Servicio de COT de un hospital de tercer nivel. El número de observaciones fue una muestra representativa del número de administraciones de medicamentos que se realizan en dicho servicio para poder obtener la tasa de error. Las observaciones se realizaron indistintamente en los turnos de mañana, tarde y noche de enfermería; así como en días laborables y festivos. Las observaciones se recogieron y se compararon con la prescripción médica electrónica original detectando error en los casos de discrepancia. También se revisó la prescripción médica original, de forma que así se analizaba el circuito completo de utilización de medicamentos (prescripción, validación farmacéutica, dispensación y administración). Si el farmacéutico encargado de la observación detectaba un error, lo comunicaba antes de que se produjese para así evitarlo y posteriormente se registraba. Los EM se cuantificaron y clasificaron según el estudio EMOPEM, adaptándolo a nuestro estudio, y se clasificaron en función de su gravedad en 9 categorías (A-I), según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Variables estudiadas: tipo de día (laborable/festivo), turno de enfermería, fármaco, si se produjo EM, tipo de EM según estudio EMOPEM y clasificación EM según NCCMERP. Fuentes de información: programa informático Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Análisis estadístico: programa STATA®v.13.

Resultados: Se recogieron 655 observaciones, mayoritariamente en día laborable (91%). Las observaciones fueron: en turno de mañana (69,3%), tarde (14,8%) y noche (15,9%). De las 655 observaciones, el 23,4% presentaban EM con un total de 158 errores (8,8 por día y 0,7 por paciente). Los EM detectados fueron: error de prescripción (42,4%), técnica de administración-velocidad equivocada (19,6%), omisión del registro (15,8%), omisión de administración (6,3%), error de hora de administración y preparación errónea en planta (4,4%, respectivamente), forma farmacéutica equivocada (3,8%), dosis incorrecta por defecto (1,3%), omisión de dosis, dosis incorrecta por exceso e incumplimiento del paciente (0,6%, respectivamente). En cuanto a la gravedad, los EM fueron clasificados según NCCMERP en la categoría A (60,1%), B (1,9%), C (37,3%) y D (0,6%).

Conclusiones:

Los resultados obtenidos sirven para conocer la situación de partida en el Servicio de COT e identificar los posibles puntos para implantar acciones de mejora. Las causas contribuyentes principales de los EM están relacionadas con el personal y con sistemas de comunicación deficientes. Por lo que toda medida que mejore la comunicación entre los profesionales y la formación podría ayudar a prevenir EM, así como disponer de un farmacéutico en planta para la resolución de dudas sobre la medicación.

FORMULACIÓN DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Lavandeira Pérez M¹; Sánchez de Castro, M¹; Martín Alcalde E¹; Galicia Poblet, G²; Mendoza Acosta, I¹; Horta Hernández A.M¹. ¹ Servicio de Farmacia. ² Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad inflamatoria inmunoalérgica crónica del esófago. Se caracteriza por infiltración de eosinófilos en la mucosa esofágica. Los síntomas más significativos son disfagia, impactación de alimentos, pirosis y vómitos. El tratamiento consiste en terapia nutricional, corticoides tópicos o inhibidores de la bomba de protones (IBP). Actualmente no existe comercializada una presentación de corticoides específica para esta indicación, generalmente se prescriben corticoides inhalados.

Los objetivos fueron describir la elaboración de una fórmula magistral (FM) de budesonida viscosa oral (BVO) y evaluar la efectividad y tolerancia de la misma en los pacientes tratados.

Métodos: El Servicio de Pediatría solicitó al Servicio de Farmacia la elaboración de una FM de BVO al 0.2% para el tratamiento de pacientes pediátricos con EEo. Se realizó una búsqueda bibliográfica. Se revisaron varias FM detalladas en la literatura y las fichas técnicas de budesonida y diversos excipientes de uso oral. Para evaluar la efectividad y tolerancia se realizó un estudio observacional retrospectivo y descriptivo desde febrero de 2017 hasta febrero 2018. Se identificaron los pacientes pediátricos en tratamiento a través del programa Farmatools® y se revisaron las historias clínicas electrónicas de los pacientes. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, enfermedades inmunoalérgicas asociadas (EIA), uso de IBP y tratamiento nutricional. La eficacia del tratamiento se evaluó comparando los resultados de las biopsias del esófago al inicio y tras finalizar el tratamiento de inducción con BVO.

Resultados: Se encontraron varias FM de BVO que o bien usaban especialidades de Budesonida en aerosol junto con sucralosa o maltodextrina, o usaban principio activo disperso en geles de metilcelulosa, carboximetilcelulosa o goma xantana. Se decidió elaborar una FM de BVO al 0.2% en gel viscoso de metilcelulosa 1% a partir de principio activo. La budesonida al ser insoluble en agua forma una suspensión en el gel, la adición de polisorbato 80 favoreció la dispersión del polvo. Además, se adicionó sacarosa como edulcorante y solución tampón citrato para conseguir un pH = 4 (máxima estabilidad budesonida). La estabilidad de la FM fue de 90 días, según la bibliografía.

Durante el periodo de estudio se han tratado 8 pacientes pediátricos: 62,5% niños. La mediana de edad fue de 10,5 años (RIC: 8,75-12,25). Un 75% presentaban EIA (dermatitis atópica, asma, rinoconjuntivitis). Todos han sido tratados con IBP y siguen un tratamiento nutricional de exclusión de alimentos. Comenzaron con dosis de inducción: BVO 1mg/12h durante 12 semanas y posteriormente dosis mantenimiento (1 mg/24 h). Tras las 12 semanas de tratamiento no se observaron infiltrados eosinofílicos en las biopsias en el 87,5% de los pacientes, logrando remisión completa. Un paciente logró remisión parcial por falta de adherencia. No se han comunicado efectos adversos con la FM.

Conclusiones: La FM de BVO 0.2% presenta una viscosidad adecuada que permite un mayor tiempo de contacto del corticoide con la mucosa esofágica lo que puede incrementar su efecto. La FM ha resultado efectiva y con buena tolerancia en estos pacientes y puede ser una alternativa en el tratamiento de la EEo.

Conflicto de intereses: Ninguno.

¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS ALUMNOS CON LA CALIDAD DE LA DOCENCIA RECIBIDA?

Martí Gil C, Sánchez Gundín J, Llorente Serrano M, Martínez Valdivieso L, Portela Sotelo A, Barreda Hernández D

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

Objetivo: la formación pregrado es una de las actividades docentes en nuestro Servicio de Farmacia (SF). De acuerdo a la legislación vigente, la realización de las estancias es un requisito indispensable para la obtención y homologación del título de farmacéutico. Con este cumplimiento formativo se pretende que los alumnos adquieran los conocimientos mínimos de la práctica profesional. La finalidad del presente trabajo fue evaluar la calidad de la docencia pregrado percibida por los estudiantes del Grado de Farmacia.

Métodos: estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de nivel-II (2014-2017) en el que se incluyeron a los alumnos de Farmacia, tanto en prácticas tuteladas obligatorias como en prácticas tutorizadas o extracurriculares, voluntarias.

El SF cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la norma ISO 9001:2008, siendo la docencia uno de sus procesos clave, estando documentado dicho proceso con procedimientos normalizados de trabajo (PNT) e instrucciones técnicas. Para conocer la satisfacción percibida por el alumno, se diseñó un cuestionario breve, anónimo y autoadministrado, que incluía 5 preguntas tipo likert, con 5 grados de respuesta [muy malo (1) - muy buena (5)] sobre diferentes aspectos de la docencia impartida, 1 pregunta dicotómica sobre los objetivos alcanzados, 1 ítem sobre calificación global [1-10] y un último apartado para sugerencias, de campo libre.

Se introdujeron todos los datos en una base de datos, mediante la aplicación informática Microsoft Excel®, con el fin de facilitar el procesamiento estadístico. Se realizó un análisis descriptivo, empleando frecuencia absoluta, en caso de variables cualitativas, y media, con desviación estándar, en caso de variables cuantitativas. Variables recogidas: sexo, Universidad, duración (semanas) y tipo de prácticas (tuteladas, tutorizadas).

Resultados: un total de 11 alumnos (8 mujeres) realizaron las prácticas en nuestro SF (6 tuteladas), pertenecientes a 6 universidades diferentes, principalmente Alcalá-de-Henares (4) y CEU-San-Pablo (3). La duración promedio fue de 5 semanas [1-21].

Las puntuaciones de los diferentes ítems fueron:

- 1) Programa de formación individual: $4,4 \pm 0,5$.
- 2) Cronograma de áreas de rotación: $4,2 \pm 0,8$.
- 3) Preocupación general por la docencia del personal del SF: $4,6 \pm 0,5$.
- 4) Dedicación del personal del SF a la docencia: $4,4 \pm 0,5$.
- 5) Desarrollo de habilidades para su futuro profesional: $4,6 \pm 0,5$.

Todos ellos afirmaron haber cumplido sus objetivos, resultando la satisfacción global: $8,9 \pm 0,8$.

Las sugerencias de mejora realizadas por 3 estudiantes fueron:

Realizar la lectura de los PNT, tras realizar la rotación, para facilitar la comprensión, impartiendo una explicación inicial en cada área.

Favorecer la comunicación con la Universidad de procedencia.

Consensuar las rotaciones con el alumno, realizando un calendario más flexible.

Impartir más formación sobre información farmacoterapéutica.

Conclusiones: la retroalimentación del cliente, mediante la realización de encuestas de satisfacción, permite evaluar la eficacia de los procesos, detectar oportunidades de mejora e implementar las acciones de mejora con el fin de conseguir la mejora continua del SGC y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.

Conflicto de intereses: ninguno.

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA RESIDENTE EN UNA RESIDENCIA SOCIOSANITARIA.

*García Sacristán, A.A; Rodríguez Jiménez, E; Martínez Camacho, M; Quirós Ambel, H; Domínguez Barahona, A; González Suárez, S.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de los pacientes de una residencia geriátrica y sus posibles factores terapéuticos asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico en pacientes ingresados en una residencia geriátrica durante el mes de Noviembre de 2017. Mediante la realización de la escala Mini Nutricional Assessment (MNA) clasificamos a los pacientes en: malnutridos, riesgo de malnutrición y estado nutricional normal. Además se recogieron datos demográficos: sexo y edad; datos terapéuticos: número de fármacos en el tratamiento de los pacientes (diferenciamos en tres grupos: pacientes no polimedificados, si presentaban < 5 fármacos, pacientes polimedificados, si presentaban ≥ 5 fármacos y grandes polimedificados si presentaban ≥ 10 fármacos). También se recogieron el número de antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas en el tratamiento de los pacientes, ya que pueden disminuir el apetito y por lo tanto influir negativamente en el grado de nutrición del paciente. Por último, se recogió si estaban en tratamiento con megestrol, ya que por el contrario a los anteriores, estimula el apetito. Los datos se recogieron en tabla Excel 2010® y el estudio estadístico descriptivo se realizó con SPSS21®.

Resultados: Se evaluaron un total de 70 pacientes, de los cuales el 30,0% (21) eran hombres. La edad media fue de 84,7 años (69-98 años). Tras aplicar la escala MNA, observamos que el 24,3% (17) se encontraban en estado de malnutrición, el 47,1% (43) tenían riesgo de malnutrición y el 28,6% (20) tenían un estado nutricional normal. La media de fármacos prescritos en el tratamiento de los pacientes fue de 9,2, observando además que el 88,6% (62) eran polimedificados y de ellos el 56,5% (35) eran grandes polimedificados. La media de antidepresivos empleados fue de 1,09 existiendo un 34,2% (24) con 2 o 3 antidepresivos. Además el 72,9% (51) no tenía en su tratamiento ningún antipsicótico y un 81,4% (57) ninguna benzodiacepina prescrita. El 7,1% (5) estaban en tratamiento con megestrol.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes polimedificados vs no polimedificados y el estado nutricional, pero sí entre pacientes grandes polimedificados vs el resto de los pacientes y el estado nutricional ($p < 0,01$), encontrando que los grandes polimedificados tienen más riesgo de malnutrición que el resto. Tampoco obtuvimos una diferencia estadísticamente significativa entre el estado nutricional del paciente y el número de antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas prescritos.

Conclusiones: En nuestro estudio se puede observar una elevada tasa de desnutrición, reflejando lo que sucede en la población anciana general. En la misma línea, detectamos el gran número de fármacos prescritos en el tratamiento de los pacientes, siendo la gran mayoría polimedificados.

Solo observamos diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con ≥ 10 fármacos (teniendo estos más riesgo de malnutrición) vs resto de pacientes, sin encontrar diferencias en el resto de grupos analizados. Finalmente, tras identificar los pacientes de riesgo y malnutrición, se lo comunicamos al médico de la residencia y así llevar a cabo las intervenciones correspondientes.

VERACIDAD DE LA HISTORIA FÁRMACO-TERAPÉUTICA RECOGIDA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sánchez Gundín J¹, Marcos Pérez G¹, Fernández Castor G², Del Olmo Carrillo E², Marco Tejón E¹, Barreda Hernández D¹.

¹Servicio Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ²Servicio Urgencias. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivo: Evaluar la veracidad de la historia fármaco-terapéutica (HFT) recogida en el programa de Atención Primaria (AP) mediante el análisis de discrepancias entre dicha historia y la recogida por un farmacéutico durante la estancia de pacientes en el Servicio de Urgencias (SU) hospitalario. Identificar los grupos farmacológicos más implicados.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo, cinco meses de duración (Octubre'17-Febrero'18), llevado a cabo en el SU de un hospital de segundo nivel con presencia física de un farmacéutico (10.00h-15.00h lunes-viernes). La HFT completa fue recopilada por el farmacéutico mediante entrevista clínica con el paciente y fue comparada con la recogida en el programa de AP (Turriano®). Dicha entrevista se complementaba con informes previos de alta hospitalaria y de consultas externas hospitalarias.

Pacientes incluidos: mayores de 65 años y/o polimedicados no institucionalizados.

Datos recopilados: edad, sexo, número de medicamentos crónicos y discrepancias entre la HFT recopilada por farmacéutico y la reflejada en el programa de AP.

Tipo de discrepancias:

- Comisión: HFT de AP recoge medicamentos que el paciente no toma.
- Dosis: HFT de AP recoge medicamentos con distinta dosis a la que el paciente toma.
- Frecuencia horaria: HFT de AP recoge medicamentos con distinta frecuencia horaria a la que el paciente toma.
- Omisión: HFT de AP no recoge medicamentos que el paciente toma.

Además, se analizaron las discrepancias que implicaban medicamentos de alto riesgo según el proyecto español MARC (medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos, 2014).

Resultados: Se realizaron 690 entrevistas. Edad media pacientes: 78 años (rango: 35-102), ligero predominio femenino (50,4%). Cada paciente tomaba 7 medicamentos crónicos (rango: 2-16). El número medio de discrepancias por paciente fue 0,96 y el 55% de los pacientes tenían al menos una discrepancia. Se consideraron 19% discrepancias de omisión, 27% comisión, 24% frecuencia horaria y 30% dosis.

Según el proyecto MARC, el número medio de discrepancias en fármacos de alto riesgo por paciente fue 0,47 y el 35% de los pacientes tenían al menos una discrepancia. Se consideraron 44% discrepancias de dosis, 27% frecuencia horaria, 18% comisión y 11% omisión. Medicamentos implicados mayoritariamente: benzodiacepinas y análogos (20%), diuréticos del asa (19%), antidiabéticos orales (13%), insulina (9%), bloqueadores beta-adrenérgicos (8%), digoxina oral (6%), espirolactona/eplerenona (6%), antipsicóticos (4%), corticoides a largo plazo (3%), opioides (3%) y antiagregantes plaquetarios (2%).

Conclusiones:

Cada vez es más frecuente que la prescripción de AP conste en una base de datos a la que se puede acceder desde los hospitales, pudiendo consultar la HFT informatizada y prescripciones activas de cada paciente. Debido a que más del 50% de los pacientes mayores de 65 años y/o polimedicados presentan al menos una discrepancia con dicha HFT, la entrevista con el paciente tiene gran importancia. La intervención farmacéutica sería importante para evitar posibles errores de medicación, haciendo recomendaciones para aumentar la seguridad del paciente, especialmente en medicamentos de alto riesgo. Este estudio proporciona evidencia de que la revisión de medicamentos es útil para obtener una HFT real y completa y localizar físicamente al farmacéutico en el SU mejoraría la calidad de la asistencia sanitaria.

Conflicto de intereses: No.

HISTORIA FÁRMACO-TERAPÉUTICA RECOGIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE DISCREPANCIAS

Sánchez Gundín J¹, Llorente Serrano M¹, Redondo Martínez MP², Moya Olmeda D², Martí Gil C¹, Barreda Hernández D¹.

¹Servicio Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ²Servicio Urgencias. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivo: Valorar la calidad de la historia fármaco-terapéutica (HFT) recogida en un Servicio de Urgencias (SU) hospitalario mediante el análisis de discrepancias entre dicha historia y la medicación domiciliar recogida por un farmacéutico durante la estancia en el servicio.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo, dos meses de duración (Enero'18-Febrero'18), llevado a cabo en el SU de un hospital de segundo nivel con presencia física de un farmacéutico (10.00h-15.00h lunes-viernes). La HFT completa fue recopilada por el farmacéutico mediante entrevista en base a la HFT de atención primaria (Turriano®) e informes de alta hospitalaria y consultas hospitalarias (Mambrino XXI®).

Se incluyeron pacientes mayores de 65 años y/o polimedicados no institucionalizados que iban a ingresar en cualquiera de los servicios médico-quirúrgicos hospitalarios. Datos recopilados: edad, sexo, número de medicamentos crónicos y discrepancias entre la HFT recopilada por el farmacéutico y la recogida en el SU.

Tipo de discrepancias:

- Comisión: HFT de SU recoge medicamentos que el paciente no toma.
- Dosis: HFT de SU recoge medicamentos con distinta dosis a la que el paciente toma.
- Frecuencia horaria: HFT de SU recoge medicamentos con distinta frecuencia horaria a la que el paciente toma.
- Omisión: HFT de SU no recoge medicamentos que el paciente toma.

Además se recogió la frecuencia de discrepancias en medicamentos cuyo tiempo de conciliación recomendado fuese menor de 4 h, generalmente medicamentos de alto riesgo o de corta semivida plasmática (documento de consenso de conciliación de medicamentos en los SU, grupo REDFASTER, 2012).

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, edad media 80 años (rango: 55-96) y ligero predominio masculino (53%). Cada paciente tomaba una media de 7 medicamentos crónicos (rango: 3-16). El número medio de discrepancias por paciente fue de 1.2 y 62% de los pacientes tenían al menos una discrepancia. Se consideraron 38% discrepancias de omisión, 32% comisión, 14% frecuencia horaria y 16% dosis.

Al analizar las discrepancias en medicamentos cuyo tiempo de conciliación recomendado fuese menor de 4h, se obtuvieron 0.3 discrepancias por cada paciente y 23% de los pacientes tenían al menos una discrepancia. Se consideraron 28% discrepancias de comisión, 16% dosis, 28% frecuencia horaria y 28% omisión. Medicamentos mayormente implicados: agonistas beta-adrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticoides inhalados (20%), beta-bloqueantes (20%), antidiabéticos orales en dosis múltiples diarias (15%), insulina (11%), antibióticos (11%), calcio-antagonistas (11%), antiarrítmicos (2%), ciclofosfamida (2%), inhibidores de leucotrienos (2%), metotrexato (2%), nitratos (2%) y agonistas alfa-adrenérgicos (2%)

Conclusiones:

En pacientes mayores de 65 años y/o polimedicados la HFT recogida en los SU no coincide totalmente en más del 50% de los casos con la medicación domiciliar que los pacientes refieren estar tomando. Debido a ello, la conciliación de medicamentos es importante en estos servicios y constituye una oportunidad de mejora. La presencia física de un farmacéutico en el SU mejoraría la calidad de esta HFT y la intervención farmacéutica acerca de recomendaciones para aumentar la seguridad del paciente, especialmente cuando están implicados fármacos cuyo tiempo de conciliación sea menor de 4h, mejoraría la calidad de la asistencia sanitaria.

Conflicto de intereses: No.

SUSPENSIÓN DE MERCAPTOPURINA EN LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA. COMPARACIÓN ECONÓMICA ENTRE PRESENTACIÓN COMERCIAL Y FORMULACIÓN MAGISTRAL

Ruiz Sanchez, S; Pérez Alpuente, I; Marco Del Río, J; Sánchez Rubio, P; Ortiz Navarro, MR; Clemente Andújar, M.

Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Farmacia.

Objetivos: Los comprimidos no son una buena opción para obtener las dosis de tratamiento tan ajustadas al peso o superficie corporal que presentan los pacientes pediátricos. Por lo cual, su formulación en suspensión es la mejor opción de dosificación para estos pacientes.

La finalidad de este trabajo fue comparar la diferencia económica entre adquirir una presentación comercial (PC) de mercaptopurina en suspensión con la realizada en el servicio de farmacia hospitalaria como fórmula magistral (FM), con la finalidad de encontrar la opción económica más sostenible.

Métodos: Se realizó una búsqueda de las PC en España de suspensión de mercaptopurina. Al no encontrarse ninguna comercializada en nuestro país, se realizó una segunda búsqueda de opciones comerciales que pudiesen importarse como medicamento extranjero y que se encontrasen autorizadas en nuestro país. La única opción comercial importable era Xaluprine® 20 mg/ml 100 ml de laboratorios Nova, que presentaba un periodo de validez de 60 días.

Posteriormente se calculó el coste de adquisición de la presentación Xaluprine® 20mg/ml 100 ml como medicamento extranjero a través de la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS), y el coste de preparación de la suspensión de mercaptopurina FM con la misma cantidad total de mercaptopurina que la especialidad comercializada, 2000 mg.

La FM de mercaptopurina utilizada fue la descrita por el Grupo de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO), formulada a una concentración de 50 mg/ml y con una caducidad de 28 días. De manera que una preparación magistral de 40 ml a 50 mg/ml contenía la misma cantidad de mercaptopurina que la PC. Para analizar los costes de elaboración de la FM se tuvieron en cuenta los costes de los comprimidos de mercaptopurina a partir de los cuales se elabora, materias primas, material de acondicionamiento, material fungible y personal elaborador.

Finalmente se comparó la diferencia entre el coste de ambas opciones. Como existía la posibilidad de reenvasar la presentación comercial para dispensar únicamente la cantidad necesaria para el paciente pediátrico, se comparó también el precio por miligramo de ambas presentaciones.

Resultados: El precio de importar la suspensión de mercaptopurina Xaluprine® 20 mg/ml 100 ml era de 280,80 €, con un precio de 0,14 €/mg de presentación.

El precio de elaborar 40ml de suspensión de mercaptopurina 50 mg/ml FM era de 77,23 €. Con un precio de 0,04 €/mg.

Durante los dos últimos años en nuestro hospital se realizaron una cantidad total de 79.000 mg de mercaptopurina FM en suspensión, suponiendo un ahorro para el servicio de farmacia hospitalaria de 8.041 € frente a haber adquirido la PC.

Conclusiones: La realización de la suspensión de mercaptopurina FM supone un gran ahorro frente a la adquisición de la presentación comercial. Además, al formularse dosis ajustadas a la pauta de cada paciente, permite un mejor control de la adherencia y la buena administración del tratamiento.

Conflicto de intereses: Ninguno.

SIROLIMUS TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES RELACIONADOS CON EL COMPLEJO DE LA ESCLEROSIS TUBEROSA

*Ruiz Sánchez, S; Aldaz Francés, R; Marco Del Río, J; Sánchez Rubio, P; Pérez Alpuente, I; Vitorio Garcia, L
Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Farmacia.*

Objetivo: El complejo de la esclerosis tuberosa (TSC) es un trastorno neurocutáneo de transmisión autosómica dominante caracterizado por el desarrollo multisistémico de tumoraciones hamartomatosas que afecta a 1/6.000-10.000 individuos. Los angiofibromas faciales (AF) son tumoraciones benignas de la piel encontrados en el rostro del 80% de los pacientes con el TSC constituyendo un criterio diagnóstico. Aunque los AF son normalmente asintomáticos, afectan a la calidad de vida debido a la importante disrupción estética que producen.

Diversos estudios recogen la utilización de una emulsión o/w de sirolimus 0,4% como tratamiento eficaz para el tratamiento de esta patología.

El objetivo de este estudio ha sido describir la preparación de esta fórmula magistral (FM) elaborada por el Servicio de Farmacia (SF), analizar la eficacia de la misma tras un periodo de seguimiento de un año y calcular el ahorro económico obtenido tras el cambio de la forma farmacéutica de la materia prima.

Métodos: Se realizó una búsqueda de aquellos pacientes en tratamiento con sirolimus tópico mediante el programa de pacientes externos del SF. Los datos se obtuvieron tras revisar la historia clínica electrónica en la aplicación Mambrino XXI®.

Las variables registradas fueron: datos demográficos, indicación, pauta posológica, eficacia definida como disminución del tamaño y no aparición de nuevas lesiones, tolerancia y tratamientos previos.

Para la elaboración de la FM se lleva a cabo la dispersión del principio activo en crema base o/w elaborada por el SF definida por una fase oleosa compuesta por Neo PCL autoemulgente y vaselina líquida y una fase acuosa compuesta por glicerina, nipagin y agua destilada. Inicialmente se utilizaron comprimidos de sirolimus de 2 mg y después el principio activo se adquirió como materia prima para mejorar las propiedades organolépticas y disminuir el coste de la FM.

Resultados: Durante el periodo de seguimiento han sido tratados cinco pacientes con sirolimus tópico, el cual es una indicación fuera de ficha técnica. De éstos se excluyeron dos porque no cumplían la indicación de AF.

En todos los casos, inicialmente se prescribió la FM con una pauta posológica de dos aplicaciones/día hasta la valoración de resultados en la próxima visita médica. Los pacientes estuvieron o están siendo tratados con láser con respuesta parcial por lo que se requería una alternativa terapéutica. Transcurridos unos meses la tolerancia ha sido buena, no aparecieron lesiones nuevas y las ya existentes aparecían más aplanadas por lo que prosiguen con dicho tratamiento. El coste de 100 gramos de FM realizado con comprimidos fue de 1446€ y elaborada con materia prima de 240 €.

Conclusión: Antes de la utilización de sirolimus, los AF eran tratados con técnicas invasivas como crioterapia o láser decolorante pulsado con resultados diversos. Por lo tanto, el sirolimus se postula como una alternativa terapéutica efectiva que minimiza los daños y los efectos adversos derivados del tratamiento además de ofrecer buena perspectiva terapéutica. Económicamente, el cambio en la materia prima utilizada ha supuesto un ahorro económico de 1.207€ por 100 gramos de crema formulada.

Conflicto de intereses: Ninguno.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Domínguez Barahona, A; Fernández Arévalo, M; Quirós Ambel, H; García Sacristán, A; González Suarez, S; Rubio Salvador A.R.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivo: El belimumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la citoquina BLys, indicado como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) activo, con autoanticuerpos positivos y con un alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del belimumab en el tratamiento del LES.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tratados con belimumab en un hospital general de tercer nivel.

Se incluyeron todos los pacientes tratados con belimumab entre octubre de 2011 y octubre de 2017 y se recogieron datos de edad, sexo, tratamiento previo y dosis recibida. Se comprobaron criterios de indicación de acuerdo con lo establecido en ficha técnica (autoanticuerpos positivos y alto grado de actividad de la enfermedad) y se evaluó la eficacia comprobando modificaciones en los niveles del complemento o anticuerpos anti-DsDNA, y reducciones de la tasa de actividad en la escala SELENA-SLEDAI hasta la inactividad (0 a 2) a las 52 semanas. También se recogieron datos sobre efectos adversos.

Los datos se recogieron del módulo de pacientes ambulantes del programa Farmatools® y de la historia clínica informatizada Mambrino® XXI.

Resultados: Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento un total de 12 pacientes, 11 mujeres (91,67%) y 1 hombre (8,33%). La edad media de los pacientes era de 54 años.

Al comenzar el tratamiento 11 pacientes (91,67%) tenían afectación musculoesquelética, 7 (58,33%) cutánea, 5 (41,67%) hematológica, 2 (16,67%) renal y 2 (16,67%) inmunológica. Todos se encontraban en tratamiento con prednisona, 8 (66,66%) además con hidroxicloroquina y 6 (50%) con inmunosupresores.

Al inicio todos los pacientes cumplían criterios de inclusión e iniciaron tratamiento con belimumab 10 mg/kg de peso los días 0, 14 y 28 y después cada 28 días, manteniendo esta dosis durante las 52 semanas de estudio, excepto un paciente al que se le redujo la dosis a 8 mg/ Kg a las 20 semanas por buena respuesta.

El tratamiento fue suspendido en 4 pacientes (33,33%), 1 al descartar indicación y 3 por falta de respuesta en las semanas 11, 24 y 44 respectivamente. En 7 pacientes (58,33%) se alcanzaron criterios de eficacia a las 52 semanas, con reducción de índices de actividad en la escala SELENA-SLEDAI hasta inactividad en todos ellos, normalización de los niveles de complemento en 6 (50%) y disminución de los Ac antidsDNA hasta negativizar el valor (también en 6 (50%)). Solo 1 paciente (8,34%) no alcanzó criterios de eficacia a las 52 semanas. En todos los pacientes hubo mejoría clínica, sobre todo en las manifestaciones articulares y cutáneas. Ningún paciente experimentó reacciones adversas al tratamiento.

Conclusiones: En el 58,33% de los pacientes tratados con belimumab se observó mejoría en las variables clínicas a las 52 semanas sin que se describieran efectos adversos.

Belimumab constituye una opción terapéutica útil en el tratamiento del LES en nuestra serie de pacientes.

Conflicto de interés: ninguno.

NIVOLUMAB: AFRONTANDO UN NUEVO PERFIL DE TOXICIDAD

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Andrés Navarro, N; Gómez Lluch, MT; Notario Dongil, C; Valenzuela Gámez, JC; Proy Vega, B.

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

Objetivos: Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano tipo inmunoglobulina G4 que se une al receptor de muerte programada 1 (PD-1) y bloquea su unión con los ligandos PDL-1 y PDL-2.

El perfil de toxicidad de la inmunoterapia difiere del de la quimioterapia convencional y está asociado generalmente a reacciones adversas inmuno-relacionadas como hepatitis, neumonitis, colitis, hepatitis, nefritis, endocrinopatías, etc.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad del tratamiento con nivolumab en nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados con nivolumab desde marzo 2017 hasta marzo 2018.

Las variables recogidas mediante el programa de prescripción electrónica de quimioterapia Farmatools® y de historias clínicas Mambrino XXI®, fueron: edad, histología, líneas previas de quimioterapia, número de ciclos, toxicidades y motivo de suspensión (toxicidad, progresión o exitus).

La seguridad se evaluó según los Criterios de Toxicidad Común NCI CTCAEv.4.0.

Resultados:

En el periodo de estudio recibieron nivolumab 9 pacientes. El 66,7% con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico metastásico y el resto con cáncer de renal metastásico. La edad media era 71 años (rango: 61-77). Las pacientes habían recibido una media de 2,6 (rango: 1-4) esquemas de quimioterapia previamente al nivolumab. La media de ciclos administrados fue de 7,9 (rango: 3-20).

Las reacciones adversas de cualquier grado ocurrieron en el 77,8% de los pacientes, destacando: anemia grado 2 (el 22,2% de los pacientes), fallo renal agudo grado 1 (22,2%) y toxicidad cutánea (44,4%) una de las cuales fue de grado 3 y el resto grado 2. Otras menos frecuentes fueron hepatitis grado 1, sequedad de boca grado 1 y hipotiroidismo grado 1.

Un mismo paciente sufrió anemia grado 2, hepatitis e hipotiroidismo grado 1 y toxicidad cutánea grado 3 que obligó a suspender el tratamiento durante un mes. Se le pautó prednisona 1mg/kg/día (70 mg). El tratamiento con nivolumab no se reinició hasta que la pauta descendente de corticoides alcanzó los 5 mg/día.

El tratamiento ha sido suspendido en 3 pacientes por exitus y ha sido retrasado hasta recuperación de la toxicidad cutánea en 2 pacientes y en 1 por la toxicidad renal.

Conclusión: En nuestra experiencia, el nivolumab en general fue bien tolerado. Casi todas las reacciones adversas descritas fueron inmuno-relacionadas grados 1 y 2 y ninguna obligó a suspender el tratamiento de manera indefinida.

Conflicto de intereses: No.

DETECCION DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ANCIANOS

Rodríguez Jiménez, E. Cifuentes Cáceres, R**. García Marco, D***. García Sacristán, A*. Martínez Camacho, M*. Moya Gómez, P****.*

() Hospital Virgen del Valle (**) Residencia de Mayores Benquerencia. (***) Hospital Nacional de Parapléjicos. (****) Hospital Virgen de la Salud.*

Objetivos: Detectar prescripciones potencialmente inadecuadas mediante criterios STOPP y realizar las intervenciones oportunas para mejorar la calidad de la prescripción en ancianos residentes en un centro socio sanitario.

Método: Estudio observacional, descriptivo sobre la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según los criterios STOPP, durante un año de seguimiento, En este período la ocupación fue de 105 estancias fijas.

Resultados: En este centro, la revisión del tratamiento farmacológico se lleva a cabo conjuntamente por el médico y el farmacéutico; para detectar PPI se tienen en cuenta los criterios STOPP y la valoración geriátrica integral del residente. Durante el período de seguimiento se detectaron un total de 71 PPI en 50 residentes, que representaban el 47,61% del total de estancias fijas. La edad media fue 85 años. La mayoría fueron mujeres 33 (66%); el momento de la detección de la PPI fue, al ingreso en 18 residentes y durante la revisión periódica en los 32 restantes. A continuación describimos la distribución por sistemas de las PPI detectadas y las intervenciones llevada a cabo: Sistema gastrointestinal: 17 (23,94%) PPI, todas ellas fueron Inhibidores bomba de protones (IBP) que no estaban indicados. Medicamentos que aumentan el riesgo de caídas en personas mayores: 14 (19,71%) PPI; En 6 ocasiones detectamos prescripciones de neurolépticos que producían excesiva somnolencia durante el día; en 3 casos, benzodiazepinas en pacientes con deterioro cognitivo; dos casos fueron opiáceos en dolor leve; hubo 2 casos en los que Hidroxizina no estaba indicada y un paciente con hipotensión tenía prescritos varios antihipertensivos entre ellos un antagonista del Calcio. Antiagregantes: 12 (16,90%) PPI. En este sistema los medicamentos implicados fueron Ácido Acetil Salicílico en dosis mayores de 150 mg al día y Clopidogrel y la situación clínica fue riesgo de sangrado. Sistema urogenital: 7 (9,85%) PPI, todas fueron anticolinérgicos vesicales en pacientes con retención urinaria. Sistema musculo- esquelético: 6 (8,45%) PPI. Tres de ellas fueron corticoide prescrito durante más de tres meses en artritis reumatoide; dos de ellas fueron AINE prescrito durante un largo plazo para tratamiento sintomático de la artrosis. La última PPI de este sistema fue, uso prolongado de Celecoxib en dolor articular leve. Sistema nervioso central: 5 PPI. Registramos 2 prescripciones de antidepresivos tricíclicos en residentes con deterioro cognitivo y con estreñimiento y 3 prescripciones de benzodiazepinas en residentes con demencia tipo Alzheimer. Las PPI relacionadas con el sistema cardiovascular fueron 5 (7,04%) casos de Diuréticos de asa sin indicación. Hubo 5 (7,04%) PPI por duplicidad. Las intervenciones fueron: suspender 53 PPI (74,64%), bajar dosis 17 PPI (23,94%) y sustituir por otro medicamento 1 PPI (1,40%)

Conclusiones: Los criterios STOPP son una buena herramienta para detectar PPI en personas de edad avanzada. Con la revisión de los tratamientos farmacológicos, teniendo en cuenta estos criterios y la valoración geriátrica, logramos optimizar la farmacoterapia y evitar posibles reacciones adversas a los medicamentos, en un grupo de población especialmente vulnerable.

Conflicto de intereses: En este trabajo no hay conflicto de intereses.

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LA DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

González Suárez S., Blázquez Romero C., Quirós Ambel H., García Sacristán A., Domínguez Barahona A., Rubio Salvador A.R.

Hospital Virgen de la Salud. Servicio de Farmacia.

Objetivo: Dalbavancina fue aprobado por la AEMPS en febrero-2015 para el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas (IPPB) causadas por Gram positivos sensibles. Su larga semivida de eliminación permite acortar el tiempo de hospitalización.

El objetivo es analizar el perfil de utilización de dalbavancina en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo observacional (mayo 2016 – febrero 2018) de todos los pacientes con prescripción de dalbavancina. Se recogieron: sexo, edad, indicación, microorganismo implicado, sensibilidad a dalbavancina, sensibilidad a linezolid (por considerarse su administración vía oral una alternativa más coste-efectiva) y días de ingreso desde la primera dosis de dalbavancina hasta el alta hospitalaria. Además, se analizó si la prescripción de linezolid oral al alta estaba contraindicada y si tuvo lugar reinfección tras el tratamiento con dalbavancina. Los datos se obtuvieron del módulo de unidosis y pacientes ambulantes de Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI® y se recogieron en tabla Excel 2010®.

Resultados: Ocho pacientes fueron tratados con dalbavancina durante el periodo descrito. El 85% (6) eran mujeres. La edad media era de 72,4 años (45-89).

Dalbavancina fue prescrita para las siguientes indicaciones y con los siguientes microorganismos implicados: IPPB en 2 pacientes: uno por *Enterococcus faecium* y otro por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente, endocarditis en 1 paciente por *Enterococcus faecalis*, espondilodiscitis en 1 paciente por *Staphylococcus epidermidis*, artritis séptica en 1 paciente por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible e infección de prótesis en 3 pacientes: uno por *Staphylococcus epidermidis*, otro por *Corynebacterium striatum* y un tercero cuyos cultivos salieron negativos.

La sensibilidad a Linezolid se comprobó en 4 casos, con resultado positivo todos ellos. En dos de ellos se testó dalbavancina siendo también sensible. En el resto de pacientes no fueron testados ninguno de estos medicamentos.

En los 4 pacientes donde se comprobó la sensibilidad de linezolid, se prescribió dalbavancina por no ser competente la vía oral (2 pacientes), por haber presentado durante el tratamiento previo con linezolid toxicidad hematológica (1 paciente) y por presentar interacciones con el tratamiento habitual (1 paciente). En el resto de pacientes se prescribió dalbavancina al considerar contraindicación de linezolid por trombopenia de base (1 paciente), interacciones con el tratamiento habitual (2 pacientes) y causa desconocida (1 paciente).

Se dio el alta a 5 pacientes en las primeras 48 h tras la primera dosis de dalbavancina. Los otros 3, permanecieron entre 15-45 días (1 éxito y 2 sobreinfecciones). Un paciente presentó reinfección que requirió nuevo ingreso y tratamiento con Daptomicina.

Conclusión: Cabe destacar que el 70% de las prescripciones de dalbavancina fueron para un uso en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica para las cuales la evidencia es aún limitada.

La comprobación de la sensibilidad a dalbavancina por el microorganismo causante de la infección solo se testó en el 25% de los pacientes. Este dato lo consideramos insuficiente, teniendo en cuenta el perfil de eficiencia del fármaco. Por ello, desde los servicios de farmacia y comisiones asociadas, se debería protocolizar el uso de este tipo de medicamentos.

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO DE ALERTAS EN INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON ANTINEOPLÁSTICOS

*Mendoza Acosta I, De Juan-García Torres P, Cuerda Coronel S, Lavandeira Pérez M, Horrillo Sánchez de Ocaña P, Horta Hernández AM.
Área Integrada de Guadalajara.*

Objetivos: Los antineoplásicos son fármacos con estrecho margen terapéutico. Cuando la función renal está alterada, es necesario ajustar la dosis de los fármacos con excreción renal.

El objetivo fue diseñar, implantar y evaluar un sistema de alertas en el programa de prescripción electrónica antineoplásica (Farmis-Oncofarm®) que nos permita detectar prescripciones de citostáticos que requieran ajuste en pacientes con IR.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica para establecer las recomendaciones posológicas de antineoplásicos en pacientes con insuficiencia renal (IR). Se consideró IR cuando el aclaramiento de creatinina (ClCr) < 60 ml/min, según la fórmula de Cockcroft-Gault.

Se clasificaron los fármacos en función de la necesidad de ajuste según la bibliografía revisada en:

1. Necesita ajuste de dosis o suspensión.
2. No necesita ajuste aunque requiera monitorizar por ausencia de datos.

Se diseñó una alerta en el programa, que se desencadenaba cuando un paciente con quimioterapia presentaba un ClCr < 60 ml/min. La alerta se mostraba durante la validación farmacéutica, como una ventana emergente que informaba de la necesidad de valorar un ajuste de dosis en ese paciente.

La implantación de la alerta se realizó durante el mes de agosto de 2017. Posteriormente se llevó a cabo un estudio retrospectivo desde septiembre de 2017 a enero de 2018 para su validación. Para ello se incluyeron todas las prescripciones de antineoplásicos orales e intravenosos del Servicio de Oncología.

Se analizaron los siguientes datos: número de prescripciones de citostáticos, número de citostáticos en los que se desencadenó la alerta, número de alertas en fármacos que requerían ajuste y número de alertas en los que no lo requerían o se recomendaba monitorización.

Para la validación del sistema de alertas, se obtuvo la prevalencia de alertas en la población de estudio, sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo del método.

Resultados: El total de prescripciones fue de 7.039, de ellas 5.491 correspondía a pacientes con IR. De estas prescripciones el 27,4% necesitaban ajuste de dosis y el 72,6% no lo requerían, de los cuales en el 22,4% se recomendaba monitorización por ausencia de datos.

Los antineoplásicos más prescritos que necesitan ajuste en IR fueron: carboplatino (15,5%), capecitabina (11,2%), cisplatino (9%), irinotecan (8,6%), etopósido (8,5%), ciclofosfamida (6,3%) y otros (4,7%).

La prevalencia de prescripciones en pacientes con IR fue del 21%. La sensibilidad del método fue del 100%, la especificidad del 28% y el valor predictivo positivo fue del 27%.

Conclusiones: La relevancia del ajuste de dosis de citostáticos en pacientes con IR hace necesario diseñar sistemas automatizados de alerta para la validación de estos tratamientos.

En base a estos resultados estos sistemas deben ser muy sensibles pero más específicos para evitar la fatiga por alertas.

Después de analizar los resultados de este estudio, se va a proceder a la creación de un sistema de alertas, que se dispare sólo cuando el fármaco y el intervalo del ClCr lo requieran, dando una recomendación posológica individualizado.

Conflicto de intereses: ninguno.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN LA POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA HOSPITALIZADO.

*Donaire Martínez, S; Vila Torres, E; Moreno Perulero, ML; Benet Giménez, I; Rodríguez Martínez, M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.*

Objetivos: La politerapia antipsicótica en las unidades de hospitalización psiquiátricas es una práctica habitual asociada a un aumento del riesgo de interacciones que puede modificar la eficacia de los antipsicóticos o incrementar su toxicidad. El objetivo del estudio fue detectar y analizar las interacciones potenciales clínicamente relevantes en la farmacoterapia antipsicótica y valorar su posible repercusión en la clínica del paciente.

Métodos: Estudio transversal realizado en octubre de 2017 en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en las unidades de psiquiatría adultos (UHPA) y salud mental infanto-juvenil (SMIJ) tratados de forma concomitante con al menos dos antipsicóticos. Se realizaron dos cortes semanales durante tres semanas para la identificación de los pacientes, revisión de su tratamiento farmacológico y detección de interacciones potenciales. En el análisis de las interacciones se utilizó Lexicomp®, que clasifica la interacción en tres categorías según su gravedad: categoría C (monitorizar terapia), D (modificar terapia) o X (evitar combinación). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, unidad de hospitalización, tipo y número de antipsicóticos por paciente (pauta fija y de rescate), número de interacciones por paciente y gravedad de la interacción. De forma retrospectiva, se revisó la historia clínica de los pacientes con interacciones clínicamente relevantes (D o X) para la detección de un posible resultado negativo a la medicación (RNM). Para ello se utilizaron como palabras clave de búsqueda: “arritmia”, “muerte súbita”, “síncope”, “torsades de pointes”, “electrocardiograma”.

Resultados: Del total de 225 tratamientos farmacológicos revisados, se incluyeron para el análisis 65 pacientes con politerapia antipsicótica (57 de UHPA y 8 en UHIJ). La media de edad en la UHPA fue de 45,5 años (Desviación estándar [DE]: 13,8) y en SMIJ de 15,0 años (DE: 1,1). El 51% eran hombres. El número medio de antipsicóticos por paciente fue de 2,8 (mínimo: 2, máximo: 5). El 31% de los antipsicóticos correspondían a pautas de rescate, siendo mayoritario haloperidol (67%). Se detectaron un total de 182 interacciones de las que 68 (37%) eran clínicamente relevantes. Todos los pacientes incluidos tenían, al menos, una interacción tipo C y, el 52,30% además interacciones de tipo D y/o X. El número medio de interacciones clínicamente relevantes por paciente fue de 2,0 (DE: 1,5) y las combinaciones más frecuentes fueron: olanzapina-paliperidona, haloperidol-aripiprazol, haloperidol-paliperidona, haloperidol-quetiapina. Del total de interacciones D y/o X, el 70% tenían como consecuencia un incremento del riesgo de prolongación del intervalo QT (correspondiente a 27 pacientes). De éstos, se identificaron cuatro (14,8%) pacientes con potencial RNM por detección en la HC de una o varias palabras clave.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con politerapia antipsicótica presentan potenciales interacciones clínicamente relevantes siendo mayoritario el riesgo de prolongación del intervalo QT. La detección de potenciales RNM de seguridad en los pacientes hace necesaria la implantación de programas de monitorización farmacoterapéutica de estos pacientes.

Conflicto de intereses: ninguno.

EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON EL MÉTODO NUTRIC SCORE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

*Sánchez Rubio F, Domingo Chiva E, Díaz Rangel M, Marco del Río J, Pérez Alpuente I, Ruiz Sánchez S.
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.*

Objetivos: La puntuación NUTRIC (NUTrition Risk in the Critically Ill) ó NUTRIC Score¹, es una herramienta que permite evaluar el riesgo de eventos adversos potencialmente modificables por la intervención nutricional en pacientes críticos. Las variables que se determinan para obtener dicha puntuación son: edad, escalas pronóstico APACHE II y SOFA, número de comorbilidades, días de hospitalización previos al ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) y niveles de Interleukina-6 (IL-6).

El objetivo de nuestro estudio es evaluar mediante NUTRIC Score la situación nutricional al ingreso en una UCI de una muestra de pacientes y analizar cuales requirieron nutrición enteral (NE) o parenteral (NPT) y los partes de interconsulta (PIC) realizadas al Servicio de Endocrinología (SE).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 39 pacientes ingresados durante quince días naturales en una UCI de Anestesia. Las variables fueron recogidas de la historia clínica electrónica Mambrino XXI[®]. Se aplicó el método NUTRIC Score a los datos recogidos excepto a IL-6; cuyos niveles no se determinan en nuestro hospital; pero se ha demostrado que apenas contribuye a la predicción general de la puntuación². Según esta puntuación total se clasifica a los pacientes en un riesgo de desnutrición leve (0-4 puntos) ó moderado/severo (5-9 puntos).

Resultados:

De 39 pacientes, 26 fueron hombres (66,7%). La mediana de edad fue de 63,1 ± 18,1 años. La estratificación por el riesgo de desnutrición según NUTRIC Score resultó en:

Leve: 27 pacientes (69,2%). El SE recibió tan solo PIC para 3 pacientes (11,1%); sin embargo, todo ellos precisaron NPT.

Moderado/severo: 12 pacientes (30,8%). El SE recibió PIC para 11 pacientes (91,7%); de los cuales 3 precisaron NE por sonda nasogástrica, 7 precisaron NPT, y otro progresó hasta dieta completa.

Conclusiones:

El método NUTRIC Score es un sistema de puntuación válido y útil para identificar pacientes críticos que se encuentran en riesgo nutricional grave.

Los pacientes críticos con mayor riesgo de desnutrición se benefician en mayor medida del soporte nutricional y de la intervención del SE.

Teniendo en cuenta su sencillez, fiabilidad y reproducibilidad, consideramos aconsejable su uso como método de rutina en nuestras UCIs.

Referencias:

1. Heyland DK, Dhaliwal R, Jiang X, Day AG. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of a novel risk assesment tool. Critical Care. 2011;15(6):R268.
2. Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin C, Day AG, Heyland DK. Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the "modified NUTRIC" nutritional risk assessment tool. Clin Nutr. 2016; 35(1), 158-162.

REAL WORLD DATA DE TRASTUZUMAB EMTANSINA

Gómez Lluch MT, Andrés Navarro N, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Alañón Pardo, MM, Notario Dongil C, Sánchez Serrano JL.

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

Objetivos: Trastuzumab emtansina (TDM-1), es un conjugado anticuerpo-fármaco dirigido contra HER2 que contiene el anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado anti-HER2 trastuzumab, indicado en pacientes adultos con cáncer de mama HER2+ localmente avanzado irresecable o metastásico, que han recibido previamente trastuzumab y/o taxano. Los pacientes deben haber recibido tratamiento previo para la enfermedad localmente avanzada o metastásica, o haber manifestado recurrencia durante el tratamiento adyuvante o en los seis meses siguientes a su finalización.

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar la eficacia y seguridad de TDM-1 en su indicación aprobada.
- Comparar los resultados obtenidos con los del ensayo EMILIA (ensayo pivotal).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados con TDM-1 desde la comercialización del fármaco hasta abril de 2017.

Se recogieron las variables: edad, diagnóstico, estado de los receptores hormonales, enfermedad metastásica visceral/no visceral, quimioterapia previa, fecha de inicio y última dosis, número de ciclos y motivo de suspensión del tratamiento (toxicidad, progresión o éxitus), mediante el programa de prescripción electrónica Farmatools® y de historia clínica Mambrino XXI®. El esquema utilizado fue: 3,6 mg/kg cada 21 días.

La eficacia se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), obtenidos mediante el programa estadístico SPSS® v.18. La seguridad se evaluó según los Criterios de Toxicidad Común NCI CTCAEv.4.0.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con edad media de 51 años (rango: 37-68). Todos cumplían los criterios de inclusión del ensayo EMILIA. El 100% de las pacientes presentaban histología de carcinoma invasivo ductal (7 infiltrantes y 1 mucinoso). El 75% presentaba positividad para los receptores hormonales. El 87,5% presentaba metástasis viscerales, predominando las pulmonares. Los pacientes habían recibido una media de 2,5 (rango: 1-4) esquemas previos de quimioterapia para la enfermedad avanzada que incluía trastuzumab y taxano. La media de ciclos administrados fue de 3,8 (rango: 1-11). La mediana de SLP fue de 56 días (IC 95% 0-112,8) y la de SG 17,8 meses (IC 95% 11,4-24,3). La mortalidad fue del 25%.

Las reacciones adversas más destacables fueron astenia y trombopenia, siendo esta última, junto con la progresión, la causa de interrupción del tratamiento en un paciente. En el resto de los casos, la suspensión se debió a la progresión de la enfermedad o el fallecimiento del paciente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro grupo de pacientes fueron inferiores a los descritos en el estudio EMILIA tanto en SLP: 56 días vs 9 meses como en SG: 17,8 vs 30,9 meses.

A pesar de cumplir los criterios de inclusión de dicho estudio, hay que destacar que nuestra población real es diferente en cuanto al número de líneas previas (en el pivotal fue > 1 en el 39% de los casos, mientras que en nuestro estudio lo fue en el 87,5%). Esto refleja la importancia de conocer la utilización y los correspondientes resultados en salud de medicamentos novedosos, para disponer así de registros que incluyan datos reales para un correcto posicionamiento y la optimización de tratamientos de elevado coste, mejorando la eficiencia en el área oncológica.

Conflicto de intereses: no.

CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA PARA MINIMIZAR LOS ERRORES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DIGOXINA

Martín Niño, I., Sánchez Gundín, J., Martínez Valdivieso, L., Portela Sotelo, A., Llorente Serrano, M., Barreda Hernández, D. Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz Cuenca.

Objetivo: La digoxina es un fármaco de estrecho margen terapéutico que requiere acciones que aporten seguridad y calidad asistencial. Por ello, se decidió analizar los errores de conciliación de digoxina oral, en los pacientes en tratamiento domiciliario con dicho fármaco que acuden al Servicio de Urgencias (SU).

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, seis meses de duración (Septiembre'17-Febrero'18), llevado a cabo en el SU de un hospital de segundo nivel con presencia física de un farmacéutico (10.00h-15.00h lunes-viernes). La historia farmacoterapéutica (HFT) fue recopilada por el farmacéutico mediante entrevista de conciliación, revisión de HFT de atención primaria (AP;Turriano®) e informes de alta hospitalaria (Mambrino XXI®).

Se incluyeron pacientes > 65 años y/o polimedicados no institucionalizados en tratamiento con digoxina oral. Datos recopilados: edad, sexo, número y tipo de discrepancias con digoxina entre la HFT de AP, la recogida en SU y la recopilada por el farmacéutico.

Tipo de discrepancias:

- HFT de SU y/o AP recoge medicamentos con distinta:
 - Pauta posológica
 - Dosis
 - Frecuencia horaria.
- Omisión: HFT de SU y/o AP no recoge medicamentos que el paciente toma.
- Comisión: HFT de SU y/o AP recoge medicamentos que el paciente no toma.

Se recogió si la visita al SU implicó su ingreso, la existencia o no de errores de conciliación de digoxina durante dicho ingreso hospitalario y el grado de aceptación de las recomendaciones farmacoterapéuticas para solventar los errores de conciliación.

Resultados: Se identificaron 37 pacientes en tratamiento con digoxina, cuya media de edad fue de 81 años (rango 62-95) y el 56,8% eran mujeres. En total 29 (78,3%) pacientes presentaron 37 discrepancias:

13 (44,8%) pacientes presentaban 13 discrepancias con la HFT de AP, 8(27,6%) pacientes presentaban discrepancias recogidas en el SU y 8 (27,6%) pacientes 16 discrepancias en ambas.

De las 21 discrepancias detectadas en la HFT de AP, se objetivaron 61,9% frecuencia horaria, 23,8% dosis, 9,6% pauta posológica y 4,8% comisión. De las 16 discrepancias detectadas en la HFT del SU: 62,4% frecuencia horaria, 25% omisión, 6,3% dosis y 6,3% de comisión.

De los 37 pacientes, ingresaron 21 pacientes (56,8%), por diversos motivos, no objetivándose a priori problemas relacionados con digoxina. Se detectaron 9 errores de conciliación (42,9%). En todos los casos se realizó recomendación farmacoterapéutica para solventar los errores de conciliación, con una aceptación por parte del médico prescriptor del 88,9%.

Conclusiones: Se observa que casi la mitad de los pacientes que ingresaron en tratamiento con digoxina presentaban errores de conciliación con dicho fármaco, siendo una gran mayoría detectados y solventados por el farmacéutico. Esto reafirma la importancia de la conciliación farmacéutica como herramienta para potenciar la seguridad del paciente e intentar minimizar los errores en relación a la medicación crónica domiciliaria. En el caso de digoxina, estas medidas presentan una mayor relevancia ya que pequeñas variaciones en la pauta posológica pueden ocasionar niveles infraterapéuticos y falta de eficacia, o por lo contrario, intoxicaciones.

Conflicto de intereses: ninguno.

FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL ESPECÍFICAS PARA DIABETES: DIFERENCIAS, SIMILITUDES Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Alañón Pardo MM, Notario Dongil C, Proy Vega B, Marcos De la Torre A, Sánchez Serrano JL, Fraga Fuentes MD. Hospital General Universitario La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan).

Objetivos:

- Analizar la composición de las fórmulas líquidas de nutrición enteral específicas para diabetes (FNED) comercializadas en España y sus costes.
- Evaluar la adecuación a las recomendaciones nutricionales para pacientes diabéticos postuladas en las guías de práctica clínica (GPC).

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de todas las FNED comercializadas en febrero 2018. Variables analizadas: nombre comercial, laboratorio, vía de administración (oral/enteral), densidad calórica (Kcal/mL), reparto calórico de proteínas, carbohidratos y lípidos [grasas saturadas (GS), monoinsaturadas (GM) y poliinsaturadas (GP)] como porcentaje del aporte calórico total (ACT), relación omega 6/omega 3, fuente de carbohidratos, cantidad (g/1.500 Kcal) y tipo de fibra (soluble/insoluble), coste [(PVP+IVA)/Kcal] y adecuación a las GPC. Las FNED fueron clasificadas según su contenido proteico [normoproteicas (< 18% ACT) o hiperproteicas (> 18%)] y densidad calórica [hipocalóricas (< 0,9 Kcal/mL), normocalóricas (0,9 – 1,2 Kcal/mL), hipercalóricas (> 1,5 Kcal/mL)]. Se definió “adecuación” como cumplimiento de todas las recomendaciones. Según la Asociación Europea para el Estudio de Diabetes (EASD 2004), los requerimientos nutricionales son: carbohidratos (45-60%), lípidos (< 35%), proteínas (10-20%), GS (< 10%), GM (10-20%), GP (< 10%) y fibra (25-30 g/1500 Kcal). La Asociación Americana de Diabetes (ADA 2014) recomienda individualizar aporte de carbohidratos, lípidos y proteínas, y una cantidad de fibra ≥ 20 g/1.500 Kcal/día. Según ambas GPC, no existe suficiente evidencia para recomendar la suplementación con omega 3. La relación óptima omega 6/omega 3 para diabéticos debe ser la misma que la población general (máximo 10:1). Fuentes consultadas: base de datos Bot Plus® y catálogos de nutrición enteral de laboratorios.

Resultados: Se analizaron 30 FNED (56,7% hiperproteicas), comercializadas por doce laboratorios diferentes. La mayoría (60,0%) se administraban por vía oral y sonda enteral. El 63,3% fueron normocalóricas; 33,3% hipercalóricas y 3,3% hipocalóricas.

El 53,3% de formulaciones presentaron un contenido moderado/alto de lípidos (40-50%) en detrimento del contenido de carbohidratos (30-40%); el resto lo hacía en cantidades menos extremas: lípidos (30-40%)/carbohidratos (40-50%). La mayoría (73,3%) tenía una cantidad de carbohidratos < 45%; el 70,0% una cantidad de lípidos >35%; el 13,3% una cantidad de GM > 20%. Ninguna formulación aportaba > 10% de GS ó GP. Solamente quince fórmulas especificaron la relación exacta omega 6/omega 3 en su composición, superando la relación óptima 10:1 en 13,3% de los casos. Fuentes de carbohidratos: almidón (70,0%), maltodextrinas modificadas (66,7%), fructosa (14,0%), polioles (6,0%). Todas las fórmulas aportaron fibra, en cantidad variable (13,5 – 36 g/1.500 Kcal). La mayoría (70,0%) contenía mezcla de fibra soluble+insoluble; el resto, exclusivamente soluble.

El coste medio de la nutrición enteral específica para diabetes fue 0,026 €/Kcal (rango: 0,011-0,050 €/Kcal).

El grado de adecuación a las recomendaciones nutricionales de la ADA y la EASD fue 83,3% y 23,3%, respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de FNED son normocalóricas; contienen almidón y/o maltodextrinas modificadas como principal fuente de carbohidratos y combinan fibras solubles e insolubles. Sin embargo, existe una gran variedad en el reparto calórico de macronutrientes y el coste.

Su composición se ajusta en mayor grado a las recomendaciones nutricionales de la ADA que a la EASD, dado que la guía americana tiende a individualizar el aporte de macronutrientes.

Conflicto de intereses: ninguno.

ANÁLISIS DEL USO DE MEDICAMENTOS CON CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

De la Calle Riaguas B, García Esteban B, Pérez Margallo ME, Piqueras Romero C, Romero Martín C, Berrocal Javato MA.

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

Objetivos: Valorar la carga anticolinérgica mediante la Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB) en pacientes de edad avanzada para mejorar la prescripción de los fármacos anticolinérgicos y aumentar la seguridad en el paciente.

Métodos: Estudio observacional descriptivo (enero 2018 - febrero 2018) de pacientes tratados con fármacos con carga anticolinérgica en un Hospital General y una residencia sociosanitaria adscrita al Hospital. Se seleccionaron pacientes de edad mayor de 65 años.

Las variables registradas fueron edad del paciente, número de fármacos total, número y dosis de fármacos con carga anticolinérgica y puntuación total de la escala ACB.

La carga anticolinérgica es el efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos capaces de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos. Esta carga se obtuvo de la suma de la puntuación para cada fármaco incluido en la escala ACB:

Puntuación 1: Fármaco sin efecto cognitivo clínicamente relevante.

Puntuación 2: Fármaco con efecto cognitivo establecido y clínicamente relevante.

Puntuación 3: Fármaco con efecto anticolinérgico muy fuerte asociado con delirio.

En función del valor obtenido clasifica al paciente: riesgo alto (valor ≥ 3), medio (2) y bajo (1) de presentar efectos adversos anticolinérgicos.

Se identificaron los pacientes mediante el programa informático Farmatools® a través de su módulo Gestión de Unidosis, revisándose las historias clínicas en el programa Mambrino XXI®. La carga anticolinérgica fue calculada por el Programa Anticholinergic burden calculator.

Los datos fueron recogidos en tabla Excel.

Resultados: Se identificaron un total de 61 pacientes con una media de edad de 83 años (rango 66-99 años).

El 95.1 % llevaba prescrito más de seis fármacos por lo que la mayor parte de los pacientes estaban polimedicados, la media de medicación por paciente fue de 11.7 fármacos (rango 3-21 fármacos).

Al analizar los fármacos prescritos, aquellos con carga anticolinérgica, constituyeron un 19.2% (137 fármacos) de los 712 fármacos prescritos. El 82% de los pacientes llevaban prescritos 2 o 3 fármacos con carga anticolinérgica.

En cuanto al riesgo de presentar efectos adversos anticolinérgicos, 18 pacientes (29,5%) presentaron riesgo medio y 43 (70,5%) presentaron riesgo alto, llegando a alcanzar puntuaciones de 7.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas para cada fármaco en la escala ACB, 95 fármacos (68,6%) tenían puntuación 1: furosemida (36,6%), trazodona (14,7%) y risperidona (9,5%), 6 fármacos (4,4%) tenían riesgo 2: oxcarbacepina (50%), petidina (33,4%) y carbamazepina (16,6%) y 36 fármacos (27%) tenían riesgo 3: quetiapina (44,5%), paroxetina (22,2%) e hidroxicina (8,3%) y oxibutinina (8,3%).

Conclusiones: El 82% de nuestros pacientes llevaban prescritos más de 2 fármacos con carga anticolinérgica y aproximadamente el 70 % presentó un riesgo alto en la escala ACB.

Dada la evidencia actual de las alteraciones que producen este tipo de fármacos en pacientes de edad avanzada, polimedicados y en tratamiento con inhibidores de acetilcolinesterasa, sería necesario y un mayor seguimiento farmacoterapéutico en todos los niveles asistenciales para mejorar la prescripción y disminuir los riesgos y reacciones adversas asociadas a estos fármacos.

Conflicto de intereses: ninguno.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN, COSTE-EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE

*Sánchez Rubio F, Díaz Rangel M, Aldaz Francés R, Marco del Río J, Pérez Alpuente I, Ruiz Sánchez S.
Servicio de Farmacia. Área de Gestión Integrada de Albacete.*

Objetivos: Daratumumab está indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con Mieloma Múltiple (MM) en recaída y refractario al tratamiento, que hayan recibido previamente un inhibidor del proteasoma (IP) y un agente inmunomodulador (IMiD) y que hayan presentado progresión de la enfermedad en el último tratamiento.

El objetivo del estudio es analizar la utilización, eventos adversos (EA), tasa de respuesta global (TRG) y el coste del tratamiento con daratumumab en pacientes con MM.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con daratumumab en la provincia de Albacete. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, líneas de tratamiento previas, realización de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH), refractariedad al tratamiento, pauta posológica de daratumumab y número de administraciones, EA, TRG y coste de tratamiento. Para la obtención de los datos, se realizó una revisión de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Los costes se calcularon utilizando precios medios (PVL – descuento + IVA) obtenidos por el Servicio de Farmacia. Los EA se clasificaron según Common Toxicity Criteria v.4.0.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes (5 varones) con una mediana de edad de 75,0 años (44-81). Los pacientes habían recibido una mediana de 4,0 líneas de tratamiento previas (2-8); y 5 de ellos, habían recibido previamente un TAPH. Los tratamientos previos incluyeron bortezomib, melfalán, lenalidomida, talidomida rituximab-bendamustina y carfilzomib, entre otros. En el momento basal, todos los pacientes eran refractarios a la última línea de tratamiento, así como doblemente refractarios a un IP y a un IMiD, y el 50% refractarios también a carfilzomib. Los pacientes recibieron 16 mg/kg de daratumumab con una dosis media de 1128 mg (DE 254,5) y una media de 7,6 administraciones (DE 6,7). Los EA más frecuentes según su gravedad fueron: G4 (neutropenia 4/8 y sepsis 2/8), G3 (astenia 3/8, pancitopenia 2/8, disnea 1/8 gingivorragias y epistaxis 1/8) y G2 (hipertensión 1/8, parestesias 1/8 y dolor lumbar 2/8). El resto de EA fueron leves y descritos en la bibliografía (tos, pirexia y anorexia). En cuanto a la eficacia, sólo presentaron TRG 2/8 pacientes. Únicamente dos de los pacientes han conseguido respuesta en el momento de la realización del estudio a fecha de recogida de los datos con una supervivencia libre de progresión de 6,6 meses (DE 7,0). Un paciente abandonó el tratamiento por falta de respuesta y el resto progresaron intra-tratamiento, siendo tres de ellos exitos. Con respecto al coste del tratamiento, la media del coste por administración de tratamiento fue de 6.344,6€ (DE 1.363,2), y el coste total de los tratamientos hasta la fecha de 377.273,9€.

Conclusiones:

- La utilización de daratumumab se adecuó a las condiciones de aprobación especificadas en ficha técnica en todos los casos.
- De acuerdo con nuestros resultados, sólo un 25% de los pacientes se está beneficiando actualmente del tratamiento; y debido a su altísimo coste, es necesario seguir evaluando el fármaco en un mayor número de pacientes para confirmar su beneficio terapéutico.
- Entre los EA observados, muchos de ellos alcanzaron los grados 3-4 considerados muy graves.

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Romero Martín C¹, García Esteban B¹, Piqueras Romero C¹, Padilla Romero P², Pérez Margallo ME¹, Berrocal Javato MA¹.

Servicio de Farmacia¹. Servicio de Psiquiatría². Hospital Nuestra Señora del Prado.

Objetivos: Describir la utilización de antipsicóticos típicos y atípicos en un centro sociosanitario adscrito al Servicio de Farmacia. Comprobar si las prescripciones se adecúan a las recomendaciones publicadas en las últimas guías de manejo de antipsicóticos en personas de edad avanzada para pacientes que presenten síntomas psicológicos o conductuales de la demencia (SPCD).

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre utilización de fármacos antipsicóticos en el que se incluyeron todos los pacientes institucionalizados a Diciembre de 2017. La adecuación de la prescripción se valoró según criterios de: indicación, dosis, duración del tratamiento antipsicótico tras la respuesta (recomendado 3-4 meses) y revisión del tratamiento. Se recogieron datos de diagnóstico, antipsicótico y dosis, días de prescripción y existencia de revisión en el último año. Las guías consultadas fueron el "Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada" publicado en Diciembre de 2017 y el "Protocolo para la utilización fuera de ficha técnica de Antipsicóticos de 2ª generación en SPCD" publicado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCAM en Febrero 2018. Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada Mambrino® y del módulo Gestión de Unidosis (Farmatools®).

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes institucionalizados. El 29,1% (n=34) de los pacientes se encontraba en tratamiento con antipsicóticos: 35,3% (n=12) típicos y 64,7% (n=22) atípicos, siendo la risperidona el fármaco antipsicótico más utilizado 41,2% (n=14). Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos neurocognitivos que presentaban SPCD 58,8% (n=20), trastornos psicóticos tipo esquizofrenia 11,8% (n=4) y trastorno bipolar 8,8% (n=3). Para el tratamiento de los SPCD la risperidona fue el fármaco más prescrito 45% (n=9). Se registraron con esta misma indicación un 25% (n=5) de prescripciones de quetiapina y un 30% (n=6) de haloperidol siendo en ambos casos un uso fuera de ficha técnica. Para todos los fármacos antipsicóticos las dosis utilizadas se ajustaron a las recomendadas. La duración de tratamiento recomendada para SPCD fue superada en el 75% (n=15) de los pacientes. La media de duración de tratamiento fue de 15 meses. En todas las prescripciones de risperidona se superaron las 6 semanas de tratamiento recomendadas en ficha técnica. En el 55% (n=11) de los pacientes que presentaban SPCD no se había registrado ninguna revisión del tratamiento antipsicótico en el último año.

Conclusiones: El uso de antipsicóticos coincide con el estimado por las guías en pacientes ancianos institucionalizados. Risperidona es el fármaco más utilizado y el que aporta mayor evidencia de beneficio en SPCD. Risperidona es el único antipsicótico de segunda generación autorizado en España para esa indicación y en todas las prescripciones la duración de tratamiento fue mayor de la recomendada. La mitad de prescripciones en pacientes con demencia fueron "off-label". Los resultados evidencian una duración de tratamiento excesiva en SPCD. En el 55% de los pacientes con demencia no se había realizado seguimiento reciente del tratamiento por lo que no había sido posible valorar su eficacia y continuación. Los resultados concluyen la importancia de realizar un adecuado seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes.

HERRAMIENTA ESMO: APOYO A LA TOMA DE DECISIONES ¿VALOR O INCERTIDUMBRE?

Gómez Lluch, MT, Fraga Fuentes, MD, Notario Dongil, C, Alañón Pardo, MM, Proy Vega, B, Araque Arroyo, P. Servicio de Farmacia Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivos: Las últimas autorizaciones de nuevos principios activos (PA) suponen un reto en la toma de decisiones, ya que precisan de una evaluación exhaustiva de efectividad, seguridad y coste entre las opciones disponibles. Los diferentes resultados en salud en pacientes con cáncer y las diferencias en el acceso a fármacos, ha llevado a una intensa evaluación, dando lugar a herramientas para facilitar la toma de decisiones, como es la ESMO-MCBS (European-Society-for-Medical-Oncology-Magnitude-of-Clinical-Benefit-Scale), que ha tenido su última versión 1.1 en 2017. Esta herramienta validada estratifica la magnitud del beneficio clínico aportado por un fármaco oncológico dirigido a tumores sólidos, otorgando una puntuación en terapias de mayor a menor beneficio; A, B, C, en curativas, y 5-1 en no curativas. Por otro lado, el valor de un nuevo medicamento viene definido por la relación entre el beneficio clínico y su coste, teniendo éste último posibilidad de diferir, y no contemplado en esta herramienta (a diferencia de las creadas por ASCO e ICER).

El objetivo del estudio fue analizar el valor de ciertos fármacos, con el apoyo de la ESMO-MCBS como herramienta.

Material y métodos: Se recogieron las últimas aprobaciones realizadas por la EMA de nuevos PA en los años 2016 y 2017, seleccionando aquellos dirigidos a tumores sólidos para aplicar la escala ESMO-MCBS. Se calculó el coste de tratamiento por AVAC, para posteriormente establecer si cumplían el umbral establecido de coste-efectividad de 20.000€/AVAC, teniendo en cuenta un límite superior de 50.000€/AVAC para los "end of life".

Resultados: Fueron aprobados 58 PA. De ellos, 20 (35%) en el área de oncohematología, constatando que es en éste área donde se producen la mayoría de aprobaciones de nuevas moléculas innovadoras. 12 fueron autorizados para tumores sólidos, a los cuales se le aplicó la ESMO-MCBS en su indicación aprobada y según su ensayo pivotal;

olaratumab:4, alectinib:3, ribociclib:3, avelumab:3, tivozanib:3, niraparib:3, atezolizumab:3, palbociclib:3-4 (según línea), trifluridina-tipiracilo:2, necitumumab:1, osimertinib:3-1 (según población), y paderliporfin:A.

Todos ellos superaban el umbral establecido como coste-efectividad, o el coste de eficacia incremental era superior a las alternativas.

Conclusiones: La aparición de nuevas moléculas, a veces con beneficio clínico intermedio pero elevado coste, hace necesaria la creación e utilización de herramientas para evitar incertidumbres en la toma de decisiones, evitar la variabilidad en la práctica clínica y garantizar el acceso a medicamentos con valor terapéutico.

Como limitaciones detectadas, es preciso conocer que la ESMO-MCBS no tiene en cuenta el coste y la evaluación se realiza en base a un único ensayo clínico, cuando en el caso de existir, el análisis se debe basar en el conjunto de múltiples ensayos. Además no tiene en cuenta el comparador ni la validez interna del ensayo, no siendo clara la puntuación en algunos casos o clasificando los fármacos al límite entre una puntuación y otra.

Es un paso adelante, aunque de forma única no garantiza una toma de decisiones sin incertidumbres.

Conflicto de intereses: no.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE GEMCITABINA Y NAB-PACLITAXEL EN CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pérez Alpuente, I. Clemente Andújar, M. Ruiz Sánchez, S. Marco del Río, J1. Sanchez Rubio, F. Plata Panyagua, S.
Hospital General de Albacete.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar la eficacia y seguridad de la combinación de gemcitabina y nab-paclitaxel en pacientes con cáncer de páncreas metastásico.

Método: Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron aquellos pacientes tratados durante los años 2013-2017 con el esquema de tratamiento nab-paclitaxel 125 mg/m² y gemcitabina 1000 mg/m² los días 1, 8 y 15 de cada ciclo de 28 días. Se recogieron parámetros demográficos (sexo y edad), variables clínicas (número y tipos de metástasis, línea de tratamiento, tratamientos previos, ECOG al inicio del tratamiento), variables del tratamiento (número de ciclos y reducciones de dosis) así como variables de respuesta (supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG)) mediante el programa de prescripción Farmatools® y el programa de historia clínica MambrinoXXI®. También se registraron los acontecimientos adversos (AA) que sufrieron los pacientes durante el tratamiento, midiendo su gravedad según la escala de toxicidad Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v4.0). El análisis descriptivo estadístico se realizó mediante el programa Stata13®.

Resultados: Se analizaron 14 pacientes (10 hombres y 4 mujeres). La mediana de edad fue de 58,5 años (rango 47-72). Al inicio del tratamiento el 64,3% de los pacientes presentaban ECOG 0-1, el 28,6% ECOG 2, y 7,1% (un solo paciente) ECOG 3. La media de metástasis que presentaron los pacientes fue de 1,71 ± 0,72, 78,6% presentaban metástasis hepática, 50% pulmonar y 42,9% peritoneal. El 64,2% de los pacientes había recibido al menos una línea de tratamiento previo (7 pacientes el esquema "folfirinox", y 2 pacientes gemcitabina en monoterapia). La media de ciclos administrados fue de 3,28 ± 1,8 ciclos. Se realizó reducción de dosis en el 57,1% de los pacientes, sobre todo en aquellos con un ECOG de base mayor de 2 y al inicio del tratamiento. La mediana de SLP fue de 3,01 meses (IC95% 2,04-4,66) y la SG de 4,06 (IC95% 2,67-8,50). El 86,7% de los pacientes sufrió algún tipo de AA, y el 28,6% de los pacientes alguna de ellas con un grado 3-4. Los AA más frecuentes fueron: fatiga (n=8), neutropenia (n=7), trombopenia (n=6), toxicidad hepática (n=6), anorexia (n=5), disnea (n=5), fiebre (n=4), diarrea (n=3), mucositis (n=3), vómitos (n=3), neuropatía (n=3) y alopecia (n=1). De los AA grado 3-4, 2 casos se debieron a neutropenia, un caso a trombopenia, y otro caso a astenia.

Conclusión: La SLP obtenida en nuestro estudio es menor que la obtenida en el ensayo MPACT (3,0 vs 5,5 meses), al igual que la SG (4,1 vs 7,5). En cambio, los perfiles de toxicidades descrito por los pacientes de nuestro estudio son similares a los descritos en el ensayo. Es necesario continuar con el estudio e incluir un mayor número de pacientes para llegar a resultados más precisos.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL CONCENTRADO DEL COMPLEJO DE PROTROMBINA EN LA HEMORRAGIA CRÍTICA

Álvarez Nonay, A.¹; Pérez Maroto, MT.¹; Díaz Morfa, M.²; Horta Hernández, A.¹; Blanco Crespo, M.¹;
Montoro Ronsano, JB³. Servicio de Farmacia¹ Servicio de Hematología². Hospital Universitario de
Guadalajara^{1,2}. Servicio de Farmacia del Hospital La Vall d'Hebron³. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de la administración de CCP en hemorragia crítica en un Hospital Universitario.

Método: Estudio observacional y retrospectivo llevado a cabo desde Enero de 2012 a Septiembre de 2016. Se recogieron las siguientes variables : datos demográficos, tipo de hemorragia, parámetros analíticos: International Normalized Ratio (INR), Hemoglobina (Hb), Hematocrito (Hct), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA), tiempo de protrombina (TP) antes de la administración, inmediatamente después, tras 3 días y 7 días de la administración del CCP, tasa de supervivencia a las 24 horas y 7 días después de la infusión, administración de vitamina K durante el episodio y posibles efectos adversos relacionados con la administración del CCP registrados en la historia clínica durante un período máximo de 10 días desde la administración.

Se definió hemorragia crítica como cualquier tipo de sangrado que compromete la vida, hemorragia externa no controlada con medidas convencionales, hemorragia con inestabilidad hemodinámica o hemorragia que requiere cirugía urgente o transfusión de hemáties.

Los datos demográficos y analíticos fueron recogidos de la historia clínica electrónica Mambrino XXI©, y el número de dispensaciones y dosis administradas de CCP de los registros de dispensación recogidos en el programa Farmatools®.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.15.0

Resultados: Inicialmente, 49 pacientes recibieron una infusión de CCP con diagnóstico de hemorragia crítica. De éstos, 14 pacientes (29%) fueron excluidos debido a que los datos clínicos o analíticos eran insuficientes para la evaluación de la efectividad. Se incluyeron en el estudio 35 pacientes, 20 hombres (57.1%). La mediana de edad fue de 78 años (RIC: 70-86).

Los tipos de hemorragia observados fueron: hemorragias gastrointestinales 12 (34,3%), hemorragias intracraneales, 11 (31,4%), hemorragias visibles 6 (17,1%) y musculo esqueléticos 6 (17,1%). Se administró vitamina K en 30 (86%) pacientes. La dosis media infundida del CCP fue de 1102.8 ± 536.6 UI. La supervivencia global a las 24 horas tras la infusión del CCP fue del 71% y a los 7 días fue del 63%.

Presentaron eventos tromboembólicos posteriores a la infusión del CCP dos pacientes.

Parámetros	Previo a la infusión del CCP	Inmediatamente después de la infusión del CCP	Tres días tras la infusión del CCP	Siete días tras la infusión del CCP
INR media±DS	3,6±2,3	1,4±0,4	1,2±0,2	1,1±0,2
Hb (g/dL) media±DS	11,4±3,1	11±2,5	10,7±2,2	10,6±2,2
Hct (%) media±DS	34,9±9,5	33,3±7,8	32,4±6,8	32,3±6,9
TTPA(segundos) media±DS	68,9±41,1	39,1±18,7	36,6±16,4	33,9±7,3
TP(seconds) media±DS	41,4±29,4	17,6±8,3	18,8±20,2	12,9±1,8

Conclusiones: Los resultados observados sugieren que el uso del CCP en el tratamiento de la hemorragia crítica ha contribuido a la estandarización del INR y otros parámetros de la coagulación en pacientes que requieren una reversión urgente del sangrado. El CCP se asoció con trombosis venosa profunda, pero la incidencia fue relativamente baja y comparable a otros estudios.

Conflicto de intereses: sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES EXTERNOS CON FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Blanco Crespo M, Mendoza Acosta I, Horrillo Sánchez de Ocaña P, Lázaro López A, Sánchez de Castro M, Álvarez Nonay AL

Servicio de Farmacia. Área de atención integrada de Guadalajara.

Objetivos: La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial, y variable según cada patología. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se han detectado como factores comunes la falta de conocimientos sobre la patología/tratamiento y la duración del mismo.

El objetivo de este estudio es analizar el perfil de los pacientes externos en los que se ha detectado una falta de adherencia (FAD) al tratamiento en la consulta de atención farmacéutica (CAF) y conocer los motivos que han llevado al retraso u omisión de dosis.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado desde Enero a Diciembre de 2017. El método para medir la FAD fue a través del registro de dispensaciones. Se consideraron FAD cuando los pacientes acudían a recoger tratamiento con más de una semana de retraso. Las FAD detectadas se registraron en el módulo de dispensación a pacientes externos Farmatools®. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, servicio prescriptor, patología, grupo farmacoterapéutico y motivo del incumplimiento.

Resultados: Durante el año 2017, 3.063 pacientes acudieron a la CAF. Se detectó FAD en 151 pacientes (4,9% del total), registrándose en el periodo de estudio 182 FAD (1,2 FAD/paciente); 57,1% eran hombres, con una mediana de edad de 49 años (RIC: 40-56). Los servicios prescriptores fueron: medicina interna (50,8%), reumatología (16,4%), digestivo (13%), nefrología (5,6%), otros (14,2%). Las patologías fueron: VIH (47,5%), enfermedades inmunomediadas (EIM) (22%), hepatitis B (9%), insuficiencia renal (7,3%), otros (14,2%). Los medicamentos prescritos pertenecían a los siguientes grupos farmacoterapéuticos: J05A-Antivirales de acción directa (58,8%), L04A- Inmunosupresores (19,2%) y otros (22%).

En el 24,3% de los registros, el paciente negó FAD. Del resto, los motivos de FAD informados por el paciente fueron: enfermedad asintomática (28,8%), dificultad para acceder al hospital (10,7%), reacciones adversas (9%), falta de conocimiento de la enfermedad o del tratamiento (8,5%), abandono voluntario del tratamiento (5,1%) y otros (13,6%).

Conclusiones:

En este estudio, un bajo número de pacientes presentaron FAD al tratamiento prescrito. Los pacientes con mayor detección de FAD fueron pacientes de mediana edad, con diagnóstico de VIH y EIM, pertenecientes a los servicios de medicina interna, reumatología y digestivo.

Un alto porcentaje de pacientes no reconocen retrasar u omitir dosis de su tratamiento crónico.

El hecho de que el paciente esté diagnosticado de una enfermedad asintomática, la dificultad para acceder al hospital y la aparición de reacciones adversas, constituyeron los principales motivos de FAD.

Estos resultados permiten conocer el perfil de pacientes con un mayor riesgo de FAD, en los que es necesario reforzar la importancia de una buena ADH en las sucesivas CAF.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA 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: Pertuzumab es un anticuerpo antiangiogénico dirigido específicamente contra el factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). Indicado en 1ª línea en pacientes adultos con cáncer de mama metastásico (CMm) HER2 positivo en combinación con trastuzumab y docetaxel, que no han recibido tratamiento previo anti-HER2 o quimioterapia para la enfermedad metastásica. El objetivo del estudio es: evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con pertuzumab en pacientes con CMm y comparar los datos obtenidos en la práctica clínica con los del ensayo clínico pivotal CLEOPATRA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CMm que recibieron pertuzumab desde julio de 2014 a enero de 2018. Las variables demográficas recogidas fueron: 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®, y del programa de prescripción oncológica Farmis Oncofarm®. Las variables de efectividad evaluadas fueron: supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y tasa de respuestas objetivas (TRO). 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 15.

Resultados:

Se analizaron los datos de 15 pacientes (100% de mujeres). La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 55,2 años (rango intercuartílico (RQ) 51,5 – 61,6). La mediana de SLP fue 14,4 meses (RQ 8,9 – 26,6). La TRO fue del 86,7%, registrándose en 13 pacientes (un 23% ellos con respuesta completa) mientras que la mediana de SG no se alcanzó (NA) en la fecha de finalización del estudio. En el ensayo clínico pivotal CLEOPATRA, los resultados de SLP y SG fueron de 18,5 meses (RQ 15 - 23) y 56,5 meses (RQ 49,3 – NA) respectivamente. Se evaluó la seguridad en los 15 pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado fueron neurotoxicidad (60% de pacientes frente a 32,4% en el ensayo CLEOPATRA), astenia (46,7% frente a 37,6%), diarrea (33,3% frente a 66,8%), neutropenia (20% frente a 52,8%), rash (20% frente a 33,7%) y náuseas (13,3% frente a 42,3%) Las reacciones adversas graves (grado 3 o superior) fueron neutropenia (6,7%), diarrea (6,7%), trombopenia (6,7%), rash (6,7%) e HTA (6,7%). En 1 paciente el tratamiento tuvo que ser retirado por toxicidad.

Conclusiones:

Los datos de SLP de nuestro estudio son inferiores a los registrados en el ensayo pivotal, probablemente porque los criterios de selección del ensayo fueron mas restrictivos.

El tratamiento con pertuzumab fue bien tolerado resultando unos datos de toxicidad marcadamente inferiores a los registrados en el ensayo CLEOPATRA.

Este estudio tiene la limitación del tiempo de duración pues el uso de pertuzumab es relativamente reciente, como queda reflejado al no llegar a alcanzarse la mediana de SG.

Los datos de TRO reflejan que pertuzumab en combinación con trastuzumab y docetaxel es una buena alternativa para pacientes que cumplan la indicación de uso

Conflicto de intereses: ninguno.

COMPARACIÓN DE TRASTUZUMAB-EMTASINA FRENTE A CAPECITABINA-LAPATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

*Marcos de la Torre, A; Sánchez Serrano, JL; Gómez Lluch, MT, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Pardo Alañón, MM; Andrés Navarro, N.
Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real.*

Objetivos: Comparación de la efectividad del tratamiento con trastuzumab-emptasina (T-DM1) frente a capecitabina-lapatinib (L/C), a raíz del informe de posicionamientos terapéutico (IPT) de TDM1 en el que como conclusión se mostaba más efectivo y más seguro que L/C.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 5 años de duración en el que se compararon todos los pacientes con cáncer mama metastásico HER 2 positivo tratados con trastuzumab-emptasina o bien con capecitabina-lapatinib.

Resultados: En el brazo de T-DM1 se analizaron 9 pacientes frente a 17 del grupo L/C. La mediana de edad es de 51 años. En ambos brazos el acceso al tratamiento fue con una mediana de segunda línea de enfermedad metastásica.

La supervivencia libre de progresión fue de 84 días (95%, 2,19 - 165,81) vs 168 días (95%, 104,47 - 231,53) $p = 0,033$ para T-DM1 y L/C respectivamente.

El HR obtenido es de 2,48 (95%, 1,034-5,854) $p = 0,042$.

Las causas de discontinuación de los pacientes con T-DM1 fueron por progresión en 7 pacientes (89%) y por fallecimiento en un paciente (11%). En el brazo de L/C 10 pacientes por progresión (58,82%), 3 pacientes por toxicidad (17,65%), 3 por muerte (17,65%) y un paciente sigue en tratamiento al finalizar el estudio (5,88%).

Conclusiones: La prescripción de estos fármacos se adecúa a las recomendaciones del IPT, ya que fueron administrados a partir de la segunda línea de enfermedad metastásica. Además, se ve una tendencia a una mejor tolerabilidad del T-DM1, ya que no se tuvo que discontinuar ningún paciente por efectos adversos. Aun así, en futuras ampliaciones del estudio, se analizarán el grado de las reacciones adversas acaecidas. Pese a que la conclusión del IPT es a favor del tratamiento con T-DM1, en nuestra población se ven mas favorecidos con el tratamiento con L/C. Pese a no tener un N elevado, este resultado alcanza significancia estadística, por lo que habría que analizar más exhaustivamente las posibles causas de esta desviación.

Conflicto de intereses: ninguno.

GRADO DE ADECUACIÓN A LAS DECISIONES TOMADAS EN LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA.

Notario Dongil, C; Fraga Fuentes, MD; Nieto- Sandoval Martín de la Sierra, P; Gómez Lluch; MT; Marcos de la Torre, A; Sánchez Serrano, JL.

Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha-Centro (Ciudad Real).

Objetivos: La constante aprobación de fármacos por las agencias reguladoras lleva a los hospitales a tomar decisiones sobre la incorporación selectiva de medicamentos en la práctica asistencial. Estas decisiones se adoptan en el seno de la comisión de farmacia y terapéutica (CFyT).

Los objetivos fueron analizar las decisiones tomadas en CFyT y el grado de adecuación a las mismas en la práctica asistencial.

Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo donde se analizaron los acuerdos alcanzados por la CFyT en 2016 y 2017 en un hospital de tercer nivel. Los medicamentos solicitados a la CFyT se evaluaron con la metodología MADRE, que adoptó la clasificación de las solicitudes de la guía de incorporación de nuevos fármacos (GINF):

A: No se incluye en guía farmacoterapéutica (GFT) por ausencia de requisitos básicos.

B₁: No se incluye en GFT por insuficiente evidencia de que exista una mejor relación efectividad/seguridad comparada con el tratamiento actual en el hospital.

B₂: No se incluye en GFT porque la evidencia existente indica un peor perfil de eficacia/seguridad respecto al tratamiento actual en el hospital.

C₁: No se incluye en GFT pues el medicamento es de una eficacia y seguridad comparable a las alternativas existentes. No aporta mejora en el perfil de coste-efectividad, ni en la organización o gestión de servicios.

C₂: Se incluye en GFT como equivalente terapéutico o alternativa terapéutica equivalente.

D₁: Se incluye en GFT con recomendaciones específicas.

D₂: Se incluye en GFT con recomendaciones específicas, con el compromiso de reevaluación.

E: Se incluye en GFT sin recomendaciones específicas

Se analizaron aquellos fármacos incluidos con algún tipo de recomendación (categoría D1, D2) o clasificados como alternativas/ equivalentes terapéuticos (C2) y su grado de adecuación a las recomendaciones establecidas. De ellos, se seleccionaron aquellos dispensados a través de los módulos Pacientes Ambulantes y Externos de Farmatools®, comprobando la adecuación mediante la historia clínica informatizada (Mambrino XXI®).

Resultados: En 2016 y 2017 se evaluaron 32 fármacos. 26 (81%) fueron aprobados y 6 rechazados (19%). Según las decisiones se clasificaron como: **B₁:4; B₂:1; C₁:1; C₂:4; D₁:20; D₂:1; E:1**

En base a los criterios establecidos en la metodología del estudio, se analizaron 11 fármacos que correspondían al tratamiento de 56 pacientes: golimumab (1), ustekinumab (3), elitegravir/cobicistat/emtricitabina (9), enzalutamida(1), tolvaptan (2), alirocumab (14), secukinumab (7), vedolizumab (6), alemtuzumab (2), nintedanib (7), ramucirumab (4).

El grado de adecuación fue el siguiente:

El tratamiento de 51 pacientes (91%) se adaptaba a las decisiones de la CFyT y el de 5 (9%) no. No se inició tratamiento con un medicamento en 2 pacientes por no ajustarse a recomendaciones y 6 medicamentos aún no se han prescrito.

Conclusiones: La mayoría de los fármacos incluidos por la CFyT se realizaron con criterios de uso, lo que facilita la selección adecuada de los pacientes.

El grado de adecuación fue elevado en un alto porcentaje de fármacos. Algunos de los incluidos todavía no han sido utilizados.

Establecer criterios de uso garantiza el registro y crea cultura para el seguimiento de resultados en salud.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PERFIL DE UTILIZACIÓN Y COSTE ASOCIADO DE TOXINA BOTULÍNICA

Notario Dongil, C; Araque Arroyo, P; Fraga Fuentes, MD; Gómez Lluch, MT; Andrés Navarro, N; Valenzuela Gámez, JC.

Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha-Centro (Ciudad Real).

Objetivo: Analizar el grado de adecuación del uso de toxina botulínica (TB) A y B a un protocolo hospitalario y coste asociado.

Métodos: Análisis retrospectivo observacional de un año de seguimiento de la utilización de TB A [presentación 100 Unidades (U) (tipo 1) y 500 U (tipo 2)] y B en un hospital de tercer nivel. Se estudió la adecuación a un protocolo hospitalario en el que las indicaciones se estructuraron en 3 categorías: A: Indicaciones aprobadas en ficha técnica (FT); B: no aprobadas en FT pero avaladas científicamente; C: no aprobadas en FT ni avaladas científicamente. Se analizó la adecuación de utilización y coste por servicios médicos y por tipo toxina, y el coste/paciente por diagnóstico.

Resultados: En el periodo de estudio analizado, 257 pacientes [72% mujeres; mediana edad: 56 años (rango: 4-90 años)], recibieron tratamiento con TB. Coste total de 58.623 € (68,9% TB A tipo 1, 30,6% TB A tipo 2 y 0,5% TB B). 165 pacientes se asignaron a la categoría A, y 75 y 17 a las categorías B y C, respectivamente; Coste asociado por categorías: A: 64,9%; B: 27,3% y C: 7,8%.

El Servicio de Neurología aportó el 75,9% de los pacientes (92,3% TB A tipo 1; 7,2% TB A tipo 2 y 0,5% TB B); 75,4% del coste total. 66,7% de los pacientes categoría A [35,4% blefaroespasma (BF) y hemiespasma facial (HF); 50% migraña crónica (MC) refractaria; 7,7% espasticidad post-ictus (EPI), 6,2% distonía cervical (DC) y 0,7% disfunción vesical] y el 26,2% y 7,2% categoría B (39,2% neuralgia occipital; 23,5% temblor; 17,6% sialorrea; 19,6% espasticidad esclerosis múltiple y distonía focal extremidades) y C, respectivamente. El paciente tratado con TB B se asignó a la categoría A (HF resistencia a TB A tipo 1).

El 17,1% de los pacientes fueron tratados por el Servicio de Rehabilitación (81,8% TB A tipo 1; 18,2% TB A tipo 2); 21,6% del coste total. 37,8% de los pacientes categoría A (64,7% EPI y 35,3% espasticidad asociada a pie equino); 53,3% categoría B (95,8% dolor miofascial en paciente intervenida de cáncer de mama); y 8,9% categoría C.

10 pacientes fueron tratados por BF (TB A tipo 1) por el Servicio de Oftalmología y 8 por hiperhidrosis primaria de la axila severa y persistente (TB A tipo 1) por el Servicio de Dermatología (1,8% y 1,2% del coste total, respectivamente), ambas indicaciones categoría A.

Los diagnósticos con mayor coste asociado por paciente fueron DC (630,8€/paciente), espasticidad por pie equino (312,4 €/paciente) y EPI (295,1 €/paciente), todos ellos categoría A, siendo la MC refractaria el diagnóstico que mayor gasto supuso debido al número de pacientes tratados (29,6% del coste).

Conclusiones: El análisis de la utilización de TB en nuestro hospital revela que el 93,4% de las prescripciones se ajustan a protocolo hospitalario, 64,2% a FT. Este alto grado de adecuación pone de manifiesto la importancia del papel de un farmacéutico de hospital en el seguimiento exhaustivo de este medicamento de alto coste.

Conflicto de intereses: ninguno.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN UN ÁREA DE SALUD.

Álvarez Nonay, A; Mendoza Acosta, I.; Yuste Gutiérrez, AM., Pérez-Maroto, MT.; Horta Hernández, A.; Parederero Domínguez, JM.

Servicio de Farmacia. Gerencia del Área Integrada de Guadalajara.

Objetivo: Determinar el perfil de los pacientes polimedicados (más de 10 principios activos) tratados con los anticoagulantes directos (ACOD): debigatrán, edoxabán, apixabán y rivaroxabán en un área de salud. Determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas potenciales (IFP) clínicamente relevantes entre ACOD y la medicación concomitante de éstos pacientes. Describir las IFP observadas con mayor frecuencia.

Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo (Enero - Septiembre de 2017), que incluyó a todos los pacientes polimedicados en tratamiento con ACOD. Los datos se obtuvieron del programa de explotación de datos de la receta dispensada (Digitalis®) y se obtuvo la información de la medicación concomitante de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Se analizaron todos los principios activos prescritos mediante la base de datos Lexicomp®. Se registraron todas las interacciones potenciales entre los ACOD y los principios activos concomitantes, clasificadas con un nivel de riesgo C (monitorizar el tratamiento), D (considerar la modificación del tratamiento) o X (evitar combinación), considerándolas a todas ellas como clínicamente relevantes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.15.

Resultados:

De los 1230 pacientes anticoagulados con ACOD en el área de salud, se incluyeron en el estudio 151 polimedicados; 84(55.6%) hombres. La mediana de edad fue de 80 años RIC (75-85).

Las prescripciones activas de ACOD se distribuyeron en: apixabán 76 (50%) pacientes, dabigatrán 40 (27%), rivaroxabán 26 (17%) y edoxabán 9 (6%).

La mediana de principios activos analizados por paciente fue de 12 (RIC: 11-15).

La prevalencia de IFP entre ACOD en paciente polimedicados en el área de salud fue del 93%.

En total se analizaron 1925 principios activos. Se identificaron 281 interacciones con relevancia clínica: 191 (68%) interacciones de tipo C, 86 (31%) interacciones tipo D, 4(1%) interacciones de tipo X. La mediana de IFP por paciente fue de 2 RIC (1-2).

Las IFP tipo C identificadas con mayor frecuencia fueron: 121 (63%) citalopram, 19 (10%) omeprazol, 8(4%) pantoprazol y 7 (3%) diltiazem.

Las IFP tipo D más frecuentes: 27 (31%) metamizol y 15 (17%) ácido acetil salicílico. 11 (13%) clopidogrel y 8 (9%) amiodarona.

Las IFP tipo X fueron: 3 con heparina de bajo peso molecular y 1 con primidona.

Conclusiones: Al analizar el perfil de los pacientes polimedicados con ACOD hemos observado que se trata de una población de edad avanzada, con un elevado número de IFP por paciente. La prevalencia de IFP es muy alta en los pacientes anticoagulados polimedicados. Los fármacos implicados en las IFP con los ACOD, son fármacos de uso muy frecuente en esta población.

Estas IFP pueden resultar potencialmente graves, por aumento del riesgo de sangrado.

La colaboración y comunicación entre el farmacéutico y el médico prescriptor es fundamental, para aumentar la seguridad en la farmacoterapia de estos pacientes.

Conflicto de intereses: ninguno.