



XIV JORNADA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD CASTELLANO MANCHEGA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Albacete, 26 y 27 de Abril de 2019

Lugar: Salón de Actos Liberbank
Plaza de Gabriel Lodares

Organiza:



Colabora:



Liberbank

DIPUTACIÓN DE ALBACETE



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua de Profesionales Sanitarias

XIV JORNADA CIENTÍFICA SCMFH ALBACETE 26 y 27 de abril de 2019 LIBRO DE RESÚMENES

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez

VOCALES

Dra. Cristina Blázquez Romero

Dra. María Blanco Crespo

Dra. Raquel Lozano Toledo

Dra. Caridad Martí Gil

Dra. Esther Domingo Chiva

Dr. Sergio Plata Paniagua

Dr. Gregorio Romero Candel

Dra. Piedad López Sánchez

Dra. María Luisa Moreno Perulero

Dra. Gema Marcos Pérez

Dra. Inés Mendoza Acosta

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE:

Dra. Ana Valladolid Walsh

VOCALES:

Dra. Cristina García Gómez

Dra. María Garrigues Sebastián

Dra. Eva María García Martínez

Dr. David García Marco

Dra. Eva Martín Alcalde

Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 26 DE ABRIL 2019

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

17:00 h: Reunión de Residentes.

18:00 - 20:00 h: **Compartiendo Experiencias en los Hospitales de Castilla La Mancha.**

Moderadora: María Garrigues Sebastia. GAI de Albacete.

1.- "Abordaje interdisciplinar de la Fibrosis Pulmonar Idiopática: colaboración del Farmacéutico de Hospital". Victoria Lerma Gaude y Rafaela Sánchez Simón-Talero. GAI de Albacete.

2.- "Experiencia de seis años en Atención Farmacéutica al paciente crítico". Marta Fernández Arévalo. Complejo Hospitalario de Toledo.

3.- "Monitorización farmacocinética de terapias biológicas en el HGMC: Primeros pasos en enfermedad inflamatoria intestinal". María del Mar Alañon Pardo. Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan.

4.- "Programa de continuidad asistencial en pacientes de Salud Mental". Rocío Pardo Sánchez. GAI de Almansa.

5.- "Creación de una Unidad de Nutrición Clínica. Experiencia de un año". Nuria Monteagudo Martínez. GAI de Villarrobledo.

6.- "Proyecto de conciliación al ingreso y al alta en el paciente anciano polimedcado: experiencia conjunta del Servicio de Geriatria y Servicio de Farmacia". Eva Martín Alcalde. Hospital Universitario de Guadalajara.

7.- "Integración en centros sociosanitarios: ¿Podemos reducir los errores de medicación relacionados con la administración?". M. Luisa Moreno Perulero. GAI de Ciudad Real.

8.- "Sistemas de inteligencia de dosis adaptada y autocontrol inteligente". David García Marco. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

21:30 h: Cena de bienvenida.

SÁBADO 27 ABRIL 2019

9:30 - 10:00 h: Inauguración oficial de la Jornada.

Representante de la Consejería de Sanidad y/o SESCAM.

Dr. Ibrahim R. Hernández Millán. Director Gerente del Área de Atención Integrada de Albacete.

Dra. M^a del Mar Arroyo Jiménez. Decana de la Facultad de Farmacia. UCLM.

Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Presidente SCMFH.

Dra. Ana Valladolid Walsh. Presidente del Comité Organizador.

10:00 - 11:30 h: **Terapias CAR-T: Retos y oportunidades para el farmacéutico de hospital.**

Moderadora: Cristina García Gómez. G.A.I. de Albacete.

- "La introducción de terapias innovadoras en el Sistema Nacional de Salud". María Dolores Fraga Fuentes. Subdirectora de Calidad y Medicamentos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- "CAR-T desde la perspectiva de la Farmacia Hospitalaria". Tamara Pérez Robles. FEA del Hospital la Paz, Madrid.

11:30 - 12:00 h: Pausa-Café.

12:00 h: Presentación Oral de las Mejores Comunicaciones.

13:00 - 13:15 h: Presentación y Entrega del Libro de Atención Farmacéutica en Patología Neurológica. Presenta: M. Antonia Berrocal Javato. Hospital de Talavera de la Reina.

13:15 - 13:30 h: Entrega del Premio de la SCMFH a la Mejor Comunicación Oral.

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

14:30 h: Cocktail de Clausura.

COMUNICACIONES ORALES.....10

LDH COMO MARCADOR PREDICTIVO DE PROGRESIÓN A LA PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN MICROCÍTICO: ANTICIPÁNDONOS A LAS PRUEBAS DE IMAGEN[10](#)

EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACIL HIDROCLORURO EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL METASTASICO.....[11](#)

FORMULACIÓN DE AMFOTERICINA B 5% EN CREMA VAGINAL PARA EL TRATAMIENTO DE CANDIDA GLABRATA MULTIRRESISTENTE[12](#)

ANÁLISIS DEL USO DE FIDAXOMICINA EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....[13](#)

ANALISIS DE MINIMIZACION DE COSTES ENTRE PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB EN CANCER DE MAMA METASTASICO EN ESPAÑA.....[14](#)

COMUNICACIONES PÓSTER.....15

ANÁLISIS DEL USO DE ANTIADIABÉTICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ¿SE ADECUAN A LAS RECOMENDACIONES? [15](#)

VERACIDAD DE ALERTAS POR ALERGIA A MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....[16](#)

PERFIL DE SEGURIDAD DE APREMILAST EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....[17](#)

ANALISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS INMUNORRELACIONADAS A INHIBIDORES DE PUNTO DE CONTROL.....[18](#)

SEGURIDAD Y PERSISTENCIA DE NINTEDANIB Y PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.....[19](#)

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.....[20](#)

ASOCIACIÓN ENTRE USO DE METFORMINA Y DEFICIT DE VITAMINA B12 EN ANCIANOS.....[21](#)

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA TRANSDÉRMICA EN PACIENTES CON BAJA RESPUESTA OVÁRICA.....[22](#)

ANÁLISIS DE INDICADORES ASOCIADOS A TERAPIA BIOLÓGICA AUTOINMUNE INTRAVENOSA EN PATOLOGÍA DIGESTIVA[23](#)

EFICIENCIA Y COSTE-EFFECTIVIDAD DE VARIOS REGÍMENES ANTIRRETROVIRALES EN DOS AÑOS CONSECUTIVOS.....[24](#)

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: UN PASO ADELANTE EN EL VIH.....	<u>25</u>
LA DESPRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS PARA LA OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.....	<u>26</u>
NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO, INFLUENCIA DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES EN LA RESPUESTA.....	<u>27</u>
PREVALENCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS Y SU POTENCIAL INTERACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETORIVIRAL EN PACIENTES VIH, ¿PODEMOS APORTAR ALGO?	<u>28</u>
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO.....	<u>29</u>
DISEÑO DE UNA SOLUCIÓN ORAL DE GLICOPIRROLATO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIETA CETOGENICA.....	<u>30</u>
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN DE DURVALUMAB EN CANCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	<u>31</u>
SEGURIDAD EN FORMULACION MAGISTRAL: ¿SON PELIGROSAS PARA LA SALUD LAS MATERIAS PRIMAS?.....	<u>32</u>
EFFECTO DE LOS FARMACOS MODIFICADORES DEL PH SOBRE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSIN KINASA: CONTRASTANDO INFORMACIÓN.....	<u>33</u>
ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE MANEJO DE EXTRAVASACIONES PARA MEDICAMENTOS NO CITOSTÁTICOS.....	<u>35</u>
IMPACTO ECONOMICO Y GRADO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA RUTA DE EFICIENCIA TERAPEÚTICA EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	<u>36</u>
INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIETA CETOGENICA....	<u>37</u>
MEJORANDO EN SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: EL CASO DE LOS FOTOSENSIBLES.....	<u>38</u>
VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE VANCOMICINA PARA EL TRATAMIENTO DE COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	<u>39</u>
ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN E INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.....	<u>40</u>
NUEVO ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: RESULTADOS EN SALUD DE LA TRIPLE TERAPIA.....	<u>41</u>

TEDUGLUTIDA EN SÍNDROME DE INTESTINO CORTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	42
ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE MAYOR TRAUMATOLÓGICO AL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA.....	43
OSTEOPENIA NEONATAL: LOS RIESGOS DE UN PROGRAMA DE NUTRICION PARENTERAL SIN ALERTAS.....	44
NEUMONITIS ASOCIADA AL USO FÁRMACOS ANTI PD1/PDL1 EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.....	45
FORMULACIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO 2% GEL TÓPICO PARA APLICACIÓN MEDIANTE IONTOFORESIS.....	46
EFICACIA Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL METASTASICO.....	47
USO DE MEDICINA ALTERNATIVA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.....	48
EVALUACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	49
MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA EMESIS EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS: UNA PRIORIDAD.....	50
PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y DESPRESCRIPCIÓN ADAPTADO A CENTROS SOCIO-SANITARIOS.....	51
NEUROPATÍA CRANEAL MÚLTIPLE Y SÍNDROME MIASTÉNICO SECUNDARIO A NILOTINIB.....	52
TOFACITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA UNIVERSAL REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
EXPERIENCIA INICIAL DE USO CON RESLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE.....	54
QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL CON PARTÍCULAS PRECARGADAS CON IRINOTECÁN (DEBIRI): ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS NO RESECABLES DE CARCINOMA COLORRECTAL	55
EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.....	56
REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.....	57

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y SU IMPACTO SOBRE PACIENTES CONINHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y RIESGO DE HIPOMAGNESEMIA.....	58
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE USO DE SUGAMMADEX EN QUIRÓFANO.	59
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM DEL 2016 AL 2018.....	60
PREVALENCIA DE ANEMIA Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	61
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOSIS REDUCIDAS DE APREMILAST EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA.....	62
ANÁLISIS DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE LOS MEDICAMENTOS SOMETIDOS AL ACUERDO MARCO DE UN HOSPITAL.....	63
LO DIFÍCIL DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE: TRATAMIENTO CON FIDAXOMICINA.....	64

COMUNICACIONES ORALES

LDH COMO MARCADOR PREDICTIVO DE PROGRESIÓN A LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN MICROCÍTICO: ANTICIPÁNDONOS A LAS PRUEBAS DE IMAGEN.

Sánchez Cadena A, Vicente Sánchez P, Vila Torres E, Luque Zafra M, Mallol Yáñez MA, Rodríguez Martínez M.

Objetivos: La supervivencia relativa a los 5 años en el cáncer de pulmón microcítico es del 3 %, según datos del National Cancer Institute. En este estudio nos planteamos la relevancia de los tiempos de espera de las pruebas de imagen y la necesidad de encontrar marcadores predictivos de progresión que se adelanta a dichas pruebas.

-Objetivo: Determinar el valor de la LDH como marcador predictivo de progresión a la primera línea de tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizó el tiempo desde que el oncólogo solicita el TAC/PET-TAC hasta que se cambia el tratamiento a una segunda línea por progresión radiológica. Y la evolución de la concentración de LDH en suero, considerando como valores normales (208 -385 mg/dl), en pacientes diagnosticados de cáncer microcítico de pulmón. Para ello se establecieron los siguientes endpoints:

-Determinar la relación entre el tiempo con LDH dentro del rango de la normalidad y la SLP. Prueba estadística: coeficiente de correlación de Pearson.

- Determinar posibles diferencias en la SLP entre grupos de pacientes con distintos tiempos de LDH dentro del rango de normalidad. Para ello se comparó el valor medio de SLP en dos grupos de pacientes con distinto tiempo de LDH normalizada. Prueba estadística: T-Student.

- Criterios de inclusión: pacientes con cáncer microcítico de pulmón en progresión radiológica a una primera línea de tratamiento.
- Criterios de exclusión: pacientes sin analíticas con LDH en suero durante la primera línea de tratamiento y pacientes cuyos motivos de cambio de línea de tratamiento no fuesen progresión (ej: pacientes que cambian de línea por toxicidad).

Resultados: Se analizaron 36 pacientes, el 22% eran mujeres, la media de edad al diagnóstico fue de 58 años, el 81% diagnosticados en estadios avanzados con una media de localizaciones metastásicas de 2. El 100% recibió tratamiento en primera línea con etopósido y platinos. El valor medio de SLP fue de 6,8 meses. La media de tiempo desde la solicitud del TAC/PET-TAC hasta el cambio de línea por progresión fue de 56 días (28 % del valor medio de SLP).

El tiempo con LDH dentro del rango de la normalidad y la SLP mostraron una asociación estadísticamente significativa, siendo el coeficiente de correlación de Pearson 0,638 ($p < 0.05$).

La media de tiempo que los pacientes mantienen su LDH dentro del rango de la normalidad fue de 196,2 días para los pacientes por encima del valor medio de SLP y de 92,2 para los pacientes por debajo del mismo ($p < 0.05$).

Conclusiones: Teniendo en cuenta la baja SLP de estos pacientes y que el tiempo hasta que se objetiva una progresión radiológica y se decide un cambio de línea de tratamiento supone una media de casi dos meses, se plantea la posibilidad de considerar la LDH como marcador predictivo de progresión, teniendo en cuenta las limitaciones del estudio ($n=36$ pacientes), previo a las pruebas de imagen y sirviendo de apoyo junto a otros criterios clínicos para decidir el cambio a una segunda línea de tratamiento.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACIL HIDROCLORURO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Sánchez Serrano, J.L; Gómez Lluch, MT, Notario Dongil, C, Marcos de la Torre, A; Andrés Navarro, NHospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

Objetivos: Trifluridina/tipiracil hidrocloreuro es un antineoplásico análogo del nucleósido timidina (trifluridina) y el inhibidor de la timidina fosforilasa (tipiracil hidrocloreuro).

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar la eficacia y seguridad de trifluridina/tipiracil hidrocloreuro (TAS-102) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM).
- Comparar los resultados obtenidos en nuestra población con los del ensayo pivotal RECURSE.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con CCRM tratados con TAS-102 desde 1 julio del 2017 hasta el 1 febrero 2019.

Las variables recogidas mediante el módulo de gestión de pacientes externos de Farmatools® y de historias clínicas de Mambrino XXI®, fueron: edad, ECOG, localización de las metástasis, número líneas previas, número de ciclos, toxicidades y motivo de suspensión (toxicidad, progresión o exitus).

El esquema utilizado fue de 35 mg/m², vía oral, dos veces al día en los días 1 al 5 y 8 al 12 de cada ciclo de 28 días

La eficacia se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el programa estadístico SPSS® v.18.

La seguridad se evaluó según Criterios de Toxicidad Común NCI CTCAEv.5.0.

Resultados: En el periodo de estudio 15 pacientes recibieron TAS-102 con edad media de 65,1 años (rango:40-82) y todos ECOG 0-1.

Localización metástasis: pulmonares (80%), hepáticas (40%), peritoneales (26,7%), óseas (13,3%) y cerebrales (6,7%).

Los pacientes habían recibido una media de 2,6 (rango: 1-5) esquemas de quimioterapia previamente en la enfermedad metastásica.

La media de ciclos administrados fue de 4 (rango: 2-8). En 6 pacientes (40%) hubo que retrasar el inicio de un nuevo ciclo debido a neutropenias graves.

La mediana de SLP fue de 3,91 meses (IC 95% 0,5-7,3) y de SG de 10,48 meses (IC 95%, 1,67-19,29). La mortalidad fue del 46,7%.

Las reacciones adversas de cualquier grado ocurrieron en el 100% de los pacientes, destacando: neutropenia, principalmente grado 3 y 4 (40% de pacientes), anemia grado 2 y 3 (20%), diarrea grado 2 (33,3%), astenia grado 2 (20%) y otras menos frecuentes fueron leucopenia y mucositis en 2 pacientes.

El tratamiento fue suspendido por toxicidad en el 20% de los pacientes tras 3 ciclos.

Conclusiones: Nuestros resultados de SG y SLP fueron algo superiores a los descritos en el estudio RECURSE (7,1 y 2 meses respectivamente).

En cuanto a la seguridad, el porcentaje de pacientes con alguna reacción adversa fue similar al estudio RECURSE donde aparecieron en el 98% de los pacientes, al igual que la neutropenia grado ≥ 3 que la sufrieron el 38%.

Sin embargo, en nuestro estudio se encontró un porcentaje bastante mayor de suspensiones del tratamiento por toxicidad inaceptable respecto al ensayo pivotal donde solo ocurrió en un 3,6% de los pacientes.

A pesar de que nuestro estudio presenta la limitación del pequeño tamaño muestral, es importante conocer resultados en salud para poder hacer un correcto posicionamiento en fármacos como éste, con resultados marginales en los estudios.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

FORMULACIÓN DE AMFOTERICINA B 5% EN CREMA VAGINAL PARA EL TRATAMIENTO DE CANDIDA GLABRATA MULTIRRESISTENTE

Tardáguila Molina, P1; Martín Alcalde, E1; Lavandeira Pérez, M1; Blanco Crespo, M1; González Segura, GA2 Horta Hernández AM1. Servicio de Farmacia 1. Servicio de Ginecología 2 Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: La candidiasis vulvovaginal (CVV) es una enfermedad inflamatoria del tracto genital femenino secundaria a alteraciones de las condiciones fisiológicas. Produce una disminución de la inmunidad local, y aumenta la proliferación de diferentes especies de *Candida*. Clínicamente se manifiesta por prurito intenso, leucorrea blanquecina con aspecto caseoso, disuria y dispareunia. La mayoría de CVV son producidas por *C.albicans* que responde en gran medida al tratamiento antifúngico convencional (azoles).

La prevalencia de infecciones por especies de *Candida* no *albicans* se está incrementando. Destaca *C.glabrata* que ha mostrado gran resistencia a azoles, aproximadamente en un 50% de los casos. Esto produce CVV recurrentes en las que deben utilizarse tratamientos alternativos.

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Describir la formulación de Amfotericina B 5% en crema vaginal para tratar *C.glabrata* multirresistente.
2. Evaluar la eficacia y tolerancia de la fórmula magistral (FM).

Métodos: El servicio de Ginecología solicitó al servicio de Farmacia la elaboración de una FM para tratar una candidiasis multirresistente de un año de evolución. La paciente presentaba importante sintomatología tras fracasar a varias líneas de tratamiento (fluconazol, clotrimazol, ácido bórico, cloruro de decualinio y voriconazol).

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed® y UpToDate® para encontrar evidencias existentes de una FM adecuada.

Para seleccionar el vehículo idóneo, se revisaron las fichas técnicas de los distribuidores Acofarma® y Fagron® tanto de principios activos como de diversos excipientes aptos para administrar por vía vaginal.

Para valorar la efectividad de la fórmula se revisó la historia clínica electrónica en Mambrino XXI® y para valorar la tolerancia se consultó con el servicio de Ginecología.

Resultados: Se encontraron diversos artículos en los que el uso de Amfotericina B 50-100 mg en óvulos, o Amfotericina B + flucitosina 4-10% en crema vaginal, presentaba buenos resultados para tratar esta patología. Ante la rapidez de generar resistencias con flucitosina y la imposibilidad de elaborar óvulos. Se propuso preparar Amfotericina B 5% crema vaginal. El vehículo utilizado (Ginebase®) es una emulsión hidratante oleo-acuosa, no iónica, compuesta por una mezcla adecuada de palmito-estearatos, con excelente tolerancia en mucosas y que permite su uso interno mediante aplicador vaginal.

La elaboración de la FM se realizó mediante dispersión de Amfotericina B en glicerol. Posteriormente se añadió Ginebase® hasta formar una crema homogénea.

Tras informar adecuadamente a la paciente sobre su correcta administración, comenzó el tratamiento con Amfotericina B 5% crema vaginal administrándose 1-2g (50-100 mg de amfotericina) cada 24 horas durante 14 días. A los 21 días los síntomas habían desaparecido y el cultivo realizado fue negativo para *C.glabrata*. La tolerancia a la formulación fue buena sin presentar efectos adversos.

Conclusión: La FM de Amfotericina B 5% en crema vaginal ha resultado efectiva, con buena tolerancia y puede ser una alternativa eficaz en el tratamiento de la *C.glabrata* multirresistente.

La colaboración del servicio de Farmacia con el servicio de Ginecología permitió ofrecer una opción terapéutica eficaz para esta paciente.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DEL USO DE FIDAXOMICINA EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Martínez Ruiz, E; Pérez Rodríguez, I; Tardáguila Molina, P; Yuste Gutiérrez, A.M; Lavandeira Pérez, M; Horta Hernández, A.M. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivo

Fidaxomicina es un antibiótico macrocíclico autorizado en 2012 por la Agencia Española del Medicamento, indicado en el tratamiento de infecciones por *Clostridium difficile* (ICD) en adultos.

El tratamiento inicial de la ICD sigue siendo metronidazol y/o vancomicina oral, a los que se ha unido fidaxomicina. El elevado coste de este antibiótico, hace necesario que se realice un uso restringido del mismo y requiere autorización por Dirección Médica.

Numerosas Guías de Práctica Clínica (Infectious Diseases Society of America, 2018; Society for Healthcare Epidemiology of America, 2018; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2014) establecen diferencias en cuanto a la utilización de fidaxomicina según la recurrencia de ICD en la que se encuentra el paciente.

Ante la controversia de las distintas Guías, el objetivo de este estudio fue analizar el uso de fidaxomicina en la práctica clínica habitual en un hospital de segundo nivel.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyó a todos los pacientes tratados con fidaxomicina desde enero de 2015 hasta diciembre de 2018. Se identificaron los pacientes en tratamiento a través del programa de prescripción electrónica Farmatools® y se revisaron las historias clínicas a través del programa Mambrino XXI®.

Las variables obtenidas fueron: sexo, edad, número de recurrencia en la que se prescribió fidaxomicina, tratamientos previos frente a *Clostridium difficile* y recaídas tras el tratamiento con fidaxomicina.

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes, 50% hombres, con una mediana de edad de 75,5 años (RIC:68,25-82,25).

De los 10 pacientes, el 50% iniciaron tratamiento con fidaxomicina en la primera recurrencia, el 10% fueron tratados en la segunda recurrencia y el 40% en la tercera recurrencia tras haber sido tratados con metronidazol y/o vancomicina oral.

La pauta posológica con fidaxomicina en todos los pacientes fue de 200 mg cada 12 horas durante una mediana de 10 días (RIC:6,25-10) de tratamiento.

El 80% no tuvo ninguna recaída de la infección. El 20% restante, sufrió recaída tras el tratamiento, de los cuales un paciente volvió a ser tratado con fidaxomicina y un paciente recibió vancomicina oral y un trasplante de microbiota.

Conclusiones

Fidaxomicina parece ser una opción terapéutica eficaz en los pacientes con recurrencias de ICD.

Tras los resultados obtenidos, se puede concluir que, en la práctica clínica del hospital, este antibiótico se utiliza fundamentalmente en primera y en tercera recurrencia de ICD, lo que se corresponde con las indicaciones de las Guías de Práctica Clínica.

Como limitación del estudio de las posibles recaídas tras el tratamiento, cabe destacar que el 30% de los pacientes finalizaron la pauta de fidaxomicina en el último trimestre de 2018. Además, el uso restringido por ser de alto coste, hace que el tamaño muestral no sea elevado por lo que sería interesante seguir evaluando estos parámetros en un mayor número de pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES ENTRE PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO EN ESPAÑA

Gómez Lluch María Teresa¹, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, Patricia¹, Notario Dongil Clara¹, Andrés Rosado Ana², Martínez Mayordomo, Josefina, Sánchez Serrano, Jose Luís.

1Servicio de Farmacia Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

2Servicio de Farmacia Hospital del Tajo. Aranjuez, Madrid.

Objetivos: El análisis de minimización de costes (AMC) es un tipo de análisis económico que consiste en la comparación de costes entre dos intervenciones, siendo solo útil cuando las consecuencias obtenidas son similares.

Palbociclib (PB) y ribociclib (RB) son inhibidores selectivos reversibles de CDK4/CDK6, activos por vía oral, aprobados entre otras para la misma indicación.

El objetivo del estudio fue realizar un AMC para poder elegir la alternativa más eficiente entre Palbociclib vs Ribociclib en mujeres postmenopáusicas con CM avanzado RE+/HER2- que no habían recibido terapia sistémica previa para la enfermedad avanzada (sin hormonoterapia previa).

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica con los criterios anteriores en las principales bases de datos y agencias reguladoras para identificar aquellos estudios relevantes.

Para poder aceptar la premisa de equivalencia se analizaron los estudios pivotaes de cada fármaco utilizados para obtener la indicación referida;

- PALOMA-2: PB+letrozol(L) versus L+placebo: 24,8 meses de supervivencia libre de progresión (SLP) versus 14,5.
- MONALEESA-2: RB+L versus L+placebo: 25,3 meses de SLP versus 16.

Debido a la ausencia de comparaciones directas head-to-head, se utilizó la comparación indirecta realizada por la AETSA y la realizada por Tremblay G y col, que concluyen que no hay diferencias estadísticamente significativas en términos de eficacia.

Se tuvieron en cuenta los costes de adquisición del fármaco (PVL-7,5%+4%IVA) y aquellos recursos consumidos cuando éstos eran diferentes, como pruebas adicionales para un correcto seguimiento.

El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud en la vertiente hospitalaria con un horizonte temporal de 25,2 meses establecido por la mediana de ciclos recibidos en los EECC.

Para evaluar la robustez de los resultados y su sensibilidad a la modificación de variables, se realizó un análisis univariante determinístico en el que se modificó la variable dosis administradas.

Resultados: Para estimar el coste del tratamiento completo, se usó una mediana de ciclos similar para ambos de 27. Para L: 16. Coste del tratamiento: 77.646 €.

A esto se sumó la monitorización durante 27 ciclos; análisis de sangre: PB:29 RB:7; pruebas de función hepática: RB:8; electrocardiograma: RB:3. Quedando un total de; PB: 77.826 €, RB: 77.943 €.

Ratio coste-efectividad-incremental (RCEI)/SLP/año; PB: 89.116 € RB: 98.849 €.

Análisis de sensibilidad: considerando la dosis media administrada, la reducción de dosis de PB no implica un cambio en el coste. En cambio, el coste de RB disminuye 13.992 €.

Conclusiones: En términos de RCEI, PB es más eficiente, pero si tenemos en cuenta el análisis de sensibilidad, los resultados favorecen a RB. Por otro lado, si las comparaciones indirectas apuntan hacia la igualdad en la efectividad, el RCEI podría no ser significativo.

Limitaciones: no se han considerado los acuerdos de precios, ya que no son comunes en todas las comunidades ni extensibles en el tiempo.

Conflicto de intereses: no

[\(Enlace al póster\)](#)

COMUNICACIONES PÓSTER

ANÁLISIS DEL USO DE ANTIADIABÉTICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ¿SE ADECUAN A LAS RECOMENDACIONES?

De la Calle Riaguas B, García Esteban B, Piqueras Romero C, Pérez Margallo ME, Romero Martín C, Gómez Espinosa P. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

Objetivos: Evaluar el perfil de utilización de fármacos antiadiabéticos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes a su ingreso en un hospital de tercer nivel y valorar su adecuación al Documento de consenso de antiadiabéticos del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en un hospital de tercer nivel (Noviembre 2018-Febrero 2019). Se seleccionaron pacientes hospitalizados con antiadiabéticos insulínicos durante el ingreso. Se recogen: datos demográficos (sexo y edad), antiadiabéticos: a) prescritos en el tratamiento domiciliario, b) pautados durante el ingreso y c) prescritos al alta hospitalaria.

En función de los antiadiabéticos prescritos en el tratamiento domiciliario se comprobó su adecuación al algoritmo de consenso del SESCAM:

Monoterapia:

- 1ª elección: metformina
- 2ª elección: gliclazida / repaglinida
- 3ª elección: pioglitazona / inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4)/ inhibidores del transportador-2 de la bomba de sodio/glucosa (iSGLT2).

1ª Intensificación:

- 1ª elección: metformina+ gliclazida / repaglinida
- 2ª elección: metformina+ pioglitazona / iDDP-4 / iSGLT2

2ª Intensificación:

- 1ª elección: metformina+ gliclazida+ pioglitazona / iDDP-4 / iSGLT2

Insulinización:

- 1ª elección: insulina basal+ antiadiabéticos no insulínicos (ADNI)
- 2ª elección: insulina bifásica+ ADNI

Intensificación:

- Cambio de régimen de insulinización

Los datos se obtuvieron del módulo de Unidosis de Farmatools® e historia clínica electrónica MambrinoXXI y se recogieron en Tabla Excel®.

Resultados: Se evaluaron 114 pacientes (50,9% mujeres) con edad media 77,9 años (50-98 años). El 82,5% eran mayores de 65 años.

El 41,2% (47) de pacientes estaban en tratamiento con ADNI; 30,7% (35) con antiadiabéticos insulínicos (ADI); 20,2% (23) con ambos y 7,9% (9) sin tratamiento antiadiabético domiciliario.

De los pacientes con antiadiabéticos no insulínicos, el 46,8% (22) estaban en el escalón de monoterapia; 31,9% (15) en 1ª intensificación; 6,4% (3) en 2ª intensificación y 14,9% (7) no se ajustaron al algoritmo, dos de ellos tenían duplicado un ADNI, uno con doble prescripción de metformina y el otro de dapaglifozina. De los pacientes con ambos tipos de antiadiabéticos: el 78,3% (18) estaban en insulinización; 8,7% (2) en intensificación y 13% (3) no se ajustaron al algoritmo.

Los ADNI más prescritos fueron: metformina (34,9%), linagliptina (18,3%), sitagliptina (13,8%) y repaglinida (12,8%). Por grupos terapéuticos: iDPPA (39,4%), biguanidas (34,9%) y meglitinidas (12,8%).

Durante el ingreso el 7,9% (9) de pacientes mantuvieron la totalidad del tratamiento antiadiabético domiciliario. Al alta hospitalaria el 45,6% (52) mantuvieron el tratamiento antiadiabético; 35,1% (40) cambiaron a/de tratamiento antiadiabético; 4,4% (5) continuaron sin tratamiento antiadiabético y 14,9% (17) fueron exitus.

Conclusiones: La mayoría (85,7%) de los pacientes se adecuaron al Documento de consenso del SESCAM. El antiadiabético más utilizado fue metformina y por grupo terapéutico fueron los iDPP4. El consumo de antiadiabéticos se ha incrementado en los últimos años por lo que es necesario establecer un algoritmo de manejo terapéutico para hacer la mejor selección posible y crear equipos multidisciplinares para garantizar la adecuada prescripción de antiadiabéticos en la población.

Conflicto de intereses: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

VERACIDAD DE ALERTAS POR ALERGIA A MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Mendoza Acosta I1, Pérez Maroto MT1, Vega Castro A2, Blanco Crespo M1, Lavandeira Pérez M1, Horta Hernández AM1. Servicio de Farmacia1, Servicio de Alergia2. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen un problema importante en la práctica clínica diaria. Las RAM pueden ser tipo A, atribuibles a efectos farmacológicos del medicamento o tipo B, de hipersensibilidad.

A menudo la historia clínica (HC) del paciente recoge información no validada sobre alergia a medicamentos (AM). Estas AM dudosas (AMd) cuestiona la validez de las alertas generadas.

El objetivo de nuestro estudio fue comprobar la veracidad de las AMd en pacientes hospitalizados.

Métodos: Estudio transversal de una semana realizado en junio de 2018 en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en nuestro hospital. Se seleccionaron aquellos que tenían alguna AM en su HC, de Atención Primaria y/o Especializada. Las variables recogidas fueron: demográficas, farmacológicas (número y tipo de medicamentos implicados e historial farmacológico), y variables relacionadas con la alerta (fuente de información de la AMd, anulación de AMd por el Servicio de Alergia y fecha de introducción).

Se definió persistencia de la alerta como el tiempo desde su introducción en la HC hasta el ingreso del paciente en el hospital.

Para evaluar la probabilidad de que las AMd fueran RAM-A o RAM-B, las HC fueron revisadas por el Servicio de Alergia. En aquellos casos en los que no existía información sobre la AMd en la HC, se entrevistó a los pacientes o sus familiares.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v.15

Resultados: En la semana de estudio ingresaron 373 pacientes. El 17,2% tenían alguna AM y de estos, el 84,4% era una AMd.

La mediana de edad fue 75,1 años (RIC: 55,0-84,1). El 63,0% eran mujeres. Se realizó entrevista personal en 13 pacientes.

El total de medicamentos incluidos en las AMd fue 75. Los más frecuentes fueron: betalactámicos 20%, antiinflamatorios no esteroideos 14,7%, quinolonas 6,7% y otros antibióticos 6,7%.

El 75,9% de los pacientes tenían 1 AMd, 13% 2, 9,3% 3 y un paciente tenía 5 AMd.

En 44,0% la fuente de información fue el paciente, en 6,7% el médico de Atención Primaria, 4% el familiar, 4% el especialista y en el 41,3% no había datos.

El 24% de las AMd habían sido anuladas. La mediana de persistencia fue de 5,4 años (RIC:2,0-9,5).

En 14,7% de las AMd, el paciente había tolerado el medicamento después de la introducción de alerta. La persistencia fue de 10,6 años (RIC:6,4-14,5).

Las AMd que no habían sido anuladas o el paciente no había tolerado el medicamento fueron 51. El 54,9% fueron inespecíficas según lo descrito en la HC, el 17,6% eran sugestivas de RAM-A y el 27,5% de RAM-B.

Conclusiones: El registro de AMd en pacientes hospitalizados es frecuente.

Más de la mitad de AMd fueron clasificadas como inespecíficas.

Un elevado porcentaje de pacientes mantenían la alerta por AMd a pesar de haber tolerado el medicamento o haber sido anulada por el Servicio de Alergia.

Diseñar circuitos y herramientas válidas que eviten el registro de alertas erróneas o contradictorias, contribuye a mantener la seguridad de los pacientes hospitalizados.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

PERFIL DE SEGURIDAD DE APREMILAST EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Mendoza Acosta I, Blanco Crespo M, Horrillo Sánchez de Ocaña P, Yuste Gutiérrez A, Tardáguila Molina P, Horta Hernández AM. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Apremilast es un fármaco oral autorizado en España en 2015 para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica (APs). La seguridad en el tratamiento de la psoriasis ha sido estudiada en el estudio ESTEEM 1 y 2 y la APs en el estudio PALACE 1, 2 y 3. Sin embargo, los datos en vida real son escasos. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad de apremilast en la práctica clínica diaria.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo realizado en un hospital de segundo nivel en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron apremilast desde enero 2016 hasta enero 2019.

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica y el módulo de pacientes externos de Farmatools®. Se recogieron variables demográficas, tratamiento previo, duración de tratamiento con apremilast, motivo de retirada y aparición de efectos adversos (EA).

El análisis estadístico se realizó con el programa informáticos SPSS v15.0®.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con una mediana de edad de 51,4 años (RIC: 42,4-60,9), 49,1%(28) mujeres. El 66,7%(38) de los pacientes estaban diagnosticados de psoriasis frente a un 33,3%(19) de APs. La mediana de duración de la enfermedad fue de 6,6 años (RIC: 3,0-15,2).

Todos los pacientes habían recibido algún fármaco modificador de la enfermedad (FAME) tradicional y el 22,8%(13) al menos un FAME biológico previo.

El 70,2%(40) de pacientes desarrollaron algún EA con una mediana de 2 EA por paciente (RIC:1-4). El 37,5%(15) de los pacientes tuvieron 1 EA, 47,5%(19) entre 2-5 y el 2,5%(1) más de 5 EA.

Los EA más frecuentes fueron: diarrea 50,0%(20), náuseas y/o vómitos 37,5%(15), dolor abdominal 30,0%(12), hiporexia y/o pérdida de peso 30,0%(12), cefalea 17,5%(7), reflujo gastroesofágico 17,5%(7), fatiga 15,0%(6), cambios de humor 12,5%(5), insomnio 7,5%(3), dolor articular 7,5%(3), dolor lumbar 5,0%(2), tos 5,0%(2). EA como escalofríos, fiebre, hormigueo, infección, prurito, rash cutáneo o sudoración fueron descritos cada uno en un 2,5%(1).

En los pacientes que desarrollaron EA, la mediana del tiempo hasta la aparición del primer EA fue de 5 semanas (RIC: 3,2-6,8).

La intolerancia fue la causa de retirada de apremilast en el 10,5%(6) de los pacientes.

Conclusiones: En este estudio, un alto porcentaje de pacientes presentó EA a apremilast durante las 5 primeras semanas de tratamiento.

Los trastornos gastrointestinales constituyeron los EA más frecuentes, siendo en algunos casos el motivo de suspensión.

El farmacéutico hospitalario tiene un papel importante en la vigilancia, información y asesoramiento sobre el control de los EA.

Sería interesante comparar el perfil de seguridad y la persistencia del apremilast frente a otras alternativas terapéuticas disponibles en el tratamiento de la psoriasis y APs.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS INMUNORRELACIONADAS A INHIBIDORES DE PUNTO DE CONTROL

Pérez Margallo, ME, Romero Martín C, De la Calle Riaguas B, Gómez Espinosa P, Iranzu Aperte MC, González Ageitos AM. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

Objetivo: Describir las reacciones adversas (RA) relacionadas con el sistema inmunitario derivadas del tratamiento con inhibidores de puntos de control: anti PD-1 (Nivolumab, Pembrolizumab), anti PD-L1 (Atezolizumab y Durvalumab) y anti CTLA-4 (Ipilimumab), así como su gravedad y tiempo de aparición.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento entre agosto de 2015 y diciembre de 2018 en un hospital general.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada Mambrino[®] y del módulo de pacientes ambulatorios Farmatools[®]. Se recogieron las variables: demográficas (edad, sexo), fármaco administrado, fecha de inicio y fin de tratamiento, número de ciclos, RA inmunorrelacionadas: grado (criterios NCI-CTCAE v4.0) y motivo de interrupción.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes: 54 (75%) hombres. Mediana de edad 64 (30-88) años. Nivolumab se administró en 46 (63.9%) pacientes, 14 (19.4%) Pembrolizumab, 4 (5.6%) Atezolizumab, 3 (4.2%) Durvalumab, 3 (4.2%) combinación Ipilimumab y Nivolumab, 2 (2.8%) Ipilimumab. Los pacientes que presentaron alguna RA inmunorrelacionada durante el tratamiento fueron 35 (48.6%). Se registraron 63 RA (1.8 RA/paciente): 18 (28.6%) cutáneas, 12 (19%) digestivas, 11 (17.5%) endocrinas, 7 (11.1%) astenia, 5 (7.9%) pulmonares, 5 (7.9%) hepáticas, 4 (6.3%) renales y 1 (1.6%) insuficiencia suprarrenal. Las RA más frecuentes según el tipo de inhibidor de punto de control se describen en la siguiente tabla:

	Inhibidor CTLA-4	Inhibidor PD-1/PD-L1	Combinación
Piel	2 (3.2%)	14 (22.2%)	2 (3.2%)
*Rash	2 (3.2%)	14 (22.2%)	2 (3.2%)
Gastrointestinal	1 (1.6%)	9 (14.3%)	2 (3.2%)
*Diarrea	0	6 (9.5%)	1(1.6%)
*Colitis	1(1.6%)	3 (4.8%)	1(1.6%)
Pulmonar	1(1.6%)	4 (6.3%)	0
*Tos o disnea	0	2 (3.2%)	0
*Neumonitis	1(1.6%)	2 (3.2%)	0
Hígado (transaminitis)	0	4 (6.3%)	1 (1.6%)
Endocrino	0	10 (15.9%)	1 (1.6%)
*Efecto de tiroides	0	9 (14.3%)	1(1.6%)
*Hipofisitis	0	1(1.6%)	0
Renal	0	3 (4.8%)	1 (1.6%)
*Nefritis	0	3 (4.8%)	1(1.6%)
Insuficiencia suprarrenal	0	0	1 (1.6%)
Astenia	0	6 (9.5%)	1 (1.6%)

Las RA de grado 3-4 fueron 13 (20.6 %): 2 (3.2%) cutáneas, 2 (3.2%) neumonitis, 1 (1.6%) hipofisitis, 4 (6.3%) colitis, 2 (3.2%) hepatitis, 1 (1.6%) nefritis, 1 (1.6%) insuficiencia suprarrenal. El resto fueron: 16 (25.4%) grado 2 y 34 (54%) grado 1. La mediana de ciclos en los que apareció la RA fue 7 (1-60).

La presencia de toxicidad hizo necesaria la discontinuación del tratamiento en 12 (34.4%) pacientes. El tratamiento se suspendió definitivamente en 9 (25.7%) pacientes: 1 (2.8%) neumonitis, 2 (5.7%) colitis, 2 (5.7%) cutánea, 2 (5.7%) nefritis, 1 (2.8%) hipofisitis y 1 (2.8%) hepatitis.

Conclusión: La RA más común fue la cutánea (28.6%), seguida de digestiva (19%) y endocrina (17.5%). La mayoría de las RA (79.4%) son de leves a moderadas. En el 25.7% de los pacientes con RA fue necesario la suspensión definitiva y el 34.3% suspensión temporal del tratamiento.

Las RA debidas a la inmunoterapia pueden surgir en cualquier momento durante el tratamiento, siendo la mediana del número de ciclos 7 (1-60).

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

SEGURIDAD Y PERSISTENCIA DE NINTEDANIB Y PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Blanco Crespo M, Carrasco Gomariz M, Mendoza Acosta I, Sanchez de Castro M, Álvarez Nonay AL, Horta Hernández AM

Objetivos: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar crónica y progresiva de causa desconocida.

El objetivo de este estudio es analizar el perfil de seguridad y persistencia de pirfenidona y nintedanib, fármacos autorizados en el tratamiento de la FPI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes con FPI en tratamiento con nintedanib y/o pirfenidona desde agosto 2015 a enero 2019. Para la recogida de datos se utilizó la historia clínica electrónica (Mambrino XXI[®]) y el módulo de pacientes externos de Farmatools[®]. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fármaco prescrito, dosis recibida, efectos adversos (EA), cambio de fármaco, duración del tratamiento y motivo del cambio/suspensión.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0[®]. La comparación de medias del número de EA se realizó mediante la prueba estadística U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el período de estudio 23 pacientes en total recibieron tratamiento antifibrótico: 14(60,9%) fueron tratados con pirfenidona y 9(39,1%) con nintedanib como primera opción terapéutica. En 6(26,1%) pacientes se realizó un cambio de fármaco, utilizándose pirfenidona en 4 pacientes y nintedanib en 2 como segunda opción. La mediana de edad fue 72,5 años (RIC: 69,1-78,7). El 17,4% eran mujeres.

Se registraron EA en 13(72,2%) pacientes en tratamiento con pirfenidona y 7(63,6%) con nintedanib.

La media de EA/paciente con pirfenidona fue de 1,2±1,1 frente a 0,82±0,87 con nintedanib (p=0,387)

En el grupo de pirfenidona, 5(38,5%) pacientes presentaron 1 EA, 3(23,1%) 2 EA, 2(15,4%) 3 EA y 3(23,1%) 4EA. Los EA más frecuentes fueron: dispepsia 5(38,5%), diarrea 4(30,8%), náuseas 4(30,8%), cansancio 3(23,1%), dolor abdominal 2(15,4%), pérdida de peso 1(7,7%), cefalea 2 (15,4%), fotosensibilidad 1 (7,7%), mareo 1 (7,7%).

En el grupo de nintedanib, 3(42,9%) pacientes presentaron 1 EA, 4(57,1%) 2 EA. Los EA observados fueron: diarrea 6 (85,7%), náuseas 2(28,6%), aumento de enzimas hepáticas 2(28,6%), dispepsia 1(14,3%).

Se realizó cambio de tratamiento de pirfenidona a nintedanib en 2 pacientes por intolerancia. En el grupo de nintedanib, se cambió a pirfenidona en 4 pacientes (2 por intolerancia y 2 por interacción).

En 6 pacientes (26,1%) se redujeron las dosis de fármaco y en 12(52,2%) se suspendió el tratamiento. Los motivos de suspensión fueron: 4 por progresión de enfermedad, 3 por exitus, 3 por intolerancia y 2 por interacción.

La persistencia a los 12 y 24 meses con pirfenidona fue 88,1% y 25,2% y con nintedanib fue 80,8% y 16,2% respectivamente (Long Rank: 0,36).

Conclusiones: Ambos fármacos presentan una elevada incidencia de EA, que requieren con frecuencia reducciones de dosis y/o interrupciones del tratamiento.

En consonancia con los ensayos clínicos, se ha observado que el perfil de seguridad se caracteriza principalmente por la toxicidad gastrointestinal.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la persistencia entre pirfenidona y nintedanib.

Se requieren estudios con un mayor tamaño muestral y mayor potencia estadística que apoyen los resultados obtenidos.

NO CONFLICTO DE INTERESES

[\(Enlace al póster\)](#)

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Anguita Montenegro, B.; Luque Jiménez, M.; Moreno Perulero, ML.; Vila Torres, E.; Rodríguez Martínez, M.

Objetivos: Analizar la adecuación de las prescripciones de inhibidores de la bomba de protones (IBP) según las últimas recomendaciones relativas al uso apropiado de este grupo terapéutico.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra de pacientes obtenida a través del informe PA13 de la aplicación web Digitalis®, siendo los parámetros del informe utilizados: 1. Escenario: gerencia de atención especializada, 2. uso regular (mínimo seis meses) del subgrupo terapéutico de la OMS A02BC, 3. Fecha; noviembre 2017- octubre 2018. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), información sobre sus tratamientos farmacológicos (IBP prescrito y otros fármacos potencialmente gastrolesivos concomitantes: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anticoagulantes, antiagregantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y corticoides) y datos clínicos (diagnóstico y antecedentes de hemorragias y úlceras). Toda esta información fue obtenida a través del Visor Clínico de Mambrino XXI ®. Tras la revisión de distintas guías clínicas, cada paciente fue valorado según las recomendaciones de uso de IBP elaboradas por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco y el algoritmo de deprescripción de IBP de la Sociedad Canadiense de Médicos de Familia, aconsejándose la deprescripción en función del potencial gastrolesivo de los fármacos concomitantes y de factores de riesgo de los pacientes (edad y antecedentes). La deprescripción se exceptúa en pacientes diagnosticados de esofagitis grave y esófago de Barret. La variable principal del estudio fue la adecuación de las prescripciones a estas recomendaciones.

Resultados: De los 230 pacientes detallados en el PA13, se seleccionaron y analizaron los 50 primeros de forma secuencial, siendo 23 mujeres y 27 hombres, con una edad mediana de 67,8 años (DE: 14,5) (26 pacientes mayores de 65 años, 52%). Los IBP más prescritos fueron pantoprazol (44 y 40% respectivamente), encontrando rabeprazol y lansoprazol prescritos en cinco y tres pacientes (10 y 6% respectivamente). El número de pacientes tratados concomitantemente con fármacos gastrolesivos fue 27 (54%), de los cuales tres (6%) tenían prescrito más de uno; cinco pacientes estaban en tratamiento con AINE (10%), 12 con antiagregantes (24%), seis con anticoagulantes (12%), seis con ISRS (12%) y dos con corticoides (4%). En relación a los datos clínicos, tres pacientes presentaban antecedentes de úlcera péptica (6%) y dos de hemorragia (4%). Una paciente tenía diagnosticado esófago de Barret por lo que no estaba indicada la deprescripción. De los 50 pacientes, 15 se adecuaban a las recomendaciones (30%). Los pacientes restantes se dividen en dos grupos: pacientes cuyas prescripciones no se consideran adecuadas (32 pacientes, 64%) y pacientes cuyas condiciones permitirían individualizar la prescripción y considerarse adecuadas (tres pacientes, 6%).

Conclusiones: Existe un gran porcentaje de pacientes con un IBP prescrito en su medicación habitual que no está adecuado a las recomendaciones actuales (64%). Parece necesaria la difusión de estas para el uso apropiado de IBP en nuestra gerencia de atención integrada y posteriormente valorar el impacto de esta medida. Como objetivo futuro proponemos el seguimiento de la prescripción de este grupo de fármacos y la posibilidad de implantar un programa de deprescripción de IBP.

Las autoras no declaran ningún conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

ASOCIACIÓN ENTRE USO DE METFORMINA Y DEFICIT DE VITAMINA B12 EN ANCIANOS

Lavandeira Pérez M.; Martín Alcalde E.; Tardáguila Molina P.; Mendoza Acosta I.; Horrillo Sánchez de Ocaña P.; Horta Hernández A.M. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La deficiencia de vitamina B12 es un problema muy frecuente, especialmente en ancianos. Las principales causas son un bajo aporte exógeno, mala digestión por aclorhidria o gastrectomía y malabsorción de la vitamina. Existen varios fármacos que pueden interferir en la absorción, como la metformina o los inhibidores de la bomba de protones (IBPs).

En los ancianos puede darse una suma de factores. Suele existir cierto grado de malabsorción por baja acidez gástrica, menor aporte de proteínas en la dieta, mayor grado de gastritis atrófica y la eventual toma de fármacos que puedan interferir.

Metformina generalmente se prescribe como primera línea del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II (DMII) por su gran eficacia clínica y bajo riesgo de hipoglucemias. Además, su uso en ancianos está muy establecido. Sin embargo, la metformina puede incrementar el riesgo de padecer deficiencia de vitamina B12. El objetivo del estudio fue comparar el déficit de vitamina B12 en pacientes ancianos tratados con metformina frente a los tratados con otras terapias antidiabéticas.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en todos los pacientes ancianos institucionalizados en los centros socio-sanitarios cuya prestación farmacéutica es gestionada por el Servicio de Farmacia del hospital.

Las variables analizadas fueron, edad, sexo, DMII, terapia antidiabética, suplementación de vitamina B12 y administración concomitante de IBPs.

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS v.15. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para analizar las diferencias en la proporción de variables categóricas.

Resultados:

Se analizaron un total de 306 pacientes ancianos institucionalizados, de los cuales 77 eran diabéticos tipo II. La mediana de edad fue de 87 años (RIC: 81-89). El 72,7% (n=56) fueron mujeres. El 41,6% (n=32) de los pacientes tenía prescrito metformina como terapia antidiabética y el 58,4% (n=45) otras terapias. El 45,5% (n=35) de los pacientes estaban suplementados con vitamina B12, de ellos, el 59,4% (n=19) estaban tratados con metformina y el 35,6% (n=16) con otras terapias.

La suplementación con vitamina B12 fue significativamente mayor en el grupo en tratamiento con metformina ($p=0,038$). Además, un 60% (n=21) de los pacientes tratados con metformina, llevaban pautado un IBP pudiendo agravar aún más el déficit de vitamina B12.

Conclusiones: El riesgo de padecer déficit de vitamina B12 se ve incrementado en los pacientes tratados con metformina. Se debe prestar especial atención a la población anciana ya que el déficit de vitamina B12 puede desencadenar sintomatología anémica, alteraciones digestivas (diarrea, anorexia) y neurológicas (parestias, debilidad, demencia).

Por tanto, sería necesario determinar los niveles de vitamina B12 de manera periódica, antes del inicio del tratamiento con metformina y al menos 1 año después de continuar con el mismo.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA TRANSDÉRMICA EN PACIENTES CON BAJA RESPUESTA OVÁRICA.

Ruiz González, L1; Álvarez Nonay, A1; Castilla González, N2; Matarranz Pascual, I2; Luna Lago, C3 y Herráiz Nicuesa, L3. 1. Servicio de Farmacia, Clínica La Antigua, Guadalajara .2. Servicio de Ginecología, FIV Laber Guadalajara 3. Servicio de Embriología, FIV Laber Guadalajara

Objetivos: El tratamiento de pacientes con pobre respuesta ovárica sigue siendo uno de los retos más difíciles de la medicina reproductiva. El presente estudio tiene como objetivo establecer la efectividad de un tratamiento previo con testosterona transdérmica en este tipo de pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado, entre julio 2018 y enero de 2019, en mujeres con diagnóstico de sospecha de baja reserva ovárica (de acuerdo con los criterios de Bologna), que en un ciclo previo de fecundación in vitro con microinyección intracitoplasmática (FIV- ICSI) habían tenido una pobre respuesta ovárica. Posteriormente, en el segundo ciclo FIV-ICSI, todas las pacientes recibieron tratamiento con testosterona transdérmica en gel (10 mg cada 12 horas) durante 20-25 días previos a la estimulación ovárica.

Las variables recogidas fueron: edad, niveles medios de hormona antimülleriana (ng/ml), número de folículos mayores de 14 mm de diámetro al finalizar la estimulación ovárica, número de ovocitos y ovocitos maduros tras la punción folicular y embriones fecundados. Se compararon los datos obtenidos en ambos ciclos, analizándose con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se analizaron un total de 19 pacientes con una mediana de edad de 39 (RI 30-41). Los niveles medios de hormona antimülleriana fueron de 1,11 ng/ml.

	Ciclo 1 (Mediana, RI)	Ciclo 2 (Mediana, RI)
Folículos mayores de 14 mm de diámetro	3 (4-2)	7 (9-3)
Número de ovocitos	2 (4-2)	6 (9-2)
Ovocitos maduros	2 (3-1)	6 (9-2)
Embriones fecundados	2 (2-0)	3 (6-1)

El número de folículos mayores de 14 mm de diámetro, ovocitos maduros y embriones fecundados fueron significativamente mayores en el ciclo con testosterona ($p < 0,05$).

Conclusiones: El tratamiento previo con testosterona transdérmica en pacientes con pobre respuesta ovárica aumenta la sensibilidad ovárica a la hormona foliculoestimulante y, por tanto, la respuesta folicular al tratamiento con gonadotropinas, considerándose una buena opción en pacientes con pobre respuesta ovárica.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE INDICADORES ASOCIADOS A TERAPIA BIOLÓGICA AUTOINMUNE INTRAVENOSA EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Araque Arroyo, P; Martínez Mayordomo, J; Alañón Pardo, MM; Conde García, MC; Valenzuela Gámez, JC; Sánchez Serrano, JL. Hospital General La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan).

Objetivos: Analizar el grado de adecuación de la terapia biológica autoinmune intravenosa (IV) en digestivo a los indicadores de calidad propuestos en la Comisión de Biológicos de nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de un año de seguimiento (2018) llevado a cabo en un hospital general de 350 camas.

Se ha hecho el análisis de adecuación para los siguientes indicadores: **a) % pacientes intensificados** con terapia biológica a fin de 2018 (aumento de dosis y/o acortamiento de intervalo): *Valor indicador: dato informativo*; **b) % pacientes optimizados** con terapia biológica a fin de 2018 (disminución de dosis y/o espaciado de intervalo): *valor indicador: dato informativo*; **c) % pacientes en tratamiento con infliximab biosimilar** a fin de 2018: *Valor indicador: >40%*.

Fármacos objeto de estudio: infliximab, infliximab biosimilar y vedolizumab.

Patologías de estudio: Enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

Además, se ha calculado el ahorro que ha supuesto la implantación de infliximab biosimilar en nuestro centro.

Resultados: Durante el periodo de estudio han recibido terapia biológica IV 79 pacientes (84,8% de infliximab; 15,2% de vedolizumab).

A fin de 2018, el 12,7% de los pacientes se encuentran intensificados (14,9% con infliximab, 0% con vedolizumab). De los pacientes tratados con infliximab: a) el 73,1% correspondía a pacientes diagnosticados de EC y de éstos el 14,3% estaban intensificados (7 pacientes); b) de los pacientes con CU (26,9%) estaban intensificados el 16,7% (3 pacientes).

En todos los pacientes la estrategia de intensificación ha sido acortamiento de intervalo.

Del total de pacientes en tratamiento con infliximab, 7 pacientes (10,5%) se encuentran optimizados (6 pacientes están espaciados y 1 paciente con disminución de dosis). De los pacientes optimizados, el 71,4% de los pacientes son EC. No hay ningún paciente optimizado con vedolizumab.

El 77,6% de los pacientes se encuentran en tratamiento con infliximab biosimilar (79,6% de los pacientes con EC y 72,2% de los pacientes con CU) a fin de 2018.

En el año 2018, la implantación de infliximab biosimilar en nuestro centro (cambio a infliximab biosimilar en pacientes en tratamiento con el fármaco original, así como inicio con el medicamento biosimilar en todos los pacientes nuevos) ha supuesto un ahorro de 158.130€.

Conclusiones: El análisis de la utilización de la terapia biológica IV en patología digestiva en nuestro centro revela que, al final del periodo de estudio, un 12,7% de los pacientes están intensificados, mientras que un 10,5% lo están optimizados, lo cual nos motiva a seguir impulsando esta línea de trabajo.

Por su parte, en torno al 80% de los pacientes se encuentran ya en tratamiento con infliximab biosimilar. Si se tiene en cuenta que el medicamento biosimilar en nuestro centro es aproximadamente un 35% más barato que el original el dato obtenido es crucial en la gestión de los recursos en la práctica hospitalaria y resalta la importancia de una actuación coordinada de los Servicios clínicos implicados permitiendo que la accesibilidad a este tipo de terapias sea mayor.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

EFICIENCIA Y COSTE-EFECTIVIDAD DE VARIOS REGÍMENES ANTIRRETROVIRALES EN DOS AÑOS CONSECUTIVOS

Horrillo Sánchez de Ocaña, P; Mendoza Acosta, I; Blanco Crespo, M; Ruiz González, L; Horta Hernández, A; Torralba, M. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Una terapia antirretroviral óptima debe reducir costes garantizando la efectividad. La biterapia y monoterapia han ganado protagonismo, pero el impacto en la eficiencia global de estas nuevas estrategias se desconoce.

Últimamente, la aparición de genéricos ha contribuido a reducir el coste de algunas de estas terapias, como la biterapia con lamivudina y dolutegravir, avalada por los buenos resultados del estudio GEMINI.

El objetivo de este estudio fue analizar la evolución de la eficiencia en la terapia antirretroviral en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo 2017-2018 donde se recogieron datos de tratamientos de VIH del hospital. Las variables recogidas fueron: n.º pacientes, terapia, fecha, coste mensual y carga viral (CV). Se evaluaron las eficiencias de las distintas estrategias (monoterapia, biterapia, y triple terapia con: 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos nucleosídicos (ITIAN) +1 inhibidor de la proteasa potenciado (IP), 2 ITIAN + 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleosídico (ITINN) y 2 ITIAN +1 inhibidor de la integrasa (INI)). La eficiencia se calculó como coste directo/probabilidad de CV<50 o 200 copias/mL. Para la comparación de porcentajes y medias de coste y eficiencia, se empleó la prueba de McNemar y la t de Student de datos apareados. Los datos fueron analizados con el software estadístico Stata®

Resultados:

Se trataron 345 pacientes en 2017 (monoterapia 11,3%, biterapia 3,2%, 2 ITIAN+1 IP 7%, 2 ITIAN+1 ITINN 25,2%, 2 ITIAN+1 INI 52,7%, otras 0,6%), y 374 pacientes en 2018 (monoterapia 10,4%, biterapia 11,5%, 2 ITIAN+1 IP 9,4%, 2 ITIAN+1 ITINN: 23%, 2 ITIAN+1 I.int: 45,2%, otras:0,5%).

El coste promedio por paciente fue de 510 €/mes en 2017 y de 528 €/mes en 2018. La eficiencia en 2017 fue de 607 €/mes (con CV<50 copias/mL) y 526 €/mes (con una CV<200 copias/mL). La eficiencia en 2018 fue de 621 €/mes (con CV<50 copias/mL) y 555 €/mes (con una CV<200 copias/mL). Analizando solo los pacientes en tratamiento en ambos periodos, existe un incremento de costes directos de 20 €/paciente/mes (IC95%: 4-36 €/mes; p<0,001).

En 2017 la eficiencia de la monoterapia, biterapia, 2 ITIAN+ 1 IP, 2ITIAN + 1ITINN y 2 ITIAN +1 INI fueron de 470, 731, 647, 449, 926 €/mes (con CV<50 copias) y de 371, 548, 611, 458, 793 €/mes (con CV<200 copias). En 2018 la eficiencia fue de 439, 547, 796, 521, 708 y €/mes (con CV<50 copias) y de 368, 490, 678, 495 y 628 €/mes (con CV<200 copias).

Las pautas con IP disminuyeron la posibilidad de CV<50 copias/ml (OR:0,41, IC95%:0,18-0,95 p=0,031) o 200 copias/mL. (OR:0,24, IC95%:0,08-0,71 p=0,018)

De 2017 a 2018 aumentó significativamente la biterapia (p<0,001) y disminuyó significativamente la pauta de 2 ITIAN+1 INI (p= 0,001).

Conclusiones:

Durante el periodo de estudio la monoterapia, biterapia y triples terapias con ITINN fueron globalmente más eficientes que el resto de estrategias clásicas de triple terapia.

La eficiencia ha disminuido discretamente de 2017 a 2018. Existe una tendencia a la prescripción de biterapia a costa del descenso en las pautas de INI.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: UN PASO ADELANTE EN EL VIH

1Mallol Yañez MA, 1Arias Águila VL 2González Gasca FJ, 2Porras Leal ML, 2Gijón Rodríguez J, 1Pérez Serrano R.1Servicio de Farmacia. 2Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: Tras el acuerdo entre los Servicios de Farmacia, Medicina Interna y la Dirección del Hospital, en abril de 2017 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar (GTM) para ofrecer al paciente con VIH una atención integral. Este grupo tiene como objetivo principal la revisión del tratamiento antirretroviral (TAR), así como el tratamiento habitual, y su optimización. Está compuesto por tres médicos internistas y dos farmacéuticos. Se reúne aproximadamente cada dos semanas y se consensuan tratamientos tanto de pacientes NAIVE como pacientes en seguimiento. La toma de decisiones se fundamenta en las recomendaciones de las guías GESIDA y REFATER.

El objetivo de este trabajo es analizar la actividad y los resultados en salud tras la formación de un GTM para el paciente con VIH.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se analizó la actividad del GTM desde abril de 2017 a septiembre de 2018. Se recogieron variables para valorar la eficacia (carga viral y CD4), TAR del paciente previo, el consensuado tras la reunión y causas del cambio en el caso de que así se acordara.

Asimismo, se recogieron datos de dos cortes temporales: uno antes de la formación del GTM (enero 2017) y otro posterior (septiembre 2018); se compararon las siguientes variables: nº de comprimidos por pacientes/día para el TAR (nºcomp), nº de pacientes con TAR en biterapia o monoterapia (MoB), nº de pautas preferentes/alternativas GESIDA, nº pautas no incluidas en GESIDA y coste estimado paciente/año (precio de compra).

Resultados: Se han realizado 19 reuniones, en las que se han consensuado 106 TAR de 88 pacientes diferentes (87 revisiones y 19 inicios de TAR). Dentro de los inicios, 16 fueron pacientes NAIVE (100% pautas preferentes GESIDA), 2 reinicios (pacientes que abandonaron el TAR hace tiempo y deciden reiniciarlo) y 1 profilaxis post exposición.

De las 87 revisiones, se consensuaron 63 cambios de TAR. El principal motivo de cambio fue: evitar o prevenir reacciones adversas (RA) (57,1%), toxicidad (14.2%) y simplificación del TAR (12.6%), efectividad (8,2%) y otros motivos (7.9%). En el 36.6% (N=26) de las revisiones se consensuó un cambio del TAR a biterapia, actualmente se disponen de datos post-cambio de 13 pacientes. El 100% de estos pacientes tenían CV indetectable y en el 7,7% (N=1) hubo un aumento clínicamente significativo en el número de los CD4.

En 2017 había 206 pacientes con TAR; el nºcomp fue de 2.09; el 5.3% eran MoB, el 41.7% eran pautas preferentes/alternativas GESIDA, el 20% fueron NoGESIDA y coste anual medio por paciente fue de 6.402 euros. En 2018, había 238 pacientes con TAR; el nºcomp fue de 1.79; el 13,4% eran MoB, el 65.5% eran pautas preferentes/alternativas GESIDA, el 9.2% fueron NoGESIDA y el coste medio por paciente fue de 6.299 euros.

Conclusiones: El GTM para el TAR permite disminuir la variabilidad en los tratamientos y ha conseguido optimizar este tipo de tratamientos, mejorando la seguridad (pautas con menor toxicidad e incremento de biterapias), la efectividad (mayor proporción pautas preferentes/alternativas GESIDA y menor de pautas no GESIDA) la conveniencia (menor nºcomp) y eficiencia (menor coste estimado paciente/año).

Conflicto de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

LA DESPRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS PARA LA OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

Portela Sotelo, A.; Vicente De La Morena, P.; Martínez Valdivieso, L.; Flor García, A.; Marco Tejón, E.; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen De La Luz. Cuenca.

Objetivos: Evaluación del impacto obtenido tras las recomendaciones del SESCAM dirigidas a la optimización del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes diabéticos en tratamiento con ≥ 4 antidiabéticos no insulínicos (ADNI). Analizar la efectividad tras la desprescripción.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal, realizado en nuestra área de salud en colaboración entre Farmacia de Atención Primaria y Hospitalaria. Tras la publicación del "Documento de consenso sobre el posicionamiento de los ADNI en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo2" (enero'18) se llevó a cabo su difusión, complementándola desde el Servicio de Farmacia (SF) con sesiones clínicas formativas (SCF) (enero-diciembre'18) y recomendaciones farmacoterapéuticas individualizadas (agosto'18), dirigidas al médico de Atención Primaria, en los pacientes en tratamiento concomitante con ≥ 4 ADNI.

Se obtuvieron los pacientes diana a través de Digitalis® (marzo'18), revisando su historia clínica informatizada (HCI) en MambrinoXXI®: comprobando el impacto de las iniciativas emprendidas (marzo-octubre'18) e identificando desprescripción y/o insulinización. Se valoró la efectividad del cambio hasta febrero'19, estableciendo la clasificación de pacientes en función del objetivo de control glucémico: a)HbA1c<7, b)HbA1c<8, c)Esperanza de vida limitada (EVL) sin objetivo de HbA1c (buen control: ≤ 130 mg/dl glucemia basal media). Basándonos en el documento "Standards of Medical Care in Diabetes" (2018) de la "American Diabetes Association" (ADA), se valoró el control glucémico tras desprescripción: trimestral con objetivos de HbA1c en grupos a) y b), y medición de glucemia basal en EVL.

Se registraron las SCF y finalmente, se analizó el impacto de la recomendación individualizada realizada por el SF.

Se elaboró una base de datos Microsoft Excel®. Variables: sexo, edad, comorbilidades, tratamiento (inicial/modificaciones producidas), SCF, recomendación SF (Si/No), HbA1c y glucemia. Procesamiento estadístico: SPSSv15® (chi-cuadrado). Variables: recomendación SF (Si/No) e impacto (Si/No).

Resultados: Se detectaron 95 pacientes con ≥ 4 ADNI, 64% varones con mediana de 67[40-89] años. Se comprobó desprescripción de 24 ADNI en 21(22%) pacientes. De ellos, 3(3,15%) ADNI fueron sustituidos por insulina. Se clasificaron:

- a)HbA1c<7=2 pacientes. Desprescripción 1(50%): buen control.
- b)HbA1c<8=47 pacientes. Desprescripción 4(8,5%): 75% buen control (1 sin datos).
- c)EVL: 46 pacientes. Desprescripción 16(34.8%): 12,5% buen control (2 sin datos).

En EVL el 69% de los pacientes se realizó control de HbA1c (no necesidad según ADA). En el resto, el 60% cumplió control HbA1c trimestral.

Se registraron 21SCF que corresponde con el 63% de los Centros de Salud (CS) del área.

En 9 pacientes se objetivó desprescripción previa a recomendación del SF, la cual se realizó en 69,7% de los pacientes con 15% de aceptación. En el resto, se detectó un 11,5% de aceptación. Sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,670$) en impacto con/sin recomendación.

Conclusiones: Se objetivó bajo impacto en la desprescripción. Dado el limitado periodo de estudio, se requiere continuar con el seguimiento para ser concluyentes. Asimismo, convendría valorar la adherencia y realizar nuevas SCF en CS sin formación y reforzar los restantes.

El tratamiento con ≥ 4 ADNI podría implicar riesgos, pues hay pocos datos sobre eficacia y seguridad. Es necesario adecuar los controles del seguimiento de la enfermedad con recomendaciones de las guías clínicas para el uso eficiente de los recursos sanitarios.

Conflicto de intereses: No hay.

[\(Enlace al póster\)](#)

NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO, INFLUENCIA DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES EN LA RESPUESTA

Pérez Alpuente, I; Clemente Andujar, M; Plata Paniagua, S; Damasceno Ferreira de Moura, D; Ruiz Sanchez, S; Sanchuz Rubio, F. Hospital General de Albacete. Provincia de Albacete

Objetivo: La finalidad de este estudio es conocer cómo afecta la selección de pacientes a la eficacia, efectividad y seguridad de nivolumab en carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico.

Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde 2 de Febrero de 2016 hasta el 31 de julio de 2018. Pacientes tratados con nivolumab 3 mg/kg en monoterapia para CPNM tras quimioterapia previa. Las variables recogidas: fecha de nacimiento, sexo, status ECOG del paciente al inicio del tratamiento con nivolumab, y mortalidad al final del periodo de estudio, fecha de diagnóstico, estadio al diagnóstico, edad de los pacientes al inicio de tratamiento con nivolumab, línea de tratamiento del esquema empleado con nivolumab, fecha de inicio y fin del tratamiento, número de ciclos administrados, reacciones adversas detectadas, gravedad de las reacciones adversas, Supervivencia libre de progresión (SLP) y Supervivencia Global (SG), principales reacciones adversas, gravedad de las reacciones adversas. Se compararon los resultados obtenidos con los ensayos clínicos realizados para la obtención de la indicación de nivolumab en CPNM: CheckMate 017 (CM017) y CheckMate 057 (CM057).

Resultados: 25 pacientes, mediana de edad a la utilización de nivolumab de 67 (42-83) años frente a una mediana de edad de 62 años (39-85 años) en CM017 y 61 años (37 a 84 años) en CM057. En nuestro estudio mayor porcentaje de pacientes con edad superior a 75 años. Estadio tumoral III-IV en el 84 % de los pacientes, frente a 100% en ensayos clínicos CM. Los pacientes presentaban un ECOG de 0-1 (64 %), 2 (28%), 3 (8 %) y 4 (1 paciente). El ECOG de los pacientes de los estudios CheckMate era de 0 o 1 en el 99 %. Línea de tratamiento: 3ª y posteriores (68%) frente a 1ª y 2ª en 100% en CM. Mediana de ciclos de nivolumab recibidos 3 frente a 8 en CM 017 y 6 en CM057. La respuesta en nuestro estudio: Parcial (12,5%), enfermedad estable (21,0%) y respuesta completa (4%); frente a algún tipo de respuesta o enfermedad estable 50 % en CM017 y 45 % en CM057. La SG de nuestro estudio fue de 7,6 meses, frente 9,2 meses en CM017 y 12,2 meses en CM057. Sobre la toxicidad de nuestro estudio: Fatiga 40,0% (5 G1 y 5 G2), anorexia 32,0% (5 G1 y 3 G2), disnea 28,0% (5 G1 y 2 G2) fiebre 20% (5 G1) y neumonitis 16,0% (2 G1 y 2 G3). La toxicidad es similar a la de los estudios CM.

Conclusiones:

Los criterios de selección de paciente parecen importantes para el pronóstico del tratamiento con nivolumab en CPNM metastásico. Un ECOG y línea de tratamiento avanzados podrían relacionarse con una menor respuesta, así como el ECOG avanzado con un menor número de ciclos administrados.

Debido al alto coste de las terapias inmunológicas, la selección de los pacientes es fundamental para hacer un uso eficiente de los recursos.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

PREVALENCIA DEL USO DE PSICOFÁRMACOS Y SU POTENCIAL INTERACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETORIVIRAL EN PACIENTES VIH, ¿PODEMOS APORTAR ALGO?

1Romero Martín C, 1Pérez Margallo ME, 2Padilla Romero P, 1de la Calle Riaguas B, 1Gómez Espinosa P, 1Irranzu Aperte MC. 1Servicio de Farmacia. 2Servicio de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Objetivos: Los trastornos neuropsiquiátricos suponen una de las comorbilidades más frecuentes en la población VIH. El tratamiento con psicofármacos en esta población es frecuente y puede suponer una potencial interacción con el tratamiento antirretroviral (TAR). Nuestro objetivo fue estudiar las prescripciones de psicofármacos y el perfil de interacciones en una población de pacientes VIH. Como objetivo secundario identificar el número de pacientes candidatos a desprescribir benzodiacepinas.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VIH que acudieron en el mes de octubre 2018 para dispensación de su TAR a la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) en un hospital de tercer nivel. Se registraron las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), TAR actual, prescripción de psicofármacos (benzodiacepinas, antidepresivo, antipsicótico, metadona) e interacciones identificadas y su potencial. En el caso de benzodiacepinas se registraron tratamientos superiores a 4 semanas. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica informatizada y del módulo pacientes externos (Farmatools®). Se clasificaron las interacciones según su potencial (débil, interacción potencial, no coadministrar) utilizando la base de datos online de la Universidad de Liverpool (hiv-druginteractions.org). Se utilizó el algoritmo de desprescripción de benzodiacepinas disponible en desprescribing.org, determinándose dos grupos de pacientes candidatos a desprescribir benzodiacepinas: grupo A: todos los pacientes >65 años y grupo B: 18-64 años aquellos con >4 semanas de tratamiento y sin antecedentes de patología psiquiátrica.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes: el 74,5% (n=76) hombres, mediana de edad 48 [19-81]. El 36,3% (n=37) llevaba prescrito algún psicofármaco: 16,7% (n=17) benzodiacepinas, 11,8% (n=12) antidepresivos, 9,8% (n=10) antipsicótico y 7,8% (n=8) metadona. El 43,2% presentaba más de uno.

Los TAR más prescritos fueron: abacavir/lamivudina/dolutegravir 18,9% (n=7), emtricitabina/tenofovir/darunavir/cobicistat 18,9% (n=7) y emtricitabina/tenofovir/elvitegravir/cobicistat 16,2% (n=6).

Se detectaron un total de 32 interacciones, donde el 40,6% (n=13) fue considerada interacción débil, 53,1% (n=17) interacción potencial y (n=2) no coadministrar. En 5 pacientes las interacciones entre psicofármacos y TAR habían supuesto un motivo para sustitución de la terapia psicofarmacológica. Quetiapina fue el psicofármaco más implicado en interacciones importantes con el TAR: quetiapina-darunavir/cobicistat y quetiapina-lopinavir/ritonavir.

Se identificaron los siguientes pacientes candidatos a desprescripción de benzodiacepinas:

- Grupo A: 2 pacientes
- Grupo B: 8 pacientes

Que suponen un 58,8% (n=10) del total de las prescripciones de benzodiacepinas.

Conclusiones: Casi el 40% de pacientes VIH en tratamiento antirretroviral lleva prescrito algún psicofármaco siendo lo más frecuente el empleo de benzodiacepinas, detectándose casi un 60% de prescripciones candidatas a discontinuación. La prevalencia de interacciones entre los psicofármacos y el TAR es alta, registrándose un 53% de potenciales interacciones. Este estudio destaca la importancia de optimizar el tratamiento psicofarmacológico en estos pacientes por su potencial interacción con el TAR y planteamos como estrategia para su disminución la desprescripción dentro de un equipo multidisciplinar.

No existen conflictos de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

Rodríguez Jiménez E, Martínez Camacho M, Domínguez Barahona A, Toste- Bello Dorta() O, García Marco D(**), Moya Gómez P. Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen del Valle. Toledo (*) Residencia de Mayores Quijote y Sancho. Torrijos (**) Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo*

Objetivos: Evaluar la aplicación del programa de equivalentes terapéuticos (PET) del hospital, en un centro socio-sanitario geriátrico, y estimar el ahorro anual.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, realizado en un centro socio-sanitario que cuenta con dispensación de medicamentos desde el hospital. Este centro socio-sanitario cuenta con un médico de medicina familiar y comunitaria, dos horas diarias. El farmacéutico informó al médico sobre el PET. En una primera etapa se consideraron los siguientes grupos de medicamentos: inhibidores bomba de protones (IBPs), inhibidores de la angiotensina convertasa (IECAs), bloqueantes de los receptores de la angiotensina II (ARA II), antagonistas del Calcio, estatinas, broncodilatadores inhalados para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), suplementos de Calcio y vitamina D, suplementos de Hierro, bifosfonatos semanal, probióticos, medicamentos para hiperplasia benigna de próstata (HBP) e inhibidores selectivos recaptación serotonina (ISRS). La intervención del farmacéutico consistió en proponer la sustitución del medicamento no incluido en guía terapéutica (MNIGFT) por el medicamento incluido en guía (MIGFT). El médico valoró, en cada paciente de forma individualizada, si era apropiada o no dicha propuesta. Los datos obtenidos se refieren a intervenciones aceptadas y no aceptadas. Se hizo un estudio de costes para estimar el ahorro anual.

Resultados: Se revisaron los tratamientos de todos los residentes (82). Se realizaron 38 intervenciones, en 31 residentes; se aceptaron 27 (71%) y no se aceptaron 11 (29%). Las aceptadas se encuentran en los grupos de probióticos, estatinas, IBPs, suplementos de Calcio, suplementos de Hierro, bifosfonatos e IECAs y ARAII; en ellos, se sustituyeron en todos los casos por el MIGFT. La distribución fue: probióticos: 6 (22,22%) casos, estatinas: 4(14,81%) casos, IBPs: 3 (11,11%) casos, suplementos de Ca²⁺ y vitamina D: 3 (11,11%) casos, otros 3 (11,11%) casos con suplementos de Hierro; Hubo 1 (3,70%) caso con bifosfonato semanal y 1 (3,70%) caso con IECAs. De los 7 casos con tratamiento para HBP, 6 (22,22%) se sustituyeron por el MIGFT y 1(9%) no se sustituyó por falta de respuesta con el MIGFT. La distribución de las intervenciones no aceptadas fue: 5 (45,45%) casos con ISRS para el tratamiento de la depresión, 2 (18,18%) casos con antagonistas del Calcio, uno con Lercanidipino y otro con Manidipino, estos medicamentos tienen mejor perfil de efectos secundarios que la alternativa incluida en guía terapéutica. En cuanto a broncodilatadores para EPOC, el médico aceptó el cambio solo cuando el principio activo y el dispositivo eran igual al MIGFT, quedando 3 casos (27,27%) con un MNIGT. El ahorro estimado al año con la sustitución por el MIGFT, fue de 3.674€

Conclusiones: La guía terapéutica tiene limitaciones y la opción que incluye no es apropiada para algunos casos. La breve jornada de trabajo del médico en esta residencia hace que no haya una continua monitorización clínica de todos los residentes y esto supone un inconveniente para la realización de sustituciones por equivalentes terapéuticos. La aplicación del PET es una medida eficiente.

En este trabajo no hay conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

DISEÑO DE UNA SOLUCIÓN ORAL DE GLICOPIRROLATO PARA PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIETA CETOGENICA

López Álvarez, R. García Palomo, M. García Sacristán, A. Domínguez Barahona, A. González Suárez, S. Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

Objetivos: Diseño y validación galénica de una solución oral de glicopirrolato (GP) para hipersecreción salivar como indicación no autorizada apta para pacientes pediátricos con dieta cetogénica (DC).

Material y métodos: En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica de los excipientes y vehículos contraindicados en pacientes con DC. Tras esto, se llevó a cabo una búsqueda de las alternativas disponibles comercializadas en España y en el extranjero, localizando un medicamento extranjero que, al contener lactosa, no era apto para DC. Posteriormente se buscaron proveedores de GP como materia prima en España y se revisaron las características descritas en su ficha técnica, así como las fórmulas magistrales orales descritas en la bibliografía.

Resultados: De las referencias bibliográficas consultadas, la mayoría partían de comprimidos y utilizaban excipientes semielaborados o contraindicados en DC. Puesto que se trata de una materia prima soluble en agua con un pH de máxima estabilidad entre 3-4, se propuso una fórmula magistral de GP 0,5 mg/ml en solución oral, con agua con conservantes sin propilenglicol como único vehículo y un tampón citrato para ajustar pH a 3-4. Se elaboraron 4 soluciones de glicopirrolato y se conservaron 2 envases a temperatura ambiente (20-22°C) y 2 en nevera (2-8°C), durante 14 días, protegidos de la luz. Se midió el pH los días 0, 7 y 14, y se evaluaron los caracteres organolépticos (color, olor, sabor, transparencia) a lo largo del periodo de estudio. Los valores de pH se mantuvieron constantes durante todo el proceso (pH medio 3,50±0,256 y 3,57±0,315 a temperatura ambiente y en nevera, respectivamente), así como sus caracteres organolépticos (sabor dulce con regusto débilmente amargo, transparente, inodoro). Transcurrido el periodo de validación se le asignó un periodo de validez de 14 días (entre 2- 8°C) en envase abierto y cerrado según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria y el consenso de grupo de farmacotecnia de la SEFH.

Conclusiones: La validación galénica tiene como objetivo asegurar la calidad del producto final durante todo el periodo de validez, en su acondicionamiento y cumpliendo las indicaciones de conservación.

El pH de una solución es uno de los factores más importantes que afectan a la estabilidad de una formulación.

Los resultados obtenidos en la validación galénica nos permiten asignar un periodo de validez adecuado de 14 días, en nevera y protegido de la luz, ya que tanto el pH como los caracteres organolépticos han permanecido estables a lo largo del periodo de estudio.

Podemos también garantizar la seguridad del preparado en este tipo de pacientes al estar exenta de excipientes contraindicados en dieta cetogénica.

El diseño de esta fórmula apta para dieta cetogénica, con excipientes sencillos, y con validez adecuada durante el periodo de estudio, es un buen punto de partida para confirmar una validez fisicoquímica mayor con estudios por HPLC.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN DE DURVALUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Ruiz Sánchez S1, Marco del Río J2, Clemente Andújar M1, Labrador Andújar N2, Rubio Sánchez F1, Pérez Alpuente I1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete1. Complejo Hospitalario de Toledo2

Objetivo: Durvalumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado que bloquea la unión del ligando de muerte 1 programado (PD-L1) autorizado para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado (estadio III) e irreseccable, que no ha progresado después de un tratamiento de quimioterapia basado en platino concurrente con radioterapia. El objetivo del estudio fue determinar la efectividad a las 16 semanas tras el inicio del tratamiento y seguridad de durvalumab en los pacientes tratados.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes de dos hospitales de tercer nivel tratados con durvalumab hasta febrero de 2019. Los datos fueron recogidos de la historia clínica (MambrinoXXI®) y del módulo de pacientes ambulatorios del programa Farmatools® y Oncobass®. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, fumador activo/inactivo, tratamientos previos, expresión de PD-L1 en células tumorales, estadio al inicio de tratamiento, efectividad y eventos adversos (EA).

La efectividad se determinó en función de la supervivencia libre de progresión (SLP). Se clasificaron los EA según la Terminología Común para Eventos Adversos (CTCAEv.4.0).

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. Para determinar la SLP se realizó un análisis de supervivencia mediante Kaplan Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes (8 hombres) con una mediana de edad de 64 (51-84) años. El 80% eran exfumadores. En el 80% de los casos, durvalumab se utilizó como terapia de mantenimiento tras la combinación de platino con pemetrexed (30%), taxol (20%), vinorelbina (20%) y gemcitabina (10%) concomitante con RT. En el 20%, se utilizó platino con pemetrexed y una segunda línea de platino con taxol. El dato de la expresión de PD-L1 sólo pudo encontrarse en el 40% de los pacientes expresándose en 1% (2 pacientes), 5% (1 paciente) y 55% (1 paciente). El estadio al inicio del tratamiento con durvalumab fue: IIIA en el 30% de los pacientes y IIIB en el 50% de los pacientes. Del resto de pacientes, (20%) no se encontraron datos.

En cuanto a la efectividad del fármaco la media de la SLP a las 16 semanas fue de 3,55 (IC 95%, 2,88 – 4,21) meses. El 80% de los pacientes continuaba con el tratamiento al finalizar el estudio y en el resto (20%), el tratamiento fue suspendido por progresión de la enfermedad.

Los EA producidos en nuestros pacientes fueron: astenia (3%), hipotiroidismo (3%), tos (2%), infección respiratoria (2%), dolor articular (1%), anorexia (1%), neumonía (1%), toxicidad cutánea (1%), hiperglucemia (1%), estreñimiento (1%) e hipertiroidismo (1%). La gran mayoría fueron de grado 1 ó 2 y no supuso la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: La eficacia evaluada a las 16 semanas de tratamiento fue también objetivo del ensayo pivotal y aunque es pronto para extraer resultados concluyentes, aporta información provisional acerca de la efectividad de este fármaco más allá de los ensayos clínicos. En cuanto a las reacciones adversas los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron similares a las descritas en la bibliografía.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

SEGURIDAD EN FORMULACION MAGISTRAL: ¿SON PELIGROSAS PARA LA SALUD LAS MATERIAS PRIMAS?

Martí Gil C, Buendía Moreno JA, Portela Sotelo A, Marcos Pérez G, Martínez Valdivieso L, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia Atención Integrada de Cuenca.

Objetivos: la guía de “Actuación frente el riesgo de exposición a los medicamentos peligrosos para los trabajadores del SESCOAM” establece la necesidad de tener en cuenta, para clasificar una fórmula magistral (FM) no estéril como medicamento peligroso, tanto la peligrosidad del medicamento comercial de partida, según la lista del *National Institute for Occupational Safety and Health*, como la clasificación de peligrosidad de las materias primas (MP) empleadas, según reglamentos REACH-“Registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias químicas” y CLP-“Clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas químicas”.

Por tanto, nuestro objetivo fue identificar la peligrosidad de las MP empleadas en un laboratorio de Farmacotecnia no Estéril (FNE), detallar la peligrosidad que entrañan y describir las medidas de protección necesarias para su adecuada manipulación.

Métodos: se identificaron las MP aptas, con stock en febrero´19, registradas en el programa de FNE (MagistraMICOF®v2.0), excluyéndose medicamentos comercializados, agua destilada/purificada y aquellas MP de las que no se pudo obtener la ficha de datos de seguridad (FDS). Se analizaron las FDS, revisando las secciones de: identificación de peligros, manipulación/almacenamiento y controles de exposición/protección individual.

Se registró en una base de datos (MicrosoftOfficeExcel®) la siguiente información: presentación, proveedor, tipo de peligro (físico, para la salud y/o medio ambiente), manipulación (equipo de protección individual).

Resultados: se revisaron 44 MP [polvo (27), líquido (12), sólido (5)], de 4 proveedores distintos [Acofarma (29), Fagron (7), Guinama (4), Panreac (4)], identificándose 27 MP peligrosas (61,4%). Además de mostrar todas ellas peligro para la salud (7 de carácter grave: bórico ácido, captopril, furosemida, triamcinolona acetónido, potasio yoduro, ranitidina clorhidrato, vaselina filante), algunas también presentaron peligro de tipo físico [inflamables (3), corrosivas (7)] y peligro para el medio ambiente (7); pudiendo, por tanto, una misma MP entrañar varios tipos de peligros simultáneamente.

Los peligros para la salud mayoritarios fueron: lesiones graves e irritación ocular (15; 55,5%), irritación cutánea (11; 40,7%) y toxicidad aguda oral/nocivas en caso de ingestión (8; 29,6%). De forma minoritaria, se identificaron los siguientes riesgos para la salud: irritación de las vías respiratorias (5; 18,5%), teratogenicidad/perjudicial fertilidad (4; 14,8%), quemaduras graves en la piel (4; 14,8%), reacciones de sensibilización cutánea/respiratoria (3; 11,1%), carcinogenicidad (1; 3,7%) y toxicidad sobre determinados órganos tras exposición prolongada/repetida (1; 3,7%).

En cuanto a las medidas necesarias para su manipulación, todas las MP clasificadas como peligrosas requerían algún tipo de protección individual (respiratoria, cutánea y/o ocular), mientras que en el resto no estaban indicadas medidas especiales en la FDS.

Conclusiones: las MP empleadas en FNE son productos químicos, siendo necesario garantizar la protección de la salud de los profesionales sanitarios expuestos. Es importante tener en cuenta las FDS a la hora de elaborar los procedimientos de elaboración de las FM para establecer las medidas de protección adecuadas y necesarias.

Conflicto de intereses: no

[\(Enlace al póster\)](#)

EFECTO DE LOS FARMACOS MODIFICADORES DEL PH SOBRE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSIN KINASA: CONTRASTANDO INFORMACIÓN

Gómez Lluch María Teresa¹, Córdoba Cortés Alba María², Proy Vega Beatriz¹, Martínez Mayordomo Josefina, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, Patricia, Notario Dongil, Clara. 1 Servicio de Farmacia HG Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. 2 Facultad de Farmacia Albacete. Universidad de Castilla La Mancha.

Objetivos: Los inhibidores de la tirosin kinasa (ITK) son un tipo de terapia dirigida que atacan de forma específica las células cancerosas, muy utilizada actualmente en oncohematología. La administración oral aporta ventajas, pero a la vez puede tener inconvenientes respecto a variables farmacocinéticas dando lugar a diferente biodisponibilidad del fármaco. Las interacciones de estos fármacos con los modificadores del PH gástrico son un problema conocido y una consulta frecuente realizada al farmacéutico, ya que la solubilidad de la mayoría de estos fármacos depende del PH. Además, la información obtenida para realizar una recomendación en base a esta interacción no siempre concuerda según la fuente consultada.

El objetivo de este estudio fue analizar la información disponible sobre estas interacciones en diferentes bases de datos. Con los resultados, realizar una tabla de consulta rápida que nos ayude en la práctica diaria.

Métodos: Se exportó de la AEMPS un listado con los ITK directos (grupo terapéutico L01XE). Se consultó la interacción de estos fármacos uno a uno con los IBP (I), Anti-H2 (H2) y antiácidos (A) en diversas fuentes;

1. Ficha técnica
2. Aplicación online GEDEFO
3. Recurso online para el manejo seguro de los ITK. Incluido en el portal Oncology/PRO ESMO.
4. Lexi-comp®
5. Conciliación en el paciente oncológico. Guía de interacciones. UGC Farmacia HU Puerta del Mar.

Los hallazgos se resumieron en:

ND: no se refleja interacción o no hay información disponible

NS: interacción considerada no significativa

B: monitorizar tratamiento, pero no es necesaria acción

D: considerar modificación de la terapia

X: evitar combinación

Resultados:

AFATINIB: (I, H2, A)1,2,3,4,5=ND;

ALECTINIB: (I, H2, A)1=NS 2,3,4,5=ND;

AXITINIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS); (H2,A)1,2,3,4,5=ND;

BOSUTINIB: (I)1,4=D(↓C) 2=ND 3,5=X; (H2)1,2,5=ND 4=D(↓C); (A)1,5=Espaciar tomas 2=ND 4= D(↓C)

CABOZANTINIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS);(H2,A)1,2,3,4,5=ND;

CERITINIB: (I)1=X(↓C) 2,3,5= ND 4=B(↓C);(H2,A)1=D(↓C) 2,3,5=ND 4=B(↓C);

CRIZOTINIB: (I)1,3=B(↓NS) 2,4,5=ND; (H2,A)1=B(↓NS) 2,3,4,5=ND;

COBIMETINIB: (I, H2, A)1,2,3,4,5=ND;

DABRAFENIB: (I)1=B(↓NS) 2=ND 3=X 4=D 5=↓C; (H2,A)1=B(↓NS) 2,3,4=ND 5=↓C;

DASATINIB: (I)1,2,3,4,5=X(↓C); (H2)1,2,4,5=X(↓C) 3=ND; (A)1=X(↓C) 2,4,5=D(↓C).Espaciar tomas 3=ND

ERLOTINIB: (I)1,3,4,5=X(↓C) 2=D; (H2,A)1=X 2=D 4=D(↓C) 5=D(↓C)Espaciar;

GEFITINIB: (I)1=ND 2,4,5=D(↓C) 3=X; (H2)1,3=ND 2,4,5=D(↓C); (A)1=ND 2,4,5=D(↓C)Espaciar tomas

IBRUTINIB: (I)1=B(↓NS) 2,4,5=ND 3=X; (H2,A)1,2,3,4,5=ND;

IMATINIB: (I)1,4,5=ND 2=NS 3=B(↓NS); (H2,A)1,3,4,5=ND 2=NS;

LAPATINIB: (I) 1=ND 2=D 3=X 4=B(↓C) 5=X(↓C); (H2,A)1=ND 2=D 4=B(↓C) 5=D(↓C)Espaciar tomas

LENVATINIB: (I, H2, A)1,2,3,4,5=ND

NILOTINIB: (I)1,2,3,5=B(↓NS) 4=D(↓C); (H2) 1,3=ND 2=NS 4,5=D(↓C)Espaciar toma (A)1,3=ND 2=NS 4,5=D(↓C)

NINTEDANIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS); (H2,A)1,2,3,4,5=ND

OSIMERTINIB: (I, H2, A)1,2,3,4,5=ND

PALBOCICLIB: (I)1=D(↓C) 4=B(↓C) 2,3,5=ND; (H2,A)1=NS con alimentos 2,3,4,5=ND

PONATINIB: (I)1,2,4=ND 3=B(↓NS) 5=X(↓C); (H2,A)1,2,3,4=ND 5=X(↓C)

REGORAFENIB: (I)1,2,4,5=ND 3=X (H2,A)1,2,3,4,5=ND

RIBOCICLIB: (I, H2, A)1,2,3,4,5=ND

PAZOPANIB: (I) 1=D(↓C) 2=ND 3=B(↓NS) 4,5=X(↓C); (H2)1,5=D(↓C)Espaciar 2,3=ND 4=X(↓C); (A)1,4,5=D(↓C)Espaciar 2,3=ND

RUXOLITINIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS); (H2,A)1,2,3,4,5=ND

SORAFENIB: (I)1,4,5=ND 2=NS 3=B(↓NS); (H2,A)1,3,4,5=ND 2=NS

SUNITINIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS); (H2,A)1,2,3,4,5)ND
TRAMETINIB: (I)1,2,4,5=ND 3=B(↓NS); (H2,A)1,2,3,4,5)ND
VANDETANIB: (I)1,2,4=ND 3=B(↓NS) 5=X(↓C); (H2,A)1,2,3,4,5)ND
VEMURAFENIB: (I, A)1,2,3,4,5=ND; (H2) 1,2,3,5=ND 4=D

Conclusiones: Para establecer una recomendación fuerte es necesario consultar varias bases de datos, ya que las discrepancias de información o ésta ser insuficiente, pueden llevar a recomendaciones erróneas. Con toda la información disponible recogida resulta más fácil establecer un consenso entre profesionales para realizar la recomendación correcta, ya que una errónea puede comprometer la eficacia del tratamiento.

Conflicto de intereses: no

[\(Enlace al póster\)](#)

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE MANEJO DE EXTRAVASACIONES PARA MEDICAMENTOS NO CITOSTÁTICOS

Garrigues Sebastiá MR, García Gómez C, Sánchez Rubio F, Valladolid Walsh A. Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Objetivo: La extravasación es una complicación asociada a la administración de la terapia intravenosa (IV). Los medicamentos administrados IV tienen el potencial de escapar de la circulación venosa y filtrar hacia el tejido que lo rodea. La medida más importante en el manejo de la extravasación es la prevención. Por ello, es importante dar a conocer las medidas preventivas a considerar para evitar la extravasación y en caso de que se produzcan, las recomendaciones generales y específicas según el fármaco afectado. El objetivo de este estudio fue elaborar una Guía de manejo de Extravasaciones para Medicamentos No citostáticos a partir de la bibliografía publicada en fuentes secundarias.

Métodos: En diciembre 2018 se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando como criterio de búsqueda "Noncytotoxic AND Extravasation" y como límites: publicaciones de los últimos 5 años, en humanos, en inglés o español. Además se realizó una búsqueda en Micromedex® y UpToDate® utilizando como criterio de búsqueda "Noncytotoxic AND Extravasation". Se llevó a cabo una revisión de las medidas preventivas generales y específicas, indicando los antídotos a emplear según el fármaco extravasado.

Resultados: La Guía contiene: 6 medidas generales preventivas; 7 medidas generales una vez se ha producido una extravasación del medicamento no citotóxico; los principales antídotos y las medidas a aplicar correspondientes a 44 principios activos incluyendo: manejo, resolución documentada y bibliografía.

Las principales medidas de prevención consisten en: Identificar y etiquetar los agentes vesicantes no citotóxicos antes de la dispensación. Usar la dilución y el ritmo de infusión adecuado. Emplear un lugar adecuado para la administración IV, evitando las extremidades con escasa circulación venosa. Colocar la cánula intravenosa con la extremidad inmovilizada sin constricción, prevenir el desgarro y lesión del vaso. Usar esparadrapo transparente para poder inspeccionar el sitio de inyección. Valorar el dolor durante y después de las infusiones.

Las medidas generales ante una extravasación consisten en: Parar la infusión y aspirar a través de la vía 5-10 ml de sangre para extraer la máxima cantidad posible de fármaco. Evitar la presión manual. Retirar la vía o la aguja si no hay que administrar antídoto IV. Aplicar las medidas específicas descritas para cada fármaco. Elevar la extremidad a nivel superior del corazón. Aplicar compresas calientes o frías según proceda, dependiendo del fármaco extravasado. Informar e instruir en las medidas de cuidado al paciente y familiares. Evitar la fotoexposición de la zona afectada.

Los principales antídotos empleados incluyen: Hialuronidasa, Fentolamina, Terbutalina, Nitroglicerina 2%, Hidrocortisona 1% y Tiosulfato 1/6M, con sus correspondientes dosis y modos de administración.

Actualmente dicha Guía está disponible para todos los profesionales sanitarios a través de la intranet.

Conclusión: La Guía proporciona información actualizada sobre las medidas preventivas para evitar la extravasación de medicamentos administrados vía parenteral y, en caso de que una extravasación se produzca, las principales recomendaciones. Además, ha permitido revisar, consensuar y actualizar los antídotos que deben existir en el Servicio de Farmacia para el tratamiento de emergencias por extravasaciones y garantizar un manejo rápido y eficiente de las mismas.

Conflicto de intereses: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPACTO ECONOMICO Y GRADO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA RUTA DE EFICIENCIA TERAPEÚTICA EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Domínguez Barahona, A; Fernández-Corada Sánchez, A; García Sacristán, A; González Suárez, S; López Álvarez, R; Moya Gómez, P. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo

Objetivo: En abril de 2018 se publica como instrumento de soporte a la decisión clínica en el ámbito del SESCOAM la Ruta de Eficiencia Terapéutica (REfiTer) en terapia antirretroviral (TAR).

Una de las medidas adoptadas en nuestro centro, basadas en el anterior documento, fue el cambio de abacavir/lamivudina/dolutegravir (ABC/3TC/DLG) un comprimido al día a abacavir/lamivudina + dolutegravir (ABC/3TC + DLG) dos comprimidos al día en una misma toma. Esta decisión se tomó conjuntamente con el Servicio de Medicina Interna.

Con este estudio queremos estimar el impacto económico que ha supuesto la implantación de dicha medida en un hospital de tercer nivel y evaluar la aceptación del cambio por parte del paciente.

Métodos: Se identificaron los pacientes candidatos al cambio tras la publicación del documento REfiTer en el módulo de pacientes externos del programa Farmatools®V6.

Para la estimación del impacto económico durante el periodo de estudio (abril 2018 – enero 2019) se tuvo en cuenta el precio medio de adquisición de los fármacos en el año 2018 en nuestro centro.

El grado de aceptación se calculó como porcentaje de pacientes que continuaban con el nuevo tratamiento a los 4 meses de haberse instaurado el cambio. En el momento del cambio cada paciente fue informado de las razones del mismo de forma oral y escrita por el farmacéutico, resolviendo las dudas que les pudieran surgir.

Resultados: Se realizó al cambio en los 164 pacientes que estaban en tratamiento con ABC/3TC/DTG. El ahorro estimado de esta estrategia para el periodo de estudio (306 días) es de 147.000 euros.

A los 4 meses de haber completado el cambio, el 90,85% de los pacientes (149) continuaban con el nuevo tratamiento.

Solo 4 (2,43%) tuvieron que interrumpirlo por razones asociadas al cambio. Los 11 restantes (6,7%) pasaron a una nueva terapia por otras causas: simplificación de terapia y ajuste de dosis por insuficiencia renal, deseo de gestación e inicio de tratamiento de virus de hepatitis C.

Conclusiones: La medida de eficiencia adoptada en nuestro centro es una medida sencilla de llevar a cabo pero que ha tenido un impacto relevante en el gasto en TAR en nuestro centro. La aceptación por parte del paciente ha sido adecuada.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIETA CETOGÉNICA

García Sacristán, A.A; García Palomo, M; Borrego Domínguez, R; Arjona Villanueva, D; Villarino Hita, R; Domínguez Barahona, A. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos: Conseguir una terapia efectiva y segura de un paciente pediátrico con dieta cetogénica (DC) mediante la revisión continua de las alternativas terapéuticas exentas de excipientes contraindicados y la realización de intervenciones farmacéuticas (IF).

Material y métodos: El farmacéutico rotante en intensivos pediátricos revisó la medicación concomitante de una paciente pediátrica de 6 años con convulsiones refractarias a múltiples fármacos al inicio de DC, incluyendo excipientes y cantidades presentes en cada formulación. Para ello se consultaron las fichas técnicas, se contactó telefónicamente con los laboratorios fabricantes y se revisaron los excipientes seguros y contraindicados para DC según "Charlie Foundation for ketogenic therapies". Se calcularon las kilocalorías(kcal) aportadas por las alternativas propuestas para alcanzar la cetosis recomendada, se revisó la peligrosidad de los fármacos(MP) y se valoró la individualización mediante la formulación magistral (FM).

Resultados:

En el momento de iniciar DC, la paciente estaba recibiendo 18 medicamentos simultáneamente. Se realizaron un total de 9 IF sobre 8 medicamentos:

- Cambio de diluyente: De los 12 medicamentos que la paciente estaba recibiendo vía intravenosa, todos estaban diluidos en suero fisiológico excepto uno que estaba diluido en suero glucosado; se propuso cambio a suero fisiológico previa comprobación de su compatibilidad físicoquímica.
- Cambio de forma farmacéutica: en 2 medicamentos se cambió de líquida a sólida para disminuir el aporte calórico diario: sulfametoxazol/trimetoprim (500mg/48h) de jarabe 200/40mg/5ml (22 kcal/día) a comprimidos 100/20 mg (0,475 kcal/día), y fluconazol (150mg/día) de jarabe 200mg/5ml (8,25 kcal/día) a cápsulas 150mg (0,794 kcal/día).
- Cambio de marca comercial: en 2 medicamentos para disminuir el aporte calórico diario: diazepam (10mg/6h) de comprimidos de 5mg (30,1 kcal/día) a comprimidos de 10mg (1 kcal/día) y carbamacepina 300mg/12h de un laboratorio (0,9 kcal/día) a comprimidos de otro laboratorio (0 kcal/día) totalmente exento de excipientes contraindicados.
- Individualización mediante FM: en 1 MP de la lista 2 (carbamacepina) para facilitar la seguridad en su manipulación y administración por sonda nasogástrica, se propuso y elaboró una FM libre de excipientes contraindicados en DC. Esta FM de nueva elaboración se validó galénicamente durante 14 días, periodo de validez asignado según la Guía de buenas prácticas de los Servicios de Farmacia hospitalarios.
- Recomendaciones de administración: en 1 MP de la lista 3 (perampanel) se realizaron recomendaciones al manipulador con riesgo reproductivo: "No fraccionar, ni triturar y manipular con guantes simples. Dispersar el comprimido en jeringa con 10 ml de agua y administrar por sonda nasogástrica."
- No sustitución de la solución de polietilenglicol por otro laxante debido a la no absorción del mismo y, por tanto, no aporte calórico del medicamento.
- Interrupción del tratamiento con Propofol por contraindicación con el inicio de DC.

Todas las IF fueron aceptadas por el prescriptor y se consiguió alcanzar la cetosis recomendada.

Conclusión: El éxito de la DC pasa por proveer al paciente de tratamientos exentos de excipientes contraindicados en la misma. Esto conlleva una revisión continua de las alternativas disponibles. La integración del farmacéutico en el equipo de intensivos pediátricos ha permitido proporcionar las alternativas más efectivas y seguras en una paciente con DC.

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

[\(Enlace al póster\)](#)

MEJORANDO EN SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: EL CASO DE LOS FOTOSENSIBLES

*Donaire Martínez, S; Franco Sereno, MT; Pérez Serrano R; Mallol Yañez, MA; Rodríguez Martínez, M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real*

Objetivos: Los medicamentos fotosensibles son aquellos que deben conservarse protegidos de la luz tanto natural como artificial para mantener su estabilidad. Estos medicamentos tienen que permanecer en su envase original hasta inmediatamente antes de su utilización, o cubrirlos con materiales fotoprotectores si es inevitable almacenarlos fuera de este. En el Servicio de Farmacia se reciben habitualmente consultas del personal de enfermería sobre la fotoprotección de los fármacos durante su administración. El objetivo del estudio fue identificar los medicamentos fotosensibles intravenosos (iv) disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, seleccionar aquellos que deben protegerse durante la administración y elaborar material informativo para su difusión en las plantas de hospitalización.

Método: Estudio descriptivo realizado en abril de 2018 en el que se incluyeron todos los medicamentos de administración iv incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital. Se utilizaron como fuentes de información: las fichas técnicas, información solicitada al laboratorio fabricante, fuentes de información secundarias y terciarias. Las variables analizadas fueron: principio activo, marca, recomendaciones sobre protección de la luz en la conservación, reconstitución y administración y bibliografía justificativa. Se creó un grupo de trabajo para consensuar la información más relevante en aquellos casos que se encontró información contradictoria entre diversas fuentes bibliográficas, así como, para decidir las condiciones de fotoprotección en la administración y el modo de realizarla.

Resultados: Se analizaron 223 medicamentos de administración iv correspondientes a 168 principios activos. De éstos, 81 (48,2%) se deben proteger de la luz durante la conservación, 34 (20,2%) durante la reconstitución y 23 (13,7%) durante la administración. Se decidió por consenso recomendar la protección de los fármacos con bolsa fotoprotectora durante la administración si el tiempo de infusión era superior a 1 hora y, además, utilizar sistema de administración fotoprotector si el ritmo de infusión era más de 15 mililitros/hora. También se aconsejó que la preparación de los fármacos fotosensibles se realizase inmediatamente antes de su administración. Se elaboró material informativo con los 23 principios activos identificados como fotosensibles durante la administración: aciclovir, adrenalina, anfotericina, cefotaxima, clonidina, cloxacilina, eritromicina, fenobarbital, fisostigmina, heparina sódica, imipenem/cilastatina, labetalol, meropenem, metilprednisolona, metoclopramida, morfina, nimodipino, nitroprusiato, noradrenalina, procainamida, somatostatina, verapamilo y voriconazol.

Conclusiones: Un importante porcentaje de los medicamentos de administración iv en nuestro hospital debe ser protegido de la luz ya sea en la conservación, reconstitución y/o administración para garantizar su eficacia y seguridad. Este hecho nos indica la necesidad de desarrollar un procedimiento normalizado de trabajo que instaure normas de protección que deben llevarse a cabo en cada caso, con la finalidad de mantener una correcta preservación que asegure su estabilidad. La utilidad de la difusión del material informativo debe ser confirmada en un estudio posterior.

Conflicto de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA SUSPENSIÓN ORAL DE VANCOMICINA PARA EL TRATAMIENTO DE COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

López Álvarez, R. García Palomo, M. García Sacristán, A. Domínguez Barahona, A. González Suárez, S. Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Objetivo: Propuesta y validación galénica de una nueva suspensión oral de vancomicina para el tratamiento de la colitis pseudomembranosa provocada por *Clostridium difficile*.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de las fórmulas magistrales publicadas de vancomicina oral. Se valoró que partieran de excipientes sencillos, no semielaborados, aptos para población pediátrica de todas las edades, palatables, y con caducidad superior a la alternativa disponible en el hospital (96 h en nevera partiendo de la reconstitución extemporánea de viales con agua, con sabor desagradable). Se localizó una referencia que partía de viales de vancomicina y de materia prima, y como vehículo Jarabe Medisca®, con un periodo de validez superior partiendo de vial que de materia prima. Como este vehículo no estaba comercializado en España, se revisó su ficha técnica para aproximarlos a una alternativa más sencilla. Este jarabe, exento de alcohol, tenía un pH ligeramente ácido, conservantes y un buffer. Se utilizó como alternativa más próxima el Jarabe simple Acofarma® que contiene sorbato potásico como conservante, pH de 5.2-5.7 y buffer citrato.

Para realizar la validación galénica de nuestra formulación se midió el pH mediante pHmetro Crison® y se comprobaron los caracteres organolépticos (color, olor, sabor, transparencia) a lo largo de 14 días.

Resultados: Se diseñó una fórmula magistral de vancomicina a dos concentraciones (25mg/ml y 50mg/ml) en jarabe simple Acofarma®, previa reconstitución de los viales con agua destilada. La proporción de agua y jarabe simple era 1:1 en ambas concentraciones. Se elaboraron 2 envases de cada una de las concentraciones y se almacenaron en frascos topacio durante 14 días a temperatura ambiente y nevera. Se hicieron mediciones de pH los días 0, 7 y 14, y se evaluaron los caracteres organolépticos a lo largo del periodo de estudio. Los valores de pH se mantuvieron constantes durante todo el periodo (pH medio 5.33 ± 0.165 y 5.29 ± 0.192 para la concentración 25mg/ml a temperatura ambiente y en nevera, respectivamente; pH medio 5.19 ± 0.113 y 5.15 ± 0.148 para la concentración 50mg/ml a temperatura ambiente y en nevera, respectivamente). Los caracteres organolépticos (inodoro, transparente con pequeñas partículas en suspensión, sabor dulce con ligero regusto amargo, fácil redispersión), también permanecieron constantes a lo largo del periodo de estudio. Se le asignó un periodo de validez de 14 días a temperatura entre 2-8°C en envase abierto y cerrado según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria y el consenso de grupo de farmacotecnia de la SEFH.

Conclusión: Los valores de pH, que son críticos en fórmulas orales líquidas, han sido constantes durante nuestro estudio. El vehículo utilizado lleva conservantes que son también estables en el rango de pH en que nos movemos. Podemos, por tanto, garantizar la estabilidad físicoquímica y microbiológica a lo largo de este periodo en las condiciones estudiadas. Hemos propuesto una formulación más estable y palatable que la que teníamos disponible. Sin embargo, para asignar mayores periodos de validez, necesitaríamos realizar un estudio de estabilidad por HPLC así como un estudio microbiológico.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN E INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*Díaz Rangel, M; Marco del Rio, J; Ros Ample, T; García Martínez, EM, Sánchez Rubio, F; García Martín, V.
Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

Objetivos: 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 e integrar un farmacéutico en el equipo asistencial.

Métodos: Estudio prospectivo de tres meses de duración en el Servicio de COT de nuestro hospital, que consta de dos fases: primera fase, observacional de un mes de duración para detectar los EM; y segunda fase, integración de un farmacéutico. El número de observaciones fue una muestra representativa del número de administraciones de medicamentos que se realizan en este servicio para poder obtener la tasa de error. Las observaciones se realizaron en turnos de mañana, tarde y noche de enfermería; así como en días laborables y festivos. Los EM detectados se clasificaron en función de su gravedad según el *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP). Las variables estudiadas de la segunda fase fueron: número de pacientes revisados, número de intervenciones, tipo de intervención, destinatario, método de comunicación, evaluación clínica y aceptación. Como fuente de información se utilizó el programa informático Farmatools[®] y la historia clínica electrónica Mambrino XXI[®]; y el análisis estadístico se realizó con el programa STATA[®] v.13.

Resultados: En la primera fase se recogieron 655 observaciones, mayoritariamente en día laborable y turno de mañana. 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 fueron clasificados según NCCMERP, en función de la gravedad, en categoría A (60,1%), B (1,9%), C (37,3%) y D (0,6%). En la segunda fase del estudio, con la integración del farmacéutico, se revisaron 390 pacientes y se llevaron a cabo 230 intervenciones. Los tipos de intervención fueron: 7,8% relacionada con la posología, 26,5% relacionada con la indicación, alergia, omisión del tratamiento y modificación vía administración/forma farmacéutica 0,4%, respectivamente; 1,3% interacciones, 9,6% fármaco no incluido en la guía farmacoterapéutica, 34,4% error de prescripción, 2,2% consulta al farmacéutico, 11,3% conciliación, 4,8% adecuación farmacológica y 0,9% terapia secuencial. El 90% de las intervenciones fueron dirigidas a traumatólogos, el resto a otros especialistas y a enfermería. El método de comunicación de las intervenciones más utilizado fue oral (61,7%) y en menor medida, escrito y telefónico. En cuanto a la evaluación clínica, el 40% de las intervenciones tenía influencia en la eficacia, el 40,9% en la seguridad, el 12,2% únicamente en el coste y un 7% fue no valorable. El 88,3% de las intervenciones fueron aceptadas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la primera fase nos sirvieron para conocer la situación de partida e identificar los posibles puntos para implantar acciones de mejora en el Servicio de COT.

La integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar permite realizar un alto grado de intervenciones relacionadas con la seguridad del tratamiento farmacológico. Gracias a la integración del farmacéutico se obtuvo un alto porcentaje de aceptación en las intervenciones farmacéuticas.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

NUEVO ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: RESULTADOS EN SALUD DE LA TRIPLE TERAPIA.

Notario Dongil, C; Andrés Navarro, N; Gómez Lluch, MT; Nieto Sandoval Martín de la Sierra, P; Marcos De La Torre, A; Martínez Mayordomo, J; Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Objetivos: La base del tratamiento del cáncer gástrico ($\geq T2$ N+) es quimioradioterapia postoperatoria o quimioterapia perioperatoria. En esta última modalidad, se utilizaba el esquema MAGIC (epirrubicina, cisplatino, fluorouracilo/capecitabina). Tras la publicación del estudio FLOT-AIO (docetaxel, oxaliplatino y fluorouracilo) se decide cambiar a este esquema para mejorar los resultados quirúrgicos y evitar las toxicidades renal del cisplatino y cardíaca de la epirrubicina.

El objetivo del estudio fue analizar la eficacia y seguridad del esquema *FLOT*.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de julio de 2017 a febrero de 2019. Se incluyeron pacientes con carcinoma gástrico o tumor de la unión gastroesofágica localmente avanzado que habían recibido quimioterapia de inducción con el régimen FLOT [administración quincenal de docetaxel (50mg/m²), oxaliplatino (85mg/m²), folinato cálcico (200mg/m²) y fluorouracilo (2600mg/m² durante 24horas)]. Se administran 4 ciclos preoperatorios y 4 postoperatorios.

Los datos se obtuvieron del módulo de Pacientes Ambulantes de Farmatools (v2.6) y de la historia clínica informatizada MambrinoXXI[®].

Las variables recogidas fueron: edad, diagnóstico, número de ciclos, efectos adversos (EA), interrupción del tratamiento, reducción de dosis, grado de respuesta, tipo de intervención quirúrgica (IQ), progresión, éxito.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes. La mediana de edad fue 69,5 (46-82). El 21% completó 4 ciclos preoperatorios y 4 postoperatorios. El 43% completaron 4 ciclos preoperatorios. El 36% recibieron 8 ciclos preoperatorios por decisión de un Comité Multidisciplinar de tumores digestivos dada la insuficiente respuesta obtenida en el TAC de reevaluación. El tipo de IQ fue gastrectomía subtotal en el 88% y gastrectomía total en el 12%.

La respuesta al tratamiento neoadyuvante fue en el 24% grado 0 (respuesta completa), 50% grado 2 (respuesta parcial), 26% grado 3 (respuesta pobre/ nula). Nuestros resultados difieren a los del estudio FLOT-AIO, alcanzando mayor porcentaje de pacientes con respuesta completa y parcial.

Análisis de toxicidad: 100% grado 1 (64% astenia, 57% anemia, 50% neurotoxicidad periférica, 50% náuseas, 43% anorexia, 36% vómitos %, 29% diarrea); 64% grado 2 (56% neutropenia, 44 % astenia, 33% anorexia); 50% grado ≥ 3 (72% neutropenia, 14% bradicardia, 14% diarrea grave). El 64% experimentó aplazamiento del tratamiento por EA [neutropenia (78%), bradicardia (11%), diarrea (11%)]. Los EA coinciden con los reportados por el estudio FLOT-AIO. El 100% completó el total de ciclos propuestos previos a cirugía. 1 paciente recibió el esquema de tratamiento sin fluorouracilo por presentar episodio de bradicardia grave.

Al finalizar el estudio, 3 pacientes estaban pendientes de IQ, 4 no habían completado el total de ciclos, 3 se encontraban en remisión, 3 fallecieron (1 por complicaciones durante la cirugía), 1 progresó al tratamiento.

Conclusiones: Los resultados difieren de los del estudio principal, aunque habría que tener en cuenta nuestro pequeño tamaño muestral.

El esquema empleado presentó buena tolerabilidad por parte de los pacientes, si comparamos con regímenes utilizados anteriormente, siendo la neutropenia la toxicidad más limitante.

Finalmente, el conocimiento de resultados de eficacia a largo plazo, otorgará nuevos datos sobre la duración de las respuestas y el éxito quirúrgico, lo que sin duda marcará el verdadero impacto y beneficio de la terapia.

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

TEDUGLUTIDA EN SÍNDROME DE INTESTINO CORTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pagán Núñez FT, Ramírez Córcolas A, Pardo Sánchez R, Alfonsín Diéguez Y, Lloscos Jiménez M, Rianza Tébar M. Hospital General de Almansa (Albacete)

Objetivos: La nutrición parenteral a largo plazo se asocia a múltiples complicaciones y deterioro de la calidad de vida del paciente con síndrome de intestino corto (SIC). En octubre de 2017, teduglutida obtuvo las condiciones de precio y financiación en España como medicamento huérfano, con indicación de tratamiento del SIC en pacientes a partir de un año de edad, siendo el primer fármaco indicado en abordaje no sintomático de esta patología. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de teduglutida en el tratamiento del SIC en un paciente de nuestra área.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un paciente en tratamiento con teduglutida, análogo del péptido-2 similar al glucagón (GLP-2) humano, péptido que secretan las células L intestinales y aumenta el flujo sanguíneo portal e intestinal, inhibe la secreción ácida del estómago y reduce la motilidad intestinal favoreciendo la reparación estructural y funcional del intestino remanente. Se ha considerado como medida de efectividad la reducción en el aporte de nutrición parenteral que necesita el paciente para mantener un adecuado balance hídrico y estado nutricional.

Resultados:

Paciente varón de 44 años, con SIC severo postraumático desde los 16 años de edad. Tras el traumatismo se conservaron duodeno, 5 cm de yeyuno de la unión yeyuno-duodenal, 10 cm de colon transversal y el recto. Desde entonces se encuentra en tratamiento con Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) auto-administrada a través de reservorio subcutáneo en vena subclavia derecha. Durante los 28 años de evolución presentó las siguientes complicaciones asociadas a la NPD: múltiples episodios de infección de catéter, insuficiencia y litiasis renal recidivante (precisó colocación de catéter doble-jota en varias ocasiones), enfermedad ósea metabólica y hepatopatía crónica. El paciente ha estado estabilizado durante los últimos meses, manteniendo peso y parámetros nutricionales con un aporte de NPD de 3 bolsas por semana. Cada bolsa contenía 2.300 ml y 1.255 kcal que se infundía durante 10 horas a noches alternas. Además precisaba de suplementos de nutrición enteral hipercalórica vía oral y corrección farmacológica de los déficits de vitaminas y oligoelementos. En diciembre de 2017 se inició tratamiento con teduglutida (0,05 mg/Kg/día) a una dosis de 1,35 mg, dosis calculada por peso (54 kg) y ajustada por tasa de filtrado glomerular (50%). Como reacción adversa el paciente refirió enlentecimiento del tránsito los primeros días que mejoró con el tiempo. A los 2 meses de iniciar el tratamiento (febrero 2018) se pudo disminuir el aporte parenteral a 2 bolsas por semana. A continuación en mayo 2018, tras 5 meses de tratamiento farmacológico, se consiguió suspenderlo definitivamente, estando el paciente en la actualidad 9 meses independiente de NPD, con una evolución favorable y un estado nutricional óptimo.

Conclusiones:

En este paciente, actualmente tras 14 meses de tratamiento, teduglutida ha mostrado ser efectivo consiguiendo una mejora de la funcionalidad intestinal y absorción de nutrientes para lograr la independencia total de NPD y por tanto una mejora general de las complicaciones asociadas a esta. Además, también se ha conseguido una mejora importante de la calidad de vida del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe

[\(Enlace al póster\)](#)

ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE MAYOR TRAUMATOLÓGICO AL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA

Alañón Pardo MM, Martínez Mayordomo J, Proy Vega B, Araque Arroyo P, Gómez Lluch MT, Valenzuela Gámez JC. Hospital General La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan).

Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en la conciliación y validación del tratamiento farmacológico de pacientes geriátricos traumatológicos al ingreso y alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ≥ 65 años, polimedicados (\geq tres medicamentos crónicos), ingresados desde 15 agosto 2018 hasta 15 febrero 2019 en el Servicio de Traumatología/Cirugía Ortopédica de un hospital general. Variables recogidas: sexo, edad, motivo ingreso, nº y tipo medicamentos crónicos, discrepancias no justificadas entre medicación crónica y medicación prescrita al ingreso y alta [errores de conciliación (EC)], Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a Medicación (RNM) según Tercer Consenso de Granada, prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) según criterios STOPP/START (2014), IF [añadir (IF-1), suspender (IF-2), sustituir (IF-3) medicamento, modificar dosis y/o pauta (IF-4), modificar horario administración (IF-5), monitorizar efectos adversos (IF-6), monitorización farmacocinética (IF-7), revisar duración de suplementos vitamínicos y/o minerales (IF-8), utilizar alternativa incluida en guía (IF-9), más eficiente (IF-10) o más segura (IF-11), completar prescripción (IF-12), información al profesional sanitario (IF-13)]; y aceptación por médico responsable. Todos los EC y PPI detectados se clasificaron en un tipo de PRM. Las IF se comunicaron al ingreso mediante nota farmacéutica en historia clínica electrónica y, al alta hospitalaria, vía e-mail dirigido al médico atención primaria. Herramientas utilizadas para revisión de tratamientos farmacológicos: "check-list" de validación farmacéutica, CheckTheMeds® y fichas técnicas de medicamentos.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes (61,4% mujeres), con una media de edad de $79,8 \pm 7,9$ años y $7,9 \pm 3,6$ medicamentos/paciente. Motivo de ingreso mayoritario: fractura de cadera (45,6%).

Se analizaron 898 medicamentos crónicos, 21,9% de los cuales relacionados con EC ($1,6 \pm 2,0$ EC/paciente): 90,4% al ingreso y 9,6% al alta. La mayoría de EC fueron por 'omisión de medicamentos' (61,4%). Grupos anatómicos mayoritariamente implicados: H-"Terapia Hormonal" (33,3%), R-"Aparato Respiratorio" (28,9%) y C-"Cardiovascular" (26,7%).

Se detectaron 424 PRM ($3,6 \pm 2,6$ PRM/paciente), siendo los mayoritarios: "problema de salud (PS) no tratado" (30,2%), "dosis, pauta y/o duración inadecuada" (20,1%) y "probabilidad de efectos adversos" (15,1%); y 52 RNM ("inseguridad no cuantitativa", 38,5%, "inefectividad no cuantitativa", 28,8%).

De 146 PPI, 89,7% fueron tipo STOPP, principalmente: STOPP-A1 (medicamento sin indicación, 18,3%), STOPP-A2 (duración de tratamiento superior, 17,6%) y STOPP-A3 (duplicidad, 9,2%). El 10,3% fueron tipo START, principalmente START-D1 (inhibidores bomba protones, 33,3%) y START-E3 (calcio/vitamina D, 26,7%).

Se realizaron IF (N=460) en 91,2% de pacientes ($3,9 \pm 2,9$ IF/paciente): IF-1 (28,5%), IF-2 (25,0%), IF-3 (1,3%), IF-4 (11,5%), IF-5 (0,9%), IF-6 (7,6%), IF-7 (1,3%), IF-8 (3,5%), IF-9 (0,4%), IF-10 (2,0%), IF-11 (3,9%), IF-12 (3,9%), IF-13 (10,2%). El grado de aceptación fue mayor por parte de traumatólogos/geriatras (69,1%, n=307) con respecto a médicos atención primaria (42,5%, n=153).

Conclusiones: La mayoría de pacientes geriátricos traumatológicos son susceptibles de IF.

La IF-1 es mayoritaria porque predominan PRM tipo "PS no tratado" y EC tipo "omisión de medicamentos". La IF-2 es frecuente debido principalmente a las PPI tipo STOPP.

El grado de aceptación es mayor en atención especializada versus atención primaria, probablemente porque las IF se comunican de manera más directa con los prescriptores.

Conflicto de intereses:

Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

OSTEOPENIA NEONATAL: LOS RIESGOS DE UN PROGRAMA DE NUTRICION PARENTERAL SIN ALERTAS

González Suárez, S; García Palomo, M; García Sacristán, A; Domínguez Barahona, A; López Álvarez, R; Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivo: Calcular el porcentaje de pacientes en riesgo de osteopenia neonatal por alertas inadecuadas de un programa de nutrición parenteral (NP).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las intervenciones farmacéuticas registradas sobre alertas incorrectas de precipitación de Ca/P con nuestro programa informático de elaboración de NP. El registro se realizó durante 16 meses (octubre 2017-enero 2019) y se recogieron los siguientes datos en tabla Excel: fecha, número de historia clínica, peso, edad gestacional al nacimiento, volumen de la NP, porcentaje de macronutrientes, concentración de Ca y P orgánico en la NP y cantidad de Ca y P a la que recomienda ajustar el programa según su algoritmo interno de precipitación para sales inorgánicas. Para detectar si el fenómeno de precipitación que informaba el programa era real, se aplicó manualmente el algoritmo de precipitación para sales orgánicas recogido en el consenso de elaboración de NP de la SEMPE, y se registraron las diferencias obtenidas respecto al programa.

Resultados: Durante el periodo descrito se elaboraron 1.418 NP neonatales que correspondían a 133 neonatos (62 niños y 71 niñas), con una media de 10,6 NP/paciente neonatal.

En el 8,8% de las NP (126) se registraron intervenciones por alertas inadecuadas por precipitación Ca/P, que correspondían a 50 neonatos (37%), con una media de 2,5 intervenciones/paciente. De las 126 NP, el 75,4% (95) eran de neonatos pretérmino (RNPT) con una mediana peso 0,95 kg y el 24,6% (32) eran sobre neonatos a término (RNT), con una mediana peso 3,25 kg.

Según la alerta de precipitación del programa, en los RNPT se pondría sólo un 64% del Ca y un 73% del P prescrito por el neonatólogo y en los RNT sólo un 55% del Ca y un 60% del P prescrito, por lo que, si no se recalculase manualmente con el algoritmo de precipitación para sales orgánicas, no se llegarían a alcanzar los requerimientos de los pacientes.

Conclusiones: Si siguiésemos las alertas del programa de NP, más de un tercio de nuestros pacientes neonatales estarían en riesgo de osteopenia neonatal, estando en mayor riesgo los RNPT, recibiendo entre un 35-25% menos de los aportes de Ca y P recomendados, respectivamente.

Las intervenciones farmacéuticas han permitido que estos pacientes no se sometieran a riesgos innecesarios al no cubrirse las cantidades requeridas de Ca y P.

Es fundamental disponer de un programa con alertas adecuadas a la validación de este proceso tan crítico y habitual en la elaboración de NP, que ahorre tiempo farmacéutico e informe de riesgos reales. La ausencia o incorrección de alertas a la validación, lleva a proporcionar aportes inadecuados de Ca/P en las NP, que repercuten negativamente en la salud de esta población tan frágil.

Por otro lado cabe destacar que, al ser un registro manual, probablemente no todas las intervenciones realizadas se registraron, por lo que estos resultados estarían infraestimados, y el porcentaje de pacientes en riesgo de osteopenia podría ser aún mayor.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

NEUMONITIS ASOCIADA AL USO FÁRMACOS ANTI PD1/PDL1 EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Lavandeira Pérez M1.; de Juan García-Torres P1.; Chara Velarde LE2.; Blanco Crespo M1.; Martínez Ruiz E1.; Horta Hernández A.M1. 1Servicio de Farmacia. 2Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos:

En los últimos años la inmunoterapia con fármacos inhibidores de PD1 (nivolumab y pembrolizumab) y PDL1 (durvalumab y atezolizumab) ha conseguido aumentar la supervivencia global del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). Estos tratamientos presentan una toxicidad diferente, entre la que destacan los efectos adversos inmunorelacionados. Uno de ellos es la neumonitis, que aunque aparece en un número limitado de casos, puede poner en riesgo la vida del paciente.

La neumonitis es una inflamación local o difusa del parénquima pulmonar. Clínicamente se manifiesta con disnea, tos seca, dolor torácico e hipoxemia. Estos síntomas pueden pasar desapercibidos en pacientes con CPNM. Por ello es importante hacer un diagnóstico diferencial de esta patología.

Según los criterios CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) V5.0 existen 4 grados de neumonitis. A partir de grado 2-4, es necesario el soporte con terapia corticoidea.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en todos los pacientes con CPNM tratados con fármacos inhibidores de PD1/PDL1 desde enero de 2015 hasta febrero de 2019. Se analizaron los datos con el programa de prescripción electrónica Mambrino XXI[®] y el programa de prescripción electrónica oncohematológica Farmis-Oncofarm[®].

Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico, duración del tratamiento, número de ciclos recibidos, grado de neumonitis según los criterios CTCAE V5.0 y resolución o no del episodio.

Resultados: Se analizaron un total de 80 pacientes con CPNM en tratamiento con fármacos anti PD1/PDL1: 61,2% (n=49) nivolumab, 18,8% (n=15) pembrolizumab, 12,5% (n=10) durvalumab y 7,5% (n=6) atezolizumab. La mediana de edad fue de 70 años (RIC 64-75). El 83,7% fueron hombres. Se diagnosticaron 6 casos de neumonitis inmunorelacionada: 4% (n=2) nivolumab, 6,6% (n=1) pembrolizumab, 16,6% (n=1) atezolizumab y 20% (n=2) durvalumab.

La mediana de duración del tratamiento en los pacientes que desarrollaron neumonitis fue de 6 meses (RIC 2,5-8,75) con una mediana de 11 ciclos recibidos (RIC 5-17).

2 pacientes presentaron neumonitis grado 1 y continúan en tratamiento actualmente. 1 paciente desarrolló neumonitis grado 2 teniendo que suspender el fármaco temporalmente hasta resolución de los síntomas y 3 de los pacientes tuvieron neumonitis grado 3 requiriendo la suspensión del tratamiento de manera permanente y con necesidad de terapia de soporte con corticoides: metilprednisolona 2-4 mg/Kg/día o equivalente.

Conclusiones: La incidencia de neumonitis detectada coincide con la de los EC (1-10%) en el caso de nivolumab y pembrolizumab y es ligeramente superior en el caso de durvalumab y atezolizumab.

En los fármacos más recientes, como atezolizumab y durvalumab, la incidencia de neumonitis detectada en el periodo de estudio es mayor que con nivolumab y pembrolizumab. Esto puede deberse al infradiagnóstico de los pacientes tratados con los primeros fármacos comercializados, debido a la similitud de los síntomas con la propia enfermedad.

El diagnóstico precoz es esencial y permite en algunos casos continuar el tratamiento, de forma que el paciente pueda obtener el mayor beneficio.

No existe conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

FORMULACIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO 2% GEL TÓPICO PARA APLICACIÓN MEDIANTE IONTOFORESIS

Tardáguila Molina, P; Martín Alcalde, E; Lavandeira Pérez, M; Martínez Ruiz, E; Horrillo Sánchez de Ocaña, P; Horta Hernández, AM. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La tendinitis es muy frecuente en articulaciones como el hombro, la rodilla o el tendón de Aquiles. Cuando se mantiene a lo largo del tiempo puede acumular pequeños depósitos de calcio, produciendo calcificaciones. Para el tratamiento se utiliza ácido acético mediante administración transdérmica por iontoforesis y ultrasonidos, produciendo la disociación del precipitado cálcico. El radical acetato reacciona con el carbonato cálcico de la calcificación formando acetato cálcico, dióxido de carbono y agua. Hasta ahora la fórmula magistral que se utilizaba era una solución al 2% de ácido acético que se aplicaba en la zona afectada mediante gasas empapadas.

El objetivo es conseguir una fórmula magistral más viscosa de ácido acético para mejorar la adherencia en la piel.

Métodos: El servicio de Rehabilitación solicitó al servicio de Farmacia una fórmula magistral de ácido acético al 2% con una mayor consistencia para aumentar la permanencia del principio activo en contacto con la piel y mejorar así la técnica de aplicación por iontoforesis y ultrasonidos. Se realizó una búsqueda bibliográfica para estudiar los diferentes tipos de gelificación y encontrar la técnica más adecuada para un compuesto ácido. Además, se realizaron con el agente gelificante diferentes pruebas para determinar cuál era la consistencia adecuada.

Resultados: Tras analizar los diferentes tipos de procesos de gelificación y gelificantes disponibles en el servicio de Farmacia se decidió utilizar la técnica de gelificación mediante la formación de puentes de hidrogeno con carbómero (carbopol-940) y altas concentraciones de propilenglicol o glicerina, (mayores del 30%). Debido a que concentraciones mayores al 30% de propilenglicol pueden ser queratolíticas, se decidió utilizar una mezcla de propilenglicol 20% más glicerina 20%. Este proceso de gelificación es independiente del pH del medio, siendo compatible con sustancias ácidas.

Se realizaron diferentes pruebas (0.5%, 1%, 1.5%, 2% y 3%) para ver la concentración del carbómero a utilizar en función de la consistencia buscada.

Junto con el servicio de Rehabilitación se decidió que la concentración de carbómero que permitía conseguir una viscosidad adecuada para su aplicación fue del 2%.

El procedimiento de elaboración que se desarrollo fue: ácido acético 2% en gel carbopol.

El ácido acético junto con el agua se añaden a la mezcla de propilenglicol y glicerina, esta mezcla se calienta en el baño maría a unos 60°C y posteriormente se va añadiendo el carbómero poco a poco. Se deja reposar 24 horas y se agita para que quede homogéneo antes de envasar. Se obtiene un gel translucido, homogéneo, con consistencia, moderadamente evanescente y con óptima extensibilidad.

Conclusiones: La nueva fórmula magistral de ácido acético al 2% en gel es más consistente, resulta más adecuada para su administración tópica, mejorando la adherencia y permanencia del principio activo en la piel durante la realización de la técnica de iontoforesis.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFICACIA Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL METASTASICO

Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Sánchez Serrano, J.L; Notario Dongil, C Gómez Lluch, MT, Proy Vega, B, Andrés Navarro, N Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

Objetivos: Regorafenib es un fármaco antitumoral oral que bloquea potentemente varias proteínquinasa, incluidas las quinasa implicadas en la angiogénesis tumoral, oncogénesis, metástasis y inmunidad tumoral.

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar la eficacia y seguridad de regorafenib en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm).
- Comparar los resultados obtenidos en nuestra población con los del ensayo pivotal CORRECT.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con CCRm tratados con regorafenib desde el 1 de febrero del 2016 hasta el 1 febrero 2019.

Las variables recogidas mediante el módulo de gestión de pacientes externos de Farmatools® y de historias clínicas Mambrino XXI®, fueron: edad, ECOG, localización de metástasis, número líneas previas, número de ciclos, toxicidades y motivo de suspensión (toxicidad, progresión o exitus).

El esquema utilizado fue 160 mg una vez al día durante 3 semanas seguidas de 1 semana sin tratamiento.

La eficacia se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el programa estadístico SPSS® v.18.

La seguridad se evaluó según los Criterios de Toxicidad Común NCI CTCAEv.5.0.

Resultados: En el periodo de estudio 9 pacientes recibieron regorafenib con edad media de 59,3 años (rango:42-74) y todos con ECOG 0-1 excepto un paciente con ECOG 2.

Localización metástasis: pulmonares (55,5%), hepáticas (55,5%) y peritoneales (11,1%).

Los pacientes habían recibido una media de 2,7 (rango:1-6) esquemas de quimioterapia previamente en la enfermedad metastásica.

La media de ciclos administrados fue de 2,5 (rango:1-5). En 3 pacientes (33,3%) hubo que realizar reducciones de dosis, en dos de ellos dos reducciones (80mg/día) por exantema grado 3 e hipertransaminasemia grado 3 respectivamente.

La mediana de SLP fue de 2,95 meses (IC95% 0,6-5.3) y de SG 8,7 meses (IC 95%, 1,55-15,9). La mortalidad fue del 66,7%.

Las reacciones adversas de cualquier grado ocurrieron en el 100% de los pacientes, y de grado ≥ 2 en el 77,8%, destacando: toxicidad cutánea grado ≥ 2 (33,3% de los pacientes), hipertensión arterial (33,3%), astenia grado ≥ 2 (22,2%), síndrome mano pie grado ≥ 2 (22,2%). e hipertransaminasemia ≥ 2 (22,2%) y otras menos frecuentes mucositis, anemia y anorexia.

El tratamiento fue suspendido por toxicidad en el 33,3% de los pacientes.

Conclusiones:

Nuestros resultados de SG y SLP fueron algo superiores a los descritos en el estudio CORRECT (6,4 y 1,9 meses respectivamente).

En cuanto a la seguridad, el porcentaje de pacientes con alguna reacción adversa fue similar al estudio CORRECT donde aparecieron en el 93% de los pacientes.

Sin embargo, en nuestro estudio el porcentaje de reducción de dosis y de suspensiones del tratamiento por toxicidad inaceptable es inferior al del estudio pivotal donde ocurrió en el 75,6% y en el 70,4% de los pacientes.

Con la limitación de nuestro pequeño tamaño muestral, en fármacos como éste con resultados marginales, es importante conocer resultados en la práctica clínica real.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

USO DE MEDICINA ALTERNATIVA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

*Mallol Yáñez, MA; Sánchez Cadena, A; Donaire Martínez, S; Vicente Sánchez, MP; Rodríguez Martínez M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real*

Objetivos: El consumo de medicina alternativa (plantas o hierbas medicinales) está ampliamente instaurado en nuestro país, pero generalmente se desconocen las consecuencias que puede tener en el tratamiento farmacológico del paciente. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de utilización de la medicina alternativa (MA) en pacientes oncohematológicos que acuden a la consulta de atención farmacéutica y evaluar cuali-cuantitativamente las posibles interacciones con los antineoplásicos orales (AO).

Métodos: Estudio retrospectivo realizado desde abril de 2016 a julio de 2018 en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con AO. Se analizaron los datos de los registros de las entrevistas clínicas realizadas. Las variables recogidas fueron: sexo, AO, MA que tomaba cada paciente, si había o no una potencial interacción entre el AO y las MA; y el tipo de interacción en el caso de que existiera. Las interacciones se clasificaron en dos grupos: Interacciones a nivel del metabolismo hepático (MH) e interacciones farmacodinámicas. Para determinar si existía o no interacción entre el AO y las plantas se utilizó la base de datos del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Pubmed y Scopus.

Resultados: Se analizaron 567 pacientes, de los cuales el 52,4% eran hombres. El 11% de los pacientes tomaban MA en el momento de la realización de la entrevista. La media fue de 1.8 plantas por paciente (rango 1-6). Se analizaron 33 tipos de MA distintas, siendo la manzanilla la más consumida (16.8%), seguida del té verde y la tila (15.9%), la valeriana (7%), la menta y la pasiflora (5,3%) y el jengibre (3.5%). El 42.4% de las plantas totales interaccionaba con el AO. En el 53.9% de los pacientes que tomaban MA existía una potencial interacción con el AO. El AO más frecuente fue capecitabina (50.7%) seguido de palbociclib, regorafenib, everolimus y abiraterona (6.3%) y los AO que dieron lugar a más interacciones fueron capecitabina (42.2%), everolimus 15.5%, regorafenib (8.8%) y abiraterona 8.8%). El 86.2% de las interacciones se produjeron a nivel del MH.

Conclusiones: Una décima parte de los pacientes que inician AO y acuden por primera vez a la consulta de atención farmacéutica en oncohematología toman algún tipo de MA. No obstante, en un elevado porcentaje de estos pacientes se detecta una potencial interacción AO – PM, siendo las interacciones a nivel del MH las más prevalentes. Este hecho podría comprometer la eficacia y seguridad del tratamiento AO. El presente trabajo pone de manifiesto la importancia de la anamnesis en la entrevista farmacéutico - paciente sobre el consumo de este tipo de terapias, con la finalidad de maximizar los resultados en salud de los tratamientos antineoplásicos.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Monteagudo Martínez, N; Rodríguez Samper, MC; De Mora Alfaro, MJ; Fernández Marchante, AI, Hospital General de Villarrobledo, Albacete.

Objetivos: La valoración, prescripción y seguimiento nutricional en aquellos pacientes candidatos a nutrición parenteral (NP), es realizada en nuestro centro por una Unidad de Nutrición Clínica (UNC) multidisciplinar formada por un endocrino y un farmacéutico.

El objetivo es evaluar la adecuación del contenido nutricional de (NP) en macronutrientes (aminoácidos (aa) hidratos de carbono (HC) y lípidos) prescritas por la UNC durante el año 2018 en un hospital comarcal. Como objetivo secundario, evaluar si se ajustan al "Protocolo para la prescripción de NP y enteral" de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).

Material y métodos: Se registraron las NP elaboradas en el servicio de Farmacia desde enero a diciembre del 2018. Los datos antropométricos como edad, sexo, peso, talla y factor de estrés (FE) se obtuvieron de la prescripción electrónica Mambrino XXI. Los datos de la composición en macronutrientes de la NP se obtuvieron del programa informático NutriWin versión 8 del módulo HospiWin de Baxter.

La estadística se obtuvo a través del programa Excel de Microsoft para Mac, versión 15.13.3. Los datos se expresaron en medianas y rangos intercuartílicos (RIC).

Posteriormente se compararon los resultados con el Protocolo SENPE Documentos 2-C-EP-1998.

Las recomendaciones del protocolo SENPE, aconsejan administrar entre 4-5 g/kg/día de HC, no sobrepasando los 6-7g/kg/día y con un mínimo de 1g/kg/día; proteínas entre 0,8-1 g/kg/día (teniendo en cuenta el nivel catabólico del paciente o el grado de malnutrición), no sobrepasando los 2 g/kg/día; en cuanto a lípidos, recomiendan administrar entre 1-1,5g/kg/día, estableciendo una dosis máxima de 2,5g/kg/día, siendo la dosis habitual <2g/kg/día.

Resultados: En el año 2018 se elaboraron un total de 75 NP (68 personalizadas y 7 estándar tricameral), en un total de 47 varones y 28 mujeres. La mediana de edad era de 74 años RIC[65-81]). La altura era de 165,5, RIC[156-175] cm; peso 68,5, RIC[59-79] kilogramos; las calorías teóricas según Gasto Energético Basal (GEB) mediante las ecuaciones de Harris-Benedict ajustadas por sexo, y peso ajustado: 1408, RIC[1206-1601] kcal; calorías Gasto Energético Total (GET) 1822, RIC[1568-2082] kcal.

Las nutriciones elaboradas se realizaron según: calorías 1622, RIC[1428-1805] kcal; Proteínas 75, RIC[63,25-92,5]g (1,1 g/kg/día); HC 180, RIC[160-200] g (2,6g/kg/día); lípidos 60, RIC[50-70] g (0,9g/kg/día). Siendo en la mayoría de pacientes (95%) el FE de 1,3.

Según esto, se calcularon los aportes medios de aa 1,1 RIC[1,07-1,2]g/kg/día; HC 2,62 RIC [2,5-2,65]g/kg/día y lípidos 0,87 RIC[0,84-0,88]g/kg/día.

Conclusiones: Según lo expuesto, podemos decir que nuestros resultados en cuanto a la prescripción de NP cumplen las recomendaciones de la SENPE. Mientras que el contenido proteico se encuentra dentro de los rangos normales, el contenido de glúcidos y lípidos tienden hacia la baja respecto la guía, pero ambos se encuentran dentro de los límites considerados inferiores, no estando en ningún caso por debajo del mínimo recomendado.

No existen conflictos de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA EMESIS EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS: UNA PRIORIDAD

*Donaire Martínez, S; Mallol Yañez, MA; Vicente Sánchez, P; Benet Giménez, I; Rodríguez Martínez, M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real*

Objetivos: El objetivo del estudio fue cuantificar y evaluar el control de la emesis, así como el conocimiento y uso de fármacos antieméticos de los pacientes tratados con quimioterapia (QT) en el hospital.

Método: Estudio observacional y transversal realizado durante la primera semana de febrero de 2018 en el que se incluyeron pacientes que acudieron al Hospital de Día Onco-hematológico (HDOH); se excluyeron aquellos que recibían QT por primera vez. Se diseñó una encuesta basada en Patient-reported outcomes of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE) para determinar y cuantificar la aparición de náuseas y vómitos (N/V) en el ciclo anterior. Además, se recogió la toma de profilaxis antiemética y la utilización de medicación de rescate. Los pacientes fueron divididos en tres grupos según el riesgo emético (bajo, moderado y alto) de la QT administrada, siguiendo criterios de clasificación de las guías de National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Las variables fueron: edad, sexo y aparición e intensidad de N/V en diferentes momentos: N/V ciclo anterior, N/V agudos, N/V retardados, N/V irruptivos, N/V anticipatorios. También se preguntó por la profilaxis antiemética en los 2 días post-QT y en los sucesivos.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 62 pacientes con una media de edad de 63 años (rango: 36-82), de los cuales 33 eran mujeres (53,23%). Estos fueron agrupados en riesgo bajo: 12 pacientes (19,35%), moderado: 37 (59,68%), alto: 13 (20,97%). En cuanto a N/V ciclo anterior se presentaron en un: 25% en bajo, 54,05% moderado y 46,15% alto. Las N/V agudos ocurrieron en un: 16,67% en bajo, 21,62% moderado y 0% alto. Con respecto a N/V retardados aparecieron: 25% en bajo, 43,24% moderado y 38,46% alto; además, los pacientes que NO tomaron la medicación para N/V en los 2 días post-QT fueron: 91,67% en bajo, 75,68% moderado y 61,54% alto. Las N/V irruptivos sucedieron en un: 8,33% en bajo, 27,03% moderado y 53,84% alto. Finalmente las N/V anticipatorios tuvieron lugar: 8,33% en bajo, 2,70% moderado y 7,69% alto.

Conclusión: Mejores resultados del control de N/V agudos que retardados; esto es debido a la profilaxis intravenosa administrada en el HDOH y que no depende de una adherencia del paciente. Un elevado porcentaje poseían un mal control de N/V retardados y tenían N/V irruptivos, ya que la mayoría no tomaba profilaxis antiemética los 2 días post-QT a pesar de estar recomendado en todos los pacientes que reciben QT de moderado y alto riesgo emetógeno. Como acción de mejora se está llevando a cabo la implementación de un protocolo de profilaxis antiemética, desarrollado conjuntamente con los Servicios de Oncología y Hematología, para dispensar al paciente la medicación antiemética, así como, la información adecuada que favorezca la adherencia a las pautas profilácticas recomendadas y mejorar el control emético en el domicilio.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN Y DESPRESCRIPCIÓN ADAPTADO A CENTROS SOCIO SANITARIOS

García Marco D, Rodríguez Jiménez E2, Cifuentes Cáceres R3, Alonso de Lucas E4, Martínez Camacho M2, Rueda Naharro A. Hospital Nacional de Parapléjicos, Hospital Virgen del Valle, Residencia Sociosanitaria Benquerencia, Residencia Sociosanitaria Barber.

Objetivos: El objetivo ha sido diseñar una herramienta adaptada a los Centros Sociosanitarios (CSS) para la prescripción y desprescripción de los medicamentos.

Método: Se constituye a un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos hospitalarios, geriatras y enfermeras, para revisar y establecer los datos para el proyecto de un sistema automático que nos facilite la prescripción y la desprescripción en CSS. Se diseña un programa que no sólo sirve para los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica: principio activo, dosis, vía, forma farmacéutica, nombre del medicamento y dosis total diaria, sino también para los no incluidos en guía.

Además se integran en el programa criterios de desprescripción, cálculo de la carga anticolinérgica (10 fórmulas), fragilidad, estado cognitivo. Se diseñan alertas de medicamentos peligrosos para evitar problemas asociados a la trituración o manipulación por parte de enfermería.

Resultados: El programa Geridrugs®, se instala en 3 CSS y es capaz de determinar que pacientes son subsidiarios de desprescripción por estar afectados por medicamentos de criterios: STOPP, Beers, PIM, Less-Chron; o por ser polimedicados (se establece según los números de fármacos definidos en ese momento). Con su ayuda se ha realizado desprescripción en 2 CSS, en el tercero está en fase de implantación. El programa se adapta a la forma de trabajo de los CSS y sus pastilleros en base a la definición de cada centro. Los medicamentos "si precisa" se pueden elegir o no en el análisis. Permite mezclar criterios de desprescripción y criterios de fragilidad o cognitivos.

En cuanto a enfermería, vienen identificados y clasificados por horarios, y por medicamentos peligrosos en las hojas de administración. El hecho de que algunos medicamentos peligrosos aparecieran claramente identificados ha hecho variar la utilización de los mismos, como ha ocurrido con el acetato de megestrol.

Conclusión: Geridrugs® funciona correctamente en 3 CSS, ha facilitado y mejorado tanto la desprescripción de medicamentos, como el manejo de los medicamentos peligrosos. Es necesario diseñar productos a medida de la forma de trabajo de los CSS para poder mejorar su funcionamiento.

Si conflicto de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

NEUROPATÍA CRANEAL MÚLTIPLE Y SÍNDROME MIASTÉNICO SECUNDARIO A NILOTINIB

Sánchez Gundín J1, González Martínez F2, Martínez Valdivieso L1, Flor García A1, Marcos Pérez G1, Barreda Hernández D1. 1Servicio de Farmacia Hospitalaria. 2Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivo: Describir un caso clínico de un paciente que desarrolla una neuropatía craneal múltiple y un síndrome miasténico secundario al tratamiento con nilotinib.

Nilotinib es un fármaco empleado en adultos con leucemia mieloide crónica (LMC) positiva para el cromosoma Filadelfia y a pesar de su eficacia y buena tolerancia, no se encuentra exento de efectos adversos (EA). Los más frecuentes son: erupción cutánea, prurito, cefalea, náuseas, fatiga, alopecia, mialgia y dolor abdominal y dentro de los menos frecuentes se encuentra la neuropatía periférica.

Método: Caso clínico descriptivo y retrospectivo. El síndrome miasténico es un EA no descrito en la ficha técnica del fármaco ni reflejado en la bibliografía revisada. Se trata de un trastorno similar a la *miastenia gravis* y que puede ser secundario a diferentes fármacos.

Resultados: Varón de 59 años diagnosticado de LMC en 2006. Para el tratamiento de la LMC, el paciente recibió imatinib como primera línea que suspendió por mala tolerancia, dasatinib como segunda línea que suspendió por pérdida de respuesta molecular y nilotinib como actual y tercera línea (400 mg dos veces al día). Durante el tratamiento con nilotinib, se observó respuesta citogenética completa (RCC) y respuesta molecular, pero el paciente presentó pérdida repentina de la audición, vértigo y una erupción leve y pruriginosa en los brazos, pecho y cuero cabelludo. Posteriormente, el paciente desarrolló disgeusia y visión doble y borrosa, y tras pruebas sucesivas, se observó parálisis interna del recto en ambos ojos y variación de dos pares de nervios craneales (nervios craneales VIII y VI). Todo ello es probable relación con nilotinib. Inmediatamente después de estos síntomas, al paciente se le diagnosticó de un síndrome miasténico ocular y bulbar con ptosis y diplopía y fatiga con criterios clínicos y miasténicos. Los anticuerpos del receptor de acetilcolina también fueron positivos.

Se descartó infiltración tumoral del sistema nervioso central (SNC) porque el paciente se encontraba en RCC y el estudio del líquido cefalorraquídeo y la resonancia magnética del SNC fueron normales. Se sospechó un EA y se redujo la dosis de nilotinib (300 mg dos veces al día) debido a la toxicidad neurológica.

El paciente mejoró considerablemente ambos, diplopía y pérdida de audición. Actualmente, está en RCC con respuesta molecular completa y remisión molecular mayor con menos dosis de lo habitual. El paciente está sintomáticamente mucho mejor y puede acomodar la visión sin diplopía. No hay evidencia de fatiga de ptosis palpable o sistémica y la exploración es normal.

Conclusiones: El uso de nilotinib en la LMC es relativamente reciente y, por lo tanto, los EAs a largo plazo están poco estudiados. En este paciente, la sintomatología sugestiva de multineuritis craneal, síndrome miasténico, niveles de anticuerpos del receptor de acetilcolina y la mejoría neurofisiológica tras reducir la dosis de nilotinib, hace probable la asociación entre nilotinib y neuropatía craneal múltiple y síndrome miasténico. Finalmente, se necesitan más estudios que incluyan la asociación entre nilotinib y síndromes miasténicos.

Conflicto de intereses: sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

TOFACITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA UNIVERSAL REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Rubio F, Aldaz Francés R, Garrigues Sebastián MR, Pérez Alpuente I, Ruiz Sánchez S, Serna Serrano B. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: La alopecia areata es una forma de alopecia no cicatricial de origen autoinmune. Su forma de presentación clínica más grave es la conocida como alopecia areata universal (AAU), que consiste en la pérdida total de pelo del cuero cabelludo, del vello de las cejas, las pestañas y del cuerpo. La evolución clínica es impredecible, afectando notablemente la calidad de vida de los pacientes y no existiendo en la actualidad ningún tratamiento curativo.

El objetivo del estudio ha sido describir la eficacia de tofacitinib en una paciente con AAU de más de treinta años de evolución refractaria a todos los tratamientos.

Métodos: Mujer de 48 años en seguimiento por el Servicio de Dermatología (SD) con diagnóstico de AAU desde los 15 años. Se le han prescrito múltiples tratamientos farmacológicos; por vía oral ha recibido numerosos ciclos de corticoides, metotrexato, ciclosporina A y psoraleno con exposición posterior a radiación ultravioleta A (PUVA). Por vía tópica, ha recibido varios ciclos de corticoides, difenciprona, ácido retinoico, antralinas, minoxidilo y tacrólimus. Dada la situación de fracaso a todos los tratamientos descritos, la paciente sufre un gran estrés psicológico que le desencadena un síndrome depresivo de larga evolución. Ante la búsqueda de constantes alternativas, se optó por emplear las nuevas terapias biológicas, iniciando tratamiento con ustekimumab subcutáneo durante un año y medio, pero sin llegar a repoblar el cuero cabelludo. En diciembre de 2018 el SD solicita al Servicio de Farmacia (SF) la utilización de tofacitinib como nueva alternativa terapéutica. Después de realizar una revisión bibliográfica de varias series de casos clínicos aislados, se procede a tramitar este tratamiento a Dirección Médica del Hospital con indicación fuera de ficha técnica (FT).

La dosis de inicio de tofacitinib recomendada para esta indicación es de 5 mg dos veces al día para posteriormente escalar a la dosis de mantenimiento de 15 mg/día.

Resultados: Tras un primer mes de tratamiento la paciente refiere muy buena tolerancia al fármaco. Se le realiza un control analítico con todos los parámetros dentro de la normalidad. Se decide mantener la misma pauta y evaluar al mes siguiente. En la siguiente revisión, la paciente refiere que sigue con buena tolerancia salvo algún episodio de cefalea. Clínicamente se observa el crecimiento de vello en cuero cabelludo, cejas y pestañas. Se decide entonces aumentar dosis de tofacitinib a 15 mg/día con nuevo control analítico y revisión al mes siguiente. La paciente actualmente está terminando el tercer ciclo de tratamiento.

Conclusiones:

Aunque nuestros resultados son todavía preliminares, la paciente parece estar respondiendo al tratamiento con tofacitinib de forma prometedora.

Según la FT de tofacitinib, la aparición de cefalea es uno de los efectos adversos que puede ocurrir con mayor frecuencia.

Es imprescindible continuar con el seguimiento periódico de la paciente para poder determinar la eficacia y seguridad de tofacitinib en el tratamiento de la AAU.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EXPERIENCIA INICIAL DE USO CON RESLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE

Sánchez Rubio, F; Díaz Rangel, M; Garrigues Sebastián, MR; Pérez Alpuente, I; Ruiz Sánchez, S; del Pozo Carlavilla, C. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Reslizumab es un anticuerpo monoclonal frente a la interleucina-5 (IL-5). Según ficha técnica (FT) está indicado como tratamiento adicional en pacientes adultos con asma eosinofílica grave (AEG) insuficientemente controlada con el tratamiento con corticosteroides inhalados (CI) en dosis altas más otro medicamento para el tratamiento de mantenimiento, incluyendo un b2-adrenérgico de acción prolongada (LABA) y/o corticoesteroides sistémicos (CS).

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad de reslizumab en pacientes con AEG para valorar su inclusión en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos con AEG que iniciaron tratamiento con reslizumab durante el año 2018 en un hospital de tercer nivel. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, criterios de indicación, tratamientos previos, pauta posológica y número de ciclos recibidos. La eficacia a largo plazo se evaluó mediante pruebas de función pulmonar, incluyendo el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), capacidad vital forzada (FVC), flujo espiratorio medio (MMEF 75/25), y el recuento de eosinófilos. Subjetivamente se evaluó la reducción del número de exacerbaciones asmáticas y la reducción del uso de CI. La seguridad se evaluó según los efectos adversos (EA) documentados. Los datos se obtuvieron a través del módulo de dispensación a pacientes ambulatorios de Farmatools® y de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®.

Resultados:

Un varón de 52 años y una mujer de 32 años fueron incluidos en el estudio. Ambos fueron diagnosticados de AEG y cumplían criterios de indicación de reslizumab según FT. Ambos estaban en tratamiento con CI, LABA y CS. Solamente la mujer había recibido previamente tratamiento con otro anti IL-5 (mepolizumab), y ninguno había recibido omalizumab. El fármaco se dosificó en función del peso corporal de cada paciente (200 mg y 225 mg, respectivamente) en ciclos de 28 días, habiendo recibido 12 y 10 ciclos, respectivamente. En cuanto a la evaluación de la función pulmonar, tras 40 y 30 semanas de tratamiento, la evolución media de FEV1 pasó de 60% y 80,8% a 87% y 95%; la FVC pasó de 75% y 79,5% a 87% y 96%; la FEV1/FVC de 60% y 67% a 75% y 78%; el MMEF 75/25 de 28% y 62,3% a 58% y 71%; y los valores de eosinófilos disminuyeron de 1340/ μ L y 300/ μ L a 60/ μ L y 90/ μ L, respectivamente. Las exacerbaciones clínicas del asma y la dosis de CI se redujeron en ambos pacientes. Ningún paciente ha reportado EA derivados del fármaco hasta la fecha.

Conclusiones:

Pese al pequeño tamaño muestral, reslizumab ha demostrado seguridad y una eficacia clínica mantenida; mejorando la función pulmonar y logrando disminuir la dosis de CI, habiendo repercutido favorablemente desde el punto de vista de calidad de vida y del control de la enfermedad en nuestros pacientes.

Tras estos resultados satisfactorios, se ha solicitado la inclusión de reslizumab en la GFT para que otros pacientes se puedan beneficiar de este tratamiento en el AEG.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL CON PARTÍCULAS PRECARGADAS CON IRINOTECÁN (DEBIRI): ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS NO RESECABLES DE CARCINOMA COLORRECTAL

González Suárez, S; Labrador Andújar, N; García Sacristán, A, Domínguez Barahona, A; López Álvarez, R; Moya Gómez, P. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivos: La quimioembolización transarterial hepática con partículas precargadas con irinotecán (DEBIRI) es un tipo de terapia local paliativa para las metástasis hepáticas de los pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) no susceptibles a cirugía. En los casos en que las lesiones o loes se presenten en un único lóbulo hepático se denominan unilobulares y solamente se realizan dos sesiones de quimioembolización separadas 4 semanas y en los casos en que las lesiones se encuentren en dos lóbulos, bilobulares, se precisa de 4 sesiones cada 15 días alternando el lóbulo.

El objetivo de este estudio es describir los casos donde se ha utilizado esta terapia, su efectividad y sus efectos adversos tempranos conocidos como el síndrome post-quimioembolización.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes que han recibido quimioembolización con irinotecán entre enero 2017 y enero 2019 en un hospital de tercer nivel. Se revisó el programa de prescripción oncológica y la historia clínica electrónica de los pacientes, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, número de quimioembolizaciones, dosis de irinotecán administrada, lesiones unilobulares o bilobulares y efectos adversos experimentados por los pacientes.

La efectividad fue medida por la respuesta obtenidas en los Tacs, los cuales se realizaban un mes después de la quimioembolización y se clasificaron como respuesta parcial (disminuye el tamaño de las lesiones) o como enfermedad estable (permanecen las lesiones pero no aumentan ni disminuyen de tamaño) y los meses de supervivencia global (SG).

Resultados: Seis pacientes, cuatro hombres y dos mujeres, han sido tratados con la técnica DEBIRI. La mediana de edad fue de 81 años (69-85). Se han realizado un total de 19 quimioembolizaciones: 4 pacientes con 4 sesiones cada uno (loes bilobulares), un paciente con 2 sesiones (loes unilobulares) y un paciente con una sesión dado que tras ésta rechaza seguir en tratamiento. En todos los casos la dosis administrada fue 100 mg de irinotecan.

Un paciente (16%) presentó una respuesta parcial y una SG de 28 meses, dos de los pacientes (33%) mantuvieron una enfermedad estable y una SG mediana de 17 meses. Al paciente con lesiones unilobulares le detectaron metástasis cerebrales tras la última sesión y tuvo una SG de 2 meses, y el otro paciente presenta una enfermedad estable tras recientemente acabar las 4 sesiones que le corresponden, pero la SG no es evaluable.

Un 66% de los pacientes sufrieron síndrome post-quimioembolización descrito como dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas y vómitos.

Conclusiones: La experiencia de uso de la técnica DEBIRI es muy limitada, dado que se ha realizado en pocos pacientes. En los casos expuestos se ha visto resultados de eficacia prometedora en el tratamiento de las metástasis hepáticas no resecables del CCRm, aumentando la supervivencia global de los pacientes tratados. Se trata de una técnica segura que presenta una baja tasa de toxicidad remitiendo los efectos adversos con medicación rápidamente en los casos en los que se presentan. En nuestro centro los resultados son acordes a la evidencia científica descrita y siguen las recomendaciones de las guías.

Riccardo Lencioni, MD, Camilo Aliberti, MD, Thierry de Baere, MD, et all. Transarterial Treatment of Colorectal Cancer Liver Metastases with Irinotecan-Loaded Drug Eluting Beads: Technical Recommendations J Vascul Interv. Radiol 2014; 25:365-369

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Díaz Rangel1, M; Casas Hidalgo, I2; Serna Serrano, B1.

1. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. 2. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: La conciliación de medicación es un proceso asistencial que minimiza los errores de medicación y reduce la morbilidad de los pacientes hospitalizados. Este procedimiento tiene la finalidad de identificar y resolver discrepancias de fármacos definidas como las diferencias entre la prescripción del tratamiento domiciliario y el tratamiento prescrito al ingreso.

El objetivo de este estudio es mostrar el número, el tipo y la importancia de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con la conciliación de la medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (COT) de dos hospitales de tercer nivel.

Métodos:

Estudio prospectivo multicéntrico realizado en el servicio de COT desde junio hasta diciembre de 2018. Se incluyeron todos los pacientes ingresados de edad mayor o igual a 65 años. La metodología empleada en el proceso de conciliación fue la siguiente: antes de las 24 horas desde el ingreso, el farmacéutico obtenía el tratamiento farmacológico domiciliario de cada paciente a través de una entrevista clínica con el enfermo o su cuidador, también consultaba la historia clínica electrónica y el tratamiento prescrito en el programa de atención primaria. Esta medicación se comparaba con el tratamiento prescrito en el hospital. Las discrepancias detectadas eran discutidas con el médico para determinar si estaban justificadas en relación a la situación clínica del paciente. Las discrepancias evaluadas fueron: dosis, régimen posológico, vía de administración u omisión del fármaco, diferente medicación y medicamento no indicado. De esta manera, si las discrepancias no estaban justificadas, se realizaban cambios en el tratamiento farmacológico.

Resultados: 298 pacientes (68% mujeres) fueron incluidos con una media de edad de 76,17 ($\pm 10,39$). El promedio de medicamentos por paciente fue 8,19 ($\pm 3,15$). Se detectaron 928 discrepancias no justificadas. Éstas fueron clasificadas como: omisión de la medicación =801 (86,31%), diferente régimen posológico o vía de administración=87 (9,38%), diferente medicación=15 (1,62%) y medicamento no indicado=25 (2,69%).

Conclusiones: El elevado número de discrepancias no justificadas detectado evidencia la realización del proceso de conciliación de la medicación al ingreso en el servicio de COT. El porcentaje más elevado de discrepancias no intencionadas corresponden a omisión de la medicación, lo cual es acorde a lo descrito en la bibliografía. La aceptación de las intervenciones farmacéuticas en el servicio de COT es clave para asegurarnos que los pacientes reciben su medicación domiciliaria durante la transición entre los diferentes niveles asistenciales, así como para evitar posibles complicaciones durante el ingreso hospitalario.

Conflicto de intereses: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

Buendía Moreno JA., Marcos Pérez G., Portela Sotelo A., Martí Gil C., Canales Ugarte S., Barreda Hernández D. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Objetivos: Cuantificar las recomendaciones farmacoterapéuticas (RF) relativas al ajuste de dosis y/o pauta posológica en pacientes con insuficiencia renal (IR) y estudiar su grado de aceptación.

Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de segundo nivel con prescripción electrónica Mambrino XXI® (PEMMXXI) en relación a las RF realizadas desde julio a diciembre de 2018.

Se localizaron las RF de pacientes hospitalizados con IR a través del programa FarmaTools® (Módulo de Unidosis) seleccionando aquellas codificadas con alguno de los siguientes motivos de intervención:

- Dosis/Intervalo posológico
- Ajuste posológico
- Seguridad
- Monitorización de niveles plasmáticos

A partir de este informe se eligieron aquellas dirigidas a pacientes con IR y que precisasen ajuste de dosis y/o intervalo posológico, y se analizaron mediante base de datos Microsoft-Excel® recopilándose las variables de sexo, edad, servicio de hospitalización, grupo terapéutico, medicamento y grado de aceptación.

Resultados: Del total de 1.342 RF analizadas, se seleccionaron 236 que correspondían a 137 pacientes con IR, 83 hombres (60,6%) y 54 mujeres (39,4%), con una edad media de 82 años.

Los pacientes se encontraban hospitalizados principalmente en los Servicios de Medicina Interna (64), de Cirugía General y Digestiva (60), Neurología (26), Nefrología (25) y Urología (21). Los grupos de fármacos sobre los que mayor cantidad de RF se efectuaron fueron antibacterianos (104), antitrombóticos derivados de la heparina (89), antagonistas del receptor H2 (19) y antiinflamatorios no esteroideos (9). Los fármacos involucrados principalmente fueron enoxaparina (52), bemiparina (37), amoxicilina-clavulánico (32), ranitidina (19) y levofloxacino (18). En referencia al grado de aceptación constaron como "Aceptadas" 62 (26,3%), "Aceptación no valorable" 43 (18,2%) y "No aceptadas" 131 (55,5%).

Conclusiones: Entre las posibles causas de la baja aceptación de RF, podríamos destacar la posibilidad de que no tengan demasiada visibilidad dentro de PEMMXXI, que el criterio de riesgo de IR del farmacéutico no coincida con el del médico prescriptor o que al paciente se le diese de alta antes de que tuviese efecto la RF. Un aspecto a tener en cuenta es que entre los fármacos susceptibles de ajuste posológico sobre los que se realizaron RF, se encuentran algunos que son ampliamente prescritos en ámbito hospitalario, lo que muestra que las intervenciones realizadas son una herramienta indispensable del Servicio de Farmacia, que mediante la validación farmacéutica contribuye a la mejora de la seguridad, la calidad asistencial y el uso correcto de la farmacoterapia.

Conflicto de interés: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y SU IMPACTO SOBRE PACIENTES CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y RIESGO DE HIPOMAGNESEMIA

Rueda Naharro Aa, De los Reyes Martín Na, García Marco Da, Martínez Camacho Mb.a Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo. b Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Objetivo: identificar pacientes con prescripción concomitante de inhibidor de la bomba de protones (IBP) y magnesio, y conocer el impacto que las intervenciones farmacéuticas realizadas, según su tipo, tendrían sobre la desprescripción del IBP o cambio a ranitidina.

Métodos: se identifican los pacientes con prescripción de IBP y magnesio desde agosto de 2018 hasta febrero de 2019, recogiendo en Excel® características demográficas, tiempo con el tratamiento, dosis y niveles de magnesio (considerándose hipomagnesemia niveles inferiores a 1,9 mg/dL), IBP prescrito, motivo de prescripción de IBP, tipo y número de intervenciones realizadas y aceptación de retirada de IBP, cambio a ranitidina o ninguna de las anteriores. Las intervenciones fueron de 3 tipos: intervención por Farmatools®, nota en evolutivo de Mambrino XXI® o llamada telefónica. Estas intervenciones iban orientadas a recordar a los facultativos la nota emitida por la FDA en 2011, y secundada por la AEMPS, sobre riesgo de hipomagnesemia asociado al uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBPs).

Resultados: se identifican 22 pacientes (16 hombres y 6 mujeres), con IBP y magnesio susceptibles de intervención. 13 pacientes (59%) tenía hipomagnesemia al ingreso, y los 9 restantes sufren hipomagnesemia a lo largo de su estancia hospitalaria. La dosis media de magnesio recibida fue de 540 mg/día. Los IBPs utilizados fueron esomeprazol (2 pacientes), omeprazol (6 pacientes) y pantoprazol (14 pacientes). Se realizan una media de 3 intervenciones por paciente. Se hizo intervención solo en Farmatools® a 5 pacientes, con varios recordatorios (media de 2 intervenciones). En ninguno de estos pacientes se realizó desprescripción de IBP o cambio a ranitidina. Con los siguientes 9 pacientes identificados se procedió a realizar tanto la intervención en Farmatools® como llamada telefónica al médico prescriptor. En este caso se obtuvieron: 5 cambios de IBP a ranitidina y 1 suspensión de IBP. La última estrategia que se siguió en los últimos 8 pacientes fue intervención en Farmatools® y nota en evolutivo de Mambrino XXI®, obteniéndose 1 suspensión de IBP y un cambio a ranitidina.

Conclusiones: como podemos observar, las intervenciones farmacéuticas con mayor impacto son las que implican contacto directo con el prescriptor por medio de llamada telefónica. En segundo lugar, las notas en el evolutivo de Mambrino XXI® tienen un efecto modesto, siendo las intervenciones en Farmatools® las que menos interés generan. Esto es debido a que casi siempre, los prescriptores no ven el texto o intervenimos y después validamos, con lo que se borra la intervención. No obstante, las intervenciones telefónicas son las que más tiempo suponen al farmacéutico por problemas de localización de los médicos prescriptores. La opción de notas en el evolutivo es la más recomendable, pero hay que recordar a los facultativos que deben leerlas, puesto que tienen información importante, sin abusar nosotros de ellas para no generar fatiga por alertas.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ADECUACIÓN AL PROTOCOLO DE USO DE SUGAMMADEX EN QUIRÓFANO

Álvarez Nonay , A1.; Ruiz Gonzalez2. L, Fierro Villa3. C; Narváez Montenegro4. VD, Oliete Beatove4. P; Gajón Flores4.P. 1.Servicio de Farmacia Clínica Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza. 2. Servicio de Farmacia Clínica la Antigua, Guadalajara. 3. Servicio de Farmacia Clínica Asturias, Oviedo, 4. Equipo de Enfermería Quirófano, Clínica Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza.

Objetivo: El sugammadex es una ciclodextrina modificada utilizada para la reversión del bloqueo muscular no despolarizante inducido por rocuronio y vecuronio. Para optimizar la prescripción del mismo, se elaboró un protocolo de uso, mediante un grupo multidisciplinar que incluía médicos, farmacéuticos y equipo de enfermería. Se restringió su uso a 4 condiciones de urgencia por compromiso vital.

El objetivo del presente estudio es:

-Analizar las condiciones clínica que motivaron su uso y evaluar consecuentemente el cumplimiento del protocolo de uso de sugammadex en el quirófano de varios hospitales.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico realizado de Enero de 2018 a Enero de 2019. Se incluyeron a todos los pacientes quirúrgicos que requirieron el uso de sugammadex el área quirúrgica de tres hospitales.

Variables recogidas: sexo, edad, servicio médico, adecuación al protocolo, condición clínica de uso y tipo de cirugía en las que se usó sugammadex.

Se definió adecuación al protocolo cuando la prescripción de sugammadex cumplía una de las 4 condiciones clínicas de uso aprobadas:

- Situación clínica en las que la reducción del tiempo de recuperación del bloqueo profundo sea emergencia vital.
- Bloqueo moderado hasta el final de la intervención para garantizar la seguridad del paciente.
- Bloqueo profundo hasta el final de la intervención para garantizar la seguridad del paciente.
- Bloqueo residual hasta el final de la intervención para garantizar la seguridad del paciente.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 36 pacientes; 19 (53%) hombres. La mediana de edad fue de 58 años (RIC: 47.25-68.75).

Sugammadex se requirió por orden de frecuencia en 19 intervenciones de traumatología (52.8%), 8 de Cirugía General (22.2%), 3 de Digestivo, 2 de Cirugía Plástica, 2 de Cirugía Vasculard, 1 de Oftalmología y 1 de Cirugía Maxilofacial.

El tipo de intervención en la que más frecuentemente se requirió sugammadex fueron en 19 artroscopias de hombro (52.8%), siendo la condición clínica más frecuente (42%) de su uso el bloqueo residual hasta el final de la intervención.

La adecuación al protocolo de uso fue del 100%.

Las condiciones clínicas en las cuales se utilizó fueron en un 41.7% (15) por bloqueo moderado hasta el final de la intervención para garantizar la seguridad del paciente o reducir las complicaciones, 25% (9) bloqueo residual tras la administración de anticolinesterásicos y anticolinérgicos, 19.4%(7) por una situación clínica en las que la reducción del tiempo de recuperación del bloqueo profundo sea emergencia vital y un 13.9% (5) en situaciones de bloqueo profundo hasta el final de la intervención.

Conclusiones: Existe un alto cumplimiento del protocolo en los hospitales y, consecuentemente, un mayor control de la prescripción del medicamento, así como, una mejor utilización del mismo por parte del equipo médico.

Se considera efectivo, cumplir y poner en conocimiento de todos los profesionales implicados la importancia de ajustarse y seguir las recomendaciones del protocolo de uso de sugammadex.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM DEL 2016 AL 2018

Serna Serrano B, Aldaz Francés R, García Gómez C, Valladolid Walsh A, Del Pozo Carlavilla C, Ruiz Sánchez S. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo: Durante el 2017 se produjo un desabastecimiento de piperacilina/tazobactam (P/T) a nivel mundial, por lo que la Comisión de Infecciones del hospital (CI), de acuerdo con las recomendaciones de la AEMPS, propuso entre otras alternativas el uso de los antibióticos carbapenémicos y cefalosporinas. Por otro lado, en julio de 2018 se inició el Programa de Optimización de Antibióticos Carbapenémicos (PROAC) que recomendaba la prescripción de P/T y cefalosporinas de tercera-cuarta generación como alternativas al uso de carbapenémicos.

- El objetivo del estudio es describir la evolución del consumo y coste económico de P/T así como de sus posibles alternativas terapéuticas en el hospital.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: años 2016 al 2018. Los principios activos (PA) estudiados fueron: P/T, ceftriaxona, ceftazidima, cefepima, imipenem, meropenem y ertapenem. Se recogió información por PA y se analizaron las siguientes variables: unidades totales consumidas (U), precio medio del vial (Pm), compras anuales (C_a), Dosis Diaria Definida por 100 estancias (DDD/100E) y número de veces que se ha cambiado de proveedor. Los datos han sido obtenidos del programa Farmatools®.

Resultados:

A continuación, se muestran los resultados analizados por PA y año:

• 2016:	P/T	(U:35.010,	Pm:1,53€,	C_a :53.658€,	DDDs/100E:5,65).
Ceftriaxona		(U:10.926,	Pm:0,81€,	C_a :8.850€,	DDDs/100E:5,10).
Ceftazidima		(U:4.397,	Pm:1,36€,	C_a :5.964€,	DDDs/100E:0,92).
Cefepima		(U:1.818,	Pm:3,40€,	C_a :6.172€,	DDDs/100E:0,84).
Imipenem		(U:21.201,	Pm:3,12€,	C_a :66.152€,	DDDs/100E:3,20).
Meropenem		(U:12.287,	Pm:3,08€,	C_a :37.842€,	DDDs/100E:3,10).
Ertapenem		(U:892,	Pm:40,64€,	C_a :36.255€,	DDDs/100E:0,54).
• 2017:	P/T	(U:27.653,	Pm:3,66€,	C_a :115.978€,	DDDs/100E:4,56).
Ceftriaxona		(U:11.622,	Pm:0,79€,	C_a :9.218€,	DDDs/100E:5,57).
Ceftazidima		(U:4.909,	Pm:1,24€,	C_a :6.086€,	DDDs/100E:0,97).
Cefepima		(U:1.868,	Pm:3,45€,	C_a :6.437€,	DDDs/100E:0,90).
Imipenem		(U:20.121,	Pm:3,12€,	C_a :62.782€,	DDDs/100E:3,06).
Meropenem		(U:15.730,	Pm:2,85€,	C_a :44.812€,	DDDs/100E:4,09).
Ertapenem		(U:1.301,	Pm:38,55€,	C_a :50.153€,	DDDs/100E:0,79).
• 2018:	P/T	(U:38.279,	Pm:3,33€,	C_a :165.391,79€,	DDDs/100E:6,51).
Ceftriaxona		(U:12.334,	Pm:0,78€,	C_a :9.634,74€,	DDDs/100E:5,77).
Ceftazidima		(U:4.894,	Pm:1,34€,	C_a :6.579,79€,	DDDs/100E:1,04).
Cefepima		(U:2.173,	Pm:3,29€,	C_a :7.141,84€,	DDDs/100E:0,99).
Imipenem		(U:13.009,	Pm:3,12€,	C_a :40.591,20€,	DDDs/100E:1,96).
Meropenem		(U:12.767,	Pm:2,78€,	C_a :35.431,81€,	DDDs/100E:3,26).
Ertapenem		(U:1.173,	Pm:37,50€,	C_a :43.813,58€,	DDDs/100E:0,71).

Durante el periodo de estudio, P/T y Meropenem fueron adquiridos a cinco proveedores distintos y el resto, a un sólo proveedor.

Conclusiones: En el 2017, año del desabastecimiento del P/T, su Pm se incrementó un 139% y las C_a aumentaron 62.319,97€ (Δ 116%) a pesar de que el consumo se redujo 7.357U (Δ 21%) respecto al 2016. El análisis de las DDDs/100E confirmó una reducción del empleo de P/T del 19,3% y un aumento del 31,9% del meropenem, mientras que, ertapenem, ceftazidima y cefepima experimentaron un discreto aumento.

En el 2018, coincidiendo con la puesta en marcha del PROAC, el consumo de P/T aumentó considerablemente (Δ DDDs/100E_{2018/2017}:42%) mientras que el de los carbapenémicos descendió (Δ DDDs/100E_{2018/2017}:36%, 20% y 10% respectivamente, para imipenem, meropenem y ertapenem). Las cefalosporinas experimentaron una discreta subida.

El análisis bruto de la tendencia del consumo de antibióticos con indicaciones terapéuticas comunes, permite establecer las posibles causas de estas desviaciones. En el caso de P/T, las fluctuaciones del consumo podrían estar justificadas por su desabastecimiento e inicio del PROAC, aunque estas hipótesis deberán ser confirmadas mediante estudios más profundos.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PREVALENCIA DE ANEMIA Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Yuste Gutiérrez, AM, Martín Alcalde E, Mendoza Acosta, I, Martínez Ruiz, E, Díaz Morfa, M, Horta Hernández, AM. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Guadalajara. Servicio de Hematología, Hospital Universitario Guadalajara.

Objetivo: La anemia es un problema frecuente en las personas mayores y está relacionada con un aumento de la morbilidad y mortalidad. La OMS define anemia como el descenso de la concentración de hemoglobina por debajo de 12 g/dl en mujeres y 13 g/dl en hombres.

Las causas de la anemia se clasifican en tres grandes grupos: las deficitarias o carenciales, las asociadas a trastornos crónicos (ATC) y las inexplicadas (AI). Las anemias deficitarias (AD) se engloban en: ferropénicas (que suponen una prevalencia de 18% en la población española), las debidas a deficiencia de cobalamina y las que ocurren por déficit de ácido fólico.

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de anemia y su tratamiento en pacientes geriátricos.

Métodos: Estudio transversal realizado en febrero 2019 que incluyó todos los pacientes de un centro sociosanitario (CSS) de pacientes geriátricos. Se revisaron las últimas analíticas de los pacientes y la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®). Se diseñó una base de datos en la que se recogieron los siguientes parámetros: demográficos (edad, sexo), clínicos (diagnósticos, y datos analíticos: función renal, hemoglobina, ácido fólico, vitamina B12 y perfil férrico: hierro, ferritina, transferrina y saturación de la transferrina) y farmacológicos (tratamientos).

Resultados:

De los 61 pacientes del CSS, la prevalencia de anemias fue de un 43.3%; 58% mujeres. La mediana de edad fue de 87 años (RIC: 83-93).

El 30,4 % eran AD: 4 anemias ferropénicas(AF), 3 anemias por déficit de ácido fólico(ADAF) y 1 por déficit de vitamina B12(ADB12). Los pacientes con ATC fueron el 34,6%. El 34,6% restante se consideraron AI.

El 73 % del total de los pacientes con anemia recibieron suplementos de hierro en su tratamiento: 5 por vía parenteral y 14 por vía oral. La mediana de tiempo en tratamiento con hierro fue de 90 días (RIC: 60-90).

Los pacientes con ADAF recibieron suplementos del mismo diariamente en un 66.7% de los casos. El paciente que presentaba ADB12 no recibió vitamina B12.

En el 44,4% de ATC la causa fue la insuficiencia renal crónica (IRC) de los pacientes, de los cuales solo 1 (25%) recibió eritropoyetina como tratamiento de la anemia asociado a enfermedad renal.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de anemias en los CSS de pacientes geriátricos. Las anemias mayoritarias fueron ATC y AI. Afectan en porcentaje superior a las mujeres.

En muchos de los casos el tratamiento prescrito son los suplementos de hierro, incluyendo a pacientes que no padecen AF.

Los pacientes con anemia megaloblástica no tenían el tratamiento indicado en el momento del análisis en su totalidad.

Los pacientes con ATC e IRC recibieron tratamiento con eritropoyetina en el caso correspondiente.

La anemia es un proceso importante en el anciano frágil y el manejo multidisciplinar favorece una recuperación más temprana del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOSIS REDUCIDAS DE APREMILAST EN PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Mendoza Acosta I1, Blanco Crespo M1, Carrasco Gomáriz M1, Sánchez de Castro M1, Fernández Prada M2, Horta Hernández AM1. Servicio de Farmacia1, Servicio de Reumatología2. Hospital Universitario de Guadalajara.

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

La aparición de efectos adversos (EA) y la remisión de los síntomas han llevado al uso en la práctica clínica de dosis reducidas (DR) de apremilast, 30 mg una vez al día (QD), como uso fuera de ficha técnica.

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad y seguridad de la pauta de apremilast QD.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con apremilast desde enero 2016 hasta enero 2019. Se identificaron aquellos pacientes que recibían DR.

Se utilizó la historia clínica electrónica (HCE) y el módulo de pacientes externos de Farmatools para recoger variables: demográficas, farmacológicas (tratamientos previos) y clínicas (diagnóstico, motivo de reducción de dosis, duración del tratamiento y aparición de EA). Para evaluar la efectividad se utilizó el Disease Activity Score (DAS-28) en APs y Psoriasis Area Severity Index (PASI) en Ps.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS vs 15.0.

Resultados:

De los 57 pacientes en tratamiento con apremilast, se identificaron 9(15,8%) con DR. La mediana de edad fue de 57,3 años (RIC:47,4-62,7); 5(55,6%) mujeres; 5(55,6%) diagnosticados de Ps y 4(44,4%) de APs.

Los motivos de reducción de dosis fueron: EA 6(66,7%) y remisión de los síntomas 3(33,3%).

La mediana de tiempo en tratamiento con apremilast a dosis plenas hasta la RD fue de 5,4 meses (RIC:1,86-9,97).

Todos los pacientes habían recibido terapia previa con fármacos modificadores de la enfermedad y 3 (33,3%) habían recibido además terapia biológica anti-TNF.

De los 9 pacientes que recibían apremilast a DR, 4(44,44%) suspendieron el tratamiento: 3 por EA y 1 por EA e ineficacia.

Se registraron EA en 3(33,3%) pacientes con DR, con una mediana de 4 EA/paciente (RIC: 3,5-4,5): diarrea en 3(100%) pacientes, cambios de humor 2(66,6%), dolor abdominal 2(66,6%), cefalea 1(33,3%), rash cutáneo 1(33,3%), pérdida de peso 1(33,3%), fatiga 1(33,3%) e infección 1(33,3%).

En 3 pacientes se aumentó apremilast a dosis plenas, siendo el motivo en 2 de ellos el rebrote de las lesiones.

En la HCE sólo estaba registrada la efectividad de los pacientes con APs 5(55,6%). La mediana de DAS 28 al inicio del tratamiento fue de 3,4(RIC:3,2-3,7), antes de la RD de dosis: 2,4(RIC:2,3-2,6) y en el momento del estudio 2,1(RIC:2,0-2,8).

Conclusiones: Un bajo número de pacientes en tratamiento con apremilast reciben DR del fármaco, siendo el motivo más frecuente la aparición de EA.

La efectividad sólo se ha registrado en los pacientes con APs, manteniendo la remisión de la enfermedad tras la reducción de dosis.

Menos de la mitad de los pacientes han presentado EA con DR de apremilast.

A pesar de la efectividad en APs y la seguridad de DR, un número reducido de pacientes continúan en tratamiento con DR.

Sería interesante realizar un estudio multicéntrico para tener un mayor tamaño muestral y una mayor validez de los resultados.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LOS DESABASTECIMIENTOS DE LOS MEDICAMENTOS SOMETIDOS AL ACUERDO MARCO DE UN HOSPITAL

Del Pozo Carlavilla, C; Aldaz Francés, R; García Gómez, C; Valladolid Wals, A; Serna Serrano, B; Ruiz Sánchez, S. Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivo: La ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios establece la obligatoriedad de respetar el principio de continuidad en el suministro y dispensación de medicamentos y productos sanitarios, tanto para los laboratorios farmacéuticos como para los distribuidores, oficinas de farmacia, servicios de farmacia de hospitales y centros de salud.

Identificación y análisis de los desabastecimientos de medicamentos durante el periodo del acuerdo marco del SESCAM, cuantificación de su impacto y descripción de las actuaciones puestas en marcha para su control.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se registraron los desabastecimientos producidos en nuestro centro de medicamentos adquiridos mediante el procedimiento de acuerdo marco del SESCAM desde el 12 de julio de 2016 al 11 de julio de 2018.

Las variables recogidas fueron: principio activo, presentación farmacéutica, grupo terapéutico, proveedor adjudicatario, proveedores alternativos, número de envases adquiridos, reincidencia del desabastecimiento, existencia de notificación informativa (NI) por parte de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y las adquisiciones como medicamento extranjero (ME) de los fármacos afectados por el desabastecimiento.

Los datos fueron obtenidos del programa de gestión de compras Farmatools-dominion® y de las NI de medicamentos efectuadas por la AEMPS.

Resultados:

Durante el periodo de estudio nuestro centro se vio afectado por 62 desabastecimientos de medicamentos, correspondientes a 24 medicamentos diferentes.

En 5 de los casos (20,8 %) el desabastecimiento no tuvo consecuencias en el hospital, debido a su corta duración y/o disponibilidad de stock suficiente. En 1 caso (4,2%) requirió la importación de un ME y en ninguno de los casos se requirió la utilización de otro medicamento como alternativa terapéutica. Se adquirió un nuevo medicamento de distinta presentación en 5 (20,8 %). Se realizaron sustituciones de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) por comercial o viceversa en 6 (25,0 %) y sustitución entre EFG en 5 (20,8 %). Para 17 de estas especialidades se repitió el desabastecimiento en el periodo de estudio, presentándose en 10 (42,0 %) casos la incidencia hasta en tres ocasiones.

Los grupos terapéuticos más afectados fueron: 25,0 % antimicrobianos, 20,8% sistema nervioso, 20,8 % inmunosupresores/antineoplásicos, 12,5 % tracto alimentario, y 4,2 % sistema cardiovascular, 4,2 % dermatológicos, 4,2 % musculo esquelético y 8,3% otros.

La mayor parte de los fármacos afectados, 14 (58,0 %), eran inyectables.

En 15 casos (62,5 %) hubo notificación por parte de la AEMPS, no existiendo notificación en el resto, 9 (37,5%).

Conclusiones: Sería necesario mejorar las medidas encaminadas a reducir los problemas derivados de los desabastecimientos, como pueden ser:

- la obligación de informar con suficiente antelación de los desabastecimientos de medicamentos esenciales.
- la obligación de disponer de stocks de seguridad para estos medicamentos, ya que las medidas tomadas hasta ahora han sido claramente insuficientes, comprometiendo seriamente la calidad y la seguridad de dicha prestación.

Asimismo, los desabastecimientos suponen un trabajo adicional para gestores y profesionales sanitarios y cuya repercusión no es percibida por el paciente porque, como se ha visto en los resultados, suele resolverse tomando diferentes medidas.

CONFLICTO DE INTERESES.

Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

LO DIFÍCIL DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE: TRATAMIENTO CON FIDAXOMICINA

Domínguez Barahona, A; Fernández Arévalo, M; Martínez Camacho, M; García Sacristán, A; Gonzalez Suarez, S; López Álvarez, R. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo.

Objetivo: Durante décadas, el metronidazol y la vancomicina han sido las principales opciones de tratamiento para la infección por *Clostridium difficile* (ICD). Sin embargo, las recientes actualizaciones del manejo de ICD (IDSA ICD 2017) posicionan la fidaxomicina como alternativa a vancomicina en primera línea de tratamiento con tasas de curación clínica similares a vancomicina, pero con menor riesgo de recurrencias.

El objetivo de este estudio es analizar el uso de fidaxomicina para el tratamiento de la ICD en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de los pacientes que fueron tratados con fidaxomicina durante el año 2018.

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), factores de riesgo para ICD (leucocitos ≤ 15000 cel/m³, nivel de creatinina sérica $<1,5$ mg/dl), presencia de episodio previo y tratamientos para ICD previos. Para el episodio en tratamiento con fidaxomicina se valoró diagnóstico de ICD mediante detección de glutamato deshidrogenasa (GDH) y toxina positiva, tratamiento concomitante y resolución clínica definida como ausencia de deposiciones líquidas durante 2 días consecutivos.

La localización de pacientes y revisión farmacoterapéutica se hizo a partir del módulo de prescripción de Farmatools® V 2.6 y los datos se recogieron a través del sistema de historia clínica informatizada Mambrino® XXI.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se administró fidaxomicina para el tratamiento de 7 episodios de ICD en 5 pacientes con edad media de 82,4 años (73-89), 4 de ellos hombres (80 %). En cuanto a los factores de riesgo, 4 presentaban leucocitos < 15000 cel/m³ y los 5 creatinina $<1,5$ mg/dl antes del inicio de tratamiento con fidaxomicina. En 2 de los pacientes la fidaxomicina se empleó en el primer episodio de ICD tras fracaso de tratamiento previo con metronidazol oral/ intravenoso y vancomicina oral. En tres pacientes, fidaxomicina se usó para tratamiento de recidivas (1 paciente con 1 recidiva y 2 pacientes con 2 recidivas). En 4 pacientes se inició tratamiento tras confirmar diagnóstico con GDH y toxina positivos. En el paciente restante se inició de forma empírica por sospecha de recidiva en paciente con factores de riesgo. Los 5 pacientes completaron tratamiento con fidaxomicina durante 10 días. La resolución clínica con desaparición de deposiciones se produjo al cabo de 4,17 días de media de tratamiento con fidaxomicina. En los 2 pacientes que tuvieron 2 episodios tratados con fidaxomicina ésta fue utilizada en monoterapia. En el resto de pacientes la fidaxomicina se usó combinada con metronidazol y/o vancomicina.

Conclusiones: Fidaxomicina se empleó en paciente grave con factores de riesgo y fracaso de tratamiento previo o recidivas según las recomendaciones internacionales.

En los pacientes con diagnóstico confirmando de ICD la fidaxomicina consiguió resolución clínica de los síntomas antes de finalizar el tratamiento.

Aunque no hay evidencia de uso de fidaxomicina en tratamiento combinado, se observó que, los pacientes que recibieron fidaxomicina en monoterapia presentaron recidiva en menos de un mes.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)