

SCMFH

***II JORNADA CIENTIFICA
DE LA SOCIEDAD
CASTELLANO-MANCHEGA***

FARMACIA HOSPITALARIA



***TALavera DE LA REINA
4 y 5 de Mayo de 2007***



JORNADA CIENTIFICA DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA FARMACIA HOPITAL

***P
R
O
G
R
A
M
A

O
F
I
C
I
A
L

Y

R
E
S
U
M
E
N
E
S***

***II JORNADA CIENTIFICA
DE LA SOCIEDAD
CASTELLANO-MANCHEGA
FARMACIA HOSPITALARIA***

**PROGRAMA OFICIAL Y RESUMENES DE
COMUNICACIONES ORALES**

TALAVERA 4 Y 5 DE MAYO DE 2007

INDICE

1. COMITE ORGANIZADOR Y CIENTIFICO.....	4
2. PROGRAMA REUNION.....	5
3. PROGRAMA JORNADA CIENTIFICA.....	6
4. RESUMENES DE COMUNICACIONES ORALES.....	7 A 15
5. RESUMENES DE POSTERS.....	16 A 30

Comité Organizador:

Presidente *Milagros Gómez-Serranillos Reus*

Vocales *Dolores Barreda Hernández*
Ana Horta Hernández
Cristina García Gómez

Comité Científico:

Presidente *Paloma Moya Gómez*

Vocales *Beatriz González Joga*
José Mateo Rubio
Alicia Lázaro López
M^a Rosa Garrigues Sebastia
Gema Marcos Pérez

Lugar reunión:

Parador de Oropesa
Plaza del Palacio, 1
45560 Oropesa (Toledo)
+ 34 925 43 00 00 Oropesa@parador.es

PROGRAMA

Viernes 4 de Mayo 2007

19,00 REUNIÓN JUNTA DIRECTIVA

21,00 CENA

Sábado 5 de Mayo 2007

JORNADA CIENTIFICA SCMFH

09,00 COLOCACIÓN DE POSTERS

09,45 INAUGURACIÓN DE LA JORNADA

10,00 PRESENTACIÓN ORAL DE COMUNICACIONES

12,00 CAFÉ

12,30 ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE SOCIOS PARA RENOVACIÓN DE ESTATUTOS.

13,00 ASAMBLEA ORDINARIA DE SOCIOS.

14,00 ALMUERZO.

JORNADA CIENTIFICA SCMFH

09,00 Colocación de Posters.

**09,45 Inauguración de la Jornada
Dra. Moya Gómez, Presidenta de la SCMFH.**

Presentación oral de comunicaciones:

**10,00 Infección urinaria nosocomial asociada a sonda vesical: descripción de un caso.
Dra. Castro Granells; Dra. Aldaz Francés
C.H.U. Albacete.**

**10,20 Implicación del farmacéutico en la correcta utilización de eritropoyetinas en el
paciente con insuficiencia renal crónica.
Dra. Lázaro López. H.G.U. Guadalajara.**

**10,40 Farmacotecnia en Oftalmología.
Dr. Pedraza Cezón. H. La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan.**

**11,00 Compromiso del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Toledo con la
mejora de la seguridad clínica.
Dr. Mateos Rubio. H. Virgen de la Salud . Toledo.**

**11,20 Uso seguro del medicamento. Realidad en los
hospitales de Castilla-La Mancha.
Dra. González Joga. H. Virgen de la Luz. Cuenca.**

11,40 Turno de preguntas. Discusión.

12,00 Cierre/Café.

RESUMENES DE COMUNICACIONES ORALES

1-Infección urinaria nosocomial asociada a sonda vesical: descripción de un caso.Complejo H.U.Albacete.

2-Implicación del farmacéutico en la correcta utilización de eritropoyetinas en el paciente con insuficiencia renal crónica.H.G.U.Guadalajara.

3-Farmacotecnia en oftalmología.Hospital General La Mancha-Centro.

4-Compromiso del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Toledo con la mejora de la seguridad clínica.Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

5-Uso seguro del medicamento. Realidad en los hospitales de Castilla- la Mancha.Hospital Virgen de la Luz.Cuenca.

Infección urinaria nosocomial asociada a sonda vesical: descripción de un caso.

Castro Granel V, Aldaz Francés R.

Servicio Farmacia . Complejo H.U. Albacete

Introducción:

Las infecciones de las vías urinarias en pacientes portadores de sonda vesical son las infecciones nosocomiales más frecuentes, representando alrededor del 40% de todas las infecciones hospitalarias. Los cambios en las características de la población hospitalaria durante estos últimos años, han facilitado que los pacientes portadores de sonda urinaria sean un importante reservorio de microorganismos multiresistentes y causales, en muchas ocasiones, de infecciones de difícil tratamiento.

Objetivos:

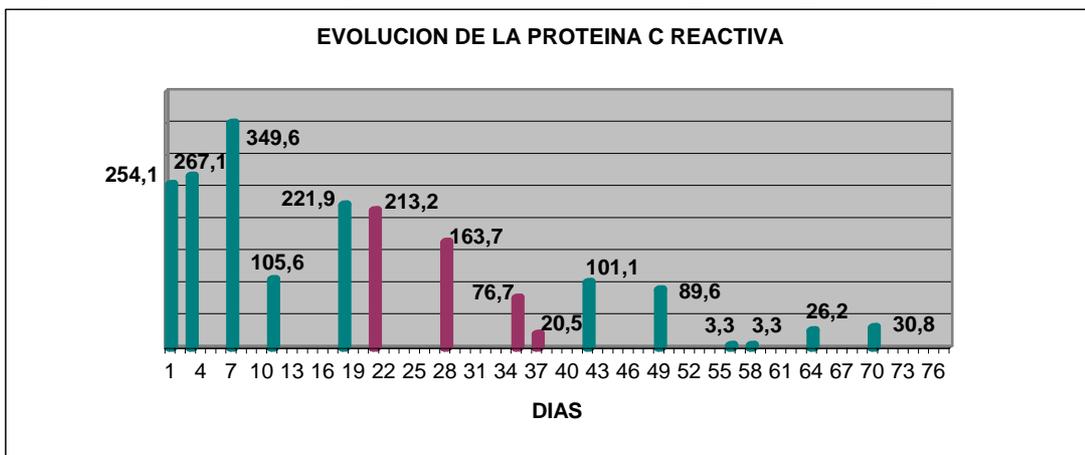
Describir un caso clínico de Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada a sondaje vesical en un paciente quirúrgico y realizar una valoración crítica del tratamiento farmacológico.

Descripción del caso:

Mujer de 74 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor abdominal difuso y vómitos de 24 horas de evolución. Fue diagnosticada de pancreatitis aguda de origen biliar y shock séptico secundario a colecistitis y coledocolitiasis. Tras colecistectomía, la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos para su seguimiento. La paciente desarrolló dos cuadros infecciosos a nivel urinario asociados a sonda vesical producidos por *Enterococcus faecium* y *Escherichia coli* entre los días 23 y 40 de ingreso, que se resolvieron favorablemente con Vancomicina (1 gramo cada 24 horas) y Piperacilina-Tazobactam (4/0.5 gramos cada 6 horas), respectivamente. El tratamiento administrado de forma empírica a la paciente para las ITUs fue el correcto según las recomendaciones de las guías de práctica clínica (dosis y duración del tratamiento). En cuanto a la elección del antibiótico, se sugirió una alternativa a Piperacilina-tazobactam, de menor espectro y sensible al microorganismo, que fue rechazada por sospecha del intensivista de sepsis pancreática adicional a la ITU.

La eficacia de la terapia antimicrobiana utilizada se corrobora con la evolución de la proteína C reactiva, cuyo valor al inicio de la terapia fue de 213 mg/L y de 20,5 mg/L al final de la misma (Figura 1).

Figura 1: Evolución de la proteína C reactiva a lo largo del ingreso hospitalario



Implicación del farmacéutico en la correcta utilización de eritropoyetinas en el paciente con insuficiencia renal crónica

Lázaro López, A; Martín Alcalde, E; Molina Alcántara, MC; De Juan-García Torres,P; Horta Hernández,A.

Servicio Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción:

La anemia es una enfermedad característica de pacientes que presentan IRC causada por un déficit de la síntesis de eritropoyetina endógena por el riñón dañado. Además, determinados factores pueden contribuir a la anemia como: deficiencia de hierro, hiperparatiroidismo grave, procesos inflamatorios agudos o crónicos, toxicidad por aluminio, deficiencia de folato, supervivencia de células rojas disminuída, hipotiroidismo y hemoglobinopatías.

Por ello, parece muy lógico pensar que los pacientes con función renal reducida de forma crónica se beneficien de agentes estimulantes de la eritropoyesis, como la epoetina alfa, epoetina beta y la darbopoetina alfa. Sin embargo, cada vez son más los estudios que nos alertan del riesgo del mal uso estos fármacos, destacando el aumento del riesgo de mortalidad debido a cualquier causa, mayor descontrol de la presión arterial y aumento del riesgo de trombosis en acceso arteriovenoso.

Objetivos:

Estudiar si se cumplen las recomendaciones recogidas en las guías clínicas sobre el uso de eritropoyetinas en pacientes con IRC.

Métodos:

- Periodo de estudio: 1 septiembre del 2006 - 28 febrero del 2007
- Población: pacientes con revisiones en la consulta externa de Nefrología del Hospital Universitario de Guadalajara que inician tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis en el periodo de estudio.
- Programa informático de Dispensación a Pacientes Externos Landtools®: permitió seleccionar a los pacientes en tratamiento con eritropoyetinas
- Programa informático Synapsis® para ver las analíticas del paciente
- Variables: Hemoglobina (Hb) (g/dL), Hematocrito (Hto) (%) y Creatinina sérica (mg/dL).
- Recomendaciones:

. Fase de corrección: a) monitorizar Hb cada 2-4 semanas

- Adecuado si \uparrow 1-2 g/dL mensual
- Cambio <1 g/dL: \uparrow 25% la dosis semanal
- Si \uparrow 2 g/dL mensual: suspensión temporal o \downarrow dosis semanal 25-50%

b) monitorizar Hto:

- Si incremento <2 puntos porcentuales en 2-4 sem: \uparrow dosis un 50%
- Si incremento en 8 puntos al mes: \downarrow dosis semanal Un 25% (modificación de cantidad o frecuencia)

. Fase de mantenimiento: medir niveles cada 1-2 meses o menos frecuentemente si el paciente no está sometido a diálisis.

- Cambio > 1 g/dL: ↓ dosis semanal un 25% (modificación de cantidad o frecuencia)
. Tras una modificación de dosis se deben medir niveles de Hb o Hto cada 1-2 semanas, no ajustándose la dosis en intervalos inferiores a dos semanas

Resultados:

- Pacientes estudiados: 34 (26 hombres y 8 mujeres). Mediana de edad: 73 años
- Eritropoyetinas usadas: epoetina beta (24 pacientes) y darbopoetin alfa (11 pacientes)
- Pacientes que se adecúan a las recomendaciones: 8 (23.5%)
- Pacientes que no se adecuan a las recomendaciones: 26 (76.5%), 18 pacientes por uso inadecuado (cambios de dosis inadecuados o continuación del tratamiento sin indicación) y 8 pacientes por frecuencia de monitorización incorrecta

Conclusiones:

- Los agentes estimulantes de la eritropoyesis se están usando mal para el tratamiento de la anemia en pacientes con función renal reducida de forma crónica.
- Debido al importante perfil de riesgo que presentan estos fármacos, es necesario que los farmacéuticos nos impliquemos activamente a la hora de dispensar eritropoyetinas.
- Es fundamental una estrecha colaboración entre los profesionales que rodean a estos pacientes: nefrólogos-enfermeras-farmacéuticos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y para conseguir un uso racional de las eritropoyetinas

Farmacotecnia en Oftalmología.

Pedraza Cezón LA, Celis Sánchez J*, Sánchez Ruiz de Gordo M, Andrés Navarro N, Valenzuela Gámez JC.

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

* Servicio de Oftalmología. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Introducción.

El farmacéutico de hospital tiene como misión garantizar a los individuos y a la sociedad, la calidad, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos.

La elaboración de formas farmacéuticas oftálmicas es una actividad crítica tanto por la premura con que son solicitadas (inyecciones intravítreas) como por sus características galénicas intrínsecas (esterilidad, isotonicidad).

Objetivo:.

Comprobar la calidad, seguridad y eficacia de un colirio de cocaína 10% para el diagnóstico del síndrome de Horner (SH) y de una pomada oftálmica de ácido trans-retinoico 0.01% para el tratamiento de enfermedades que cursan con hiperproliferación del epitelio ocular.

Material y métodos:

- Colirio de cocaína 10%.

La **adquisición** de cocaína se realiza a través del servicio de restricción de estupefacientes de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

La **elaboración** del colirio se realiza disolviendo la cocaína en una mezcla de agua estéril y suero salino fisiológico. A continuación, en campana de flujo laminar horizontal, se realiza una filtración esterilizante y se envasa en un frasco cuentagotas de color topacio, previamente esterilizado.

Caso clínico 1: Paciente que acude a consulta porque advierte que tiene una ligera caída de un párpado y se observa una pupila de distinto tamaño que otra.

- Pomada oftálmica de ácido trans-retinoico 0,01%

El ácido trans-retinoico es un miembro de la familia de los retinoides y un metabolito natural de la vitamina A (retinol), cuyos niveles fisiológicos son esenciales para el mantenimiento normal del fenotipo conjuntival y corneal. Los niveles farmacológicos inhiben la hiperproliferación del epitelio y la metaplasia escamosa, aumentan la respuesta inmunológica del huésped contra células tumorales, y son efectivas contra un amplio grupo de neoplasias mucosas, epidérmicas y hematológicas.

Para la **elaboración** de la pomada oftálmica de ácido trans-retinoico utilizamos como base una mezcla de vaselina blanca, lanolina y vaselina líquida (pomada ocular simple B.P. 1988), esterilizada por calor seco durante una hora a 160°. El ácido trans-retinoico, por su carácter termolábil y escasa solubilidad, es incorporado a la base disuelto en una pequeña cantidad de alcohol, mediante filtración esterilizante en campana de flujo laminar horizontal.

Caso clínico 2: Ojo seco severo. Paciente de 25 años diagnosticado de Sd- Sjögren con ojo seco bilateral secundario a hiposecreción lacrimal. En la exploración presenta una queratitis punteada difusa bilateral persistente, sin mejoría con tratamientos anteriores (lágrimas, suero autólogo y ciclosporina tópica).

Caso clínico 3: Insuficiencia limbar. Paciente de 80 años, con varias cirugías previas de superficie ocular que presenta un cuadro de insuficiencia límbica superior en ojo izquierdo, lo cual se traduce en erosiones corneales recidivantes, queratopatía puntata, vascularización corneal superior y pérdida de agudeza visual.

Resultados:

Caso clínico 1: La instilación de colirio de cocaína 10% diagnóstica que el paciente padecía un SH. La instilación posterior de fenilefrina 1% pone de manifiesto la localización post-ganglionar, concretamente a nivel de arteria carótida. Juicio diagnóstico: SH como consecuencia de una disección espontánea de la arteria carótida. El paciente está en tratamiento con anticoagulantes orales y actualmente no se puede precisar si recuperará una función ocular normal.

Caso clínico 2: La aplicación de pomada de ácido retinoico produjo tras quince días de aplicación, una mejoría subjetiva y objetiva de la función ocular, con recuperación de agudeza visual. Esta mejoría no había sido conseguida con los tratamientos previos (ciclosporina, suero autólogo, etc).

Caso clínico 3: Al igual que en el caso 2, la aplicación de pomada de ácido trans-retinoico produjo mejoría de la agudeza visual del paciente y disminución de la vascularización corneal. En este caso, el efecto se objetivó más tarde (30 días de tratamiento).

Compromiso del servicio de farmacia del Complejo Hospitalario de Toledo con la mejora de la seguridad clínica.

Mateos Rubio J, Martínez Sesmero JM, Fernández Arévalo M, García Palomo M, Rubio Salvador AR, Cía Lecumberri JJ, Moya Gómez P.

Servicio de Farmacia Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción

El principio clásico “primum non nocere”, es en la actualidad aún más pertinente que en la época de Hipócrates, ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja, lo que entraña más riesgos potenciales. La existencia de múltiples factores condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados, pudiendo con ellos causar daño e incluso la muerte del paciente. Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los eventos adversos en la asistencia sanitaria han conducido a los organismos internacionales a reflexionar sobre la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios y a desarrollar estrategias orientadas a disminuir acontecimientos adversos en la práctica clínica, marcando la necesidad de identificar y analizar los escenarios de riesgo para los pacientes, emprendiendo acciones para su prevención y reducción.

Para mejorar la seguridad es necesario aprender de los propios errores por lo que se necesario implementar programas de detección y notificación de eventos adversos como forma de obtener información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de cada uno de estos acontecimientos.

En este contexto, y con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios, así como detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención, el Servicio de Farmacia junto con la Dirección del Complejo Hospitalario de Toledo ha liderado la creación de un Comité para la Seguridad del Paciente (CSP) en nuestro hospital. La creación de este Comité se basa en el convencimiento de que es urgente e ineludible abordar este problema multidisciplinar y multifactorial y para ello es necesario coordinar el trabajo y aunar esfuerzos desde todos los ámbitos de nuestro medio hospitalario.

Objetivos:

- Desarrollar una estrategia para fomentar la seguridad del paciente en el CHT mediante la creación de un Comité multidisciplinar para la Seguridad del Paciente (CSP).
- Conocer la situación en materia de seguridad de los distintos procesos que configuran el sistema hospitalario.
- Desarrollar y difundir recomendaciones y prácticas seguras en cada proceso asistencial.
- Desarrollar actividades formativas dirigidas a mejorar la seguridad en la atención a los pacientes.
- Colaborar con otros profesionales y sociedades científicas, instituciones y la administración sanitaria, así como con los pacientes, en actividades de prevención de errores, actuando como interlocutores entre los distintos componentes del sistema.

Métodos:

Constitución del grupo de trabajo multidisciplinar para abordar distintas estrategias encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, prevenir eventos adversos (EAs) y mejorar la seguridad del paciente y sus familiares. Las áreas de actuación propuestas son las siguientes:

1. Establecer estrategias que mejoren la cultura de seguridad de los profesionales implicados en la atención al paciente.
2. Identificación y priorización de los puntos críticos del sistema que comprometen la seguridad del paciente y del personal.

3. Diseño y desarrollo en la intranet del hospital de una página web que permita la difusión de la información y el establecimiento de un sistema de notificación voluntario, anónimo e independiente de incidentes adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

Resultados:

El CSP fue creado en marzo de 2005, y está constituido por profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas áreas del Complejo Hospitalario de Toledo (Farmacia, Unidad de calidad, Medicina Preventiva, Medicina Interna, Pediatría, Anestesia, Urgencias...), todos ellos interesados en trabajar en la mejora de la seguridad clínica de los pacientes. Sus funciones son identificar, notificar, analizar e implantar medidas para prevenir eventos adversos. Asesorar al personal de la importancia de la seguridad clínica para el paciente e implementar una cultura de seguridad en todo el personal del hospital.

El trabajo en equipo del CSP ha permitido planificar y desarrollar las siguientes actividades de mejora:

- Redacción-aprobación y difusión de la *normativa de prescripción farmacológica* con el objeto de reducir los errores de medicación asociados a la prescripción y administración de medicamentos.
- Elaboración y difusión de una “Guía de administración de antimicrobianos por vía parenteral” dirigida al personal de enfermería.
- Sensibilización y formación del personal sanitario mediante la participación en *sesiones generales y cursos específicos dirigidos al personal sanitario del hospital*. Se ha impartido una sesión clínica general sobre “Errores de medicación, establecimiento de un programa de detección, notificación y análisis” (Noviembre 2005) y se incluye una sesión con este contenido en el curso de farmacoterapia dirigidos al personal de enfermería del hospital.
- Redacción, consenso y aprobación del “Protocolo de prescripción-dispensación y administración segura de fármacos hemoderivados”.
- Estudio de diagnóstico de situación de los carros de reanimación cardiopulmonar (RCP) e implementación y seguimiento del “protocolo de control de carros de RCP en CHT”.
- Creación de un *espacio web para la gestión del riesgo en la intranet del CHT* cuyos contenidos han sido propuestos por el grupo de trabajo con el objetivo de servir de herramienta útil para la mejora de la cultura de seguridad. Se incorporan entre sus secciones :
 - Un programa de notificación voluntaria a través de un formulario web protegido de comunicación de eventos adversos en la asistencia sanitaria.
 - Información en materia de seguridad: alertas sanitarias, protocolos, recomendaciones, noticias, cursos...

Conclusiones:

La creación del Comité de Seguridad del Paciente CSP ha conseguido la implicación, participación y motivación de los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital aportando un germen básico para conseguir la sensibilización y la articulación de programas específicos en materia de seguridad.

El desarrollo de la página web sobre seguridad clínica en la intranet del hospital es un elemento útil, válido y necesario para fomentar una cultura de seguridad e impulsar sistemas de notificación de acontecimientos adversos así como planificar medidas para su prevención.

Uso seguro del medicamento. Realidad en los hospitales de Castilla- la Mancha

González B, Flor A, Barreda D.

Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es describir las actividades desarrolladas en los hospitales del SESCAM relacionadas con el Uso Seguro de los Medicamentos.

Método:

Se diseñó una encuesta dirigida a 11 Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales del SESCAM. Se realizó en marzo de 2007 mediante su envío por correo electrónico.

Resultados:

Los SF que contestaron a la encuesta fueron 11 (100 %) de los encuestados. El 36,4 % de los hospitales del SESCAM cuenta con una comisión sobre seguridad clínica, de las 4 funcionantes todas se ocupan de errores de medicación. Estas comisiones están integradas en 3 de los hospitales por enfermeros, farmacéuticos y médicos, en 1 de ellos sólo por médicos y enfermeros. La Comisión sobre el Uso seguro de los medicamentos funciona en 3 hospitales y en uno de ellos depende de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT). 6 hospitales (54,5%) tienen establecido un sistema de notificación voluntaria de errores, la mayoría a través de papel (5 vs 1 en la intranet) y son los miembros del SF quienes se ocupan de su gestión. En cuanto a las actuaciones concretas dirigidas a favorecer la notificación, 1 SF ha difundido trípticos, 4 han realizado sesiones formativas y 2 hospitales otras actividades. De las actuaciones de la CFT relacionadas con la seguridad en el uso de medicamentos, la implantación de un Programa de Intercambio Terapéutico es la más aplicada, existe en el 72,7% de los hospitales, 2 SF incluyen en el informe de evolución de nuevos principios activos un apartado sobre posibles riesgos y 5 tienen un procedimiento para prevenir errores en el momento de la adquisición de nuevas especialidades. En relación con las actividades de los SF relacionadas con la prevención de errores de medicación: 6 hospitales (54,5%) tienen o van iniciar prescripción electrónica asistida, 5 (45,5%) cuentan con sistemas semiautomáticos de dispensación, en 6 (54,5%) existen protocolos para uso de medicamentos de alto riesgo y 5 (45,5%) tienen otras medidas adicionales. En el último año en un 81,8% y 45,5 % respectivamente de los hospitales algún farmacéutico ha participado en actividades formativas o elaborado algún trabajo relacionado con el uso seguro de los medicamentos.

Conclusiones:

En la mayoría de los hospitales del SESCAM existen actuaciones relacionadas con el Uso Seguro de los medicamentos aunque éstas presentan una gran diversidad entre los 11 hospitales. Sería interesante la creación de un Grupo de Trabajo, promovido por la Sociedad Castellano-Manchega de Farmacia Hospitalaria, para aunar esfuerzos, protocolizar actuaciones y establecer homogeneidad en un mínimo estándar de acciones que garanticen el Uso Seguro de los Medicamentos en el ámbito del SESCAM.

RESUMENES DE POSTERS:

- 1- Patrón de prescripción de inhibidores de la Bomba de Protones.Hospital de Santa Bárbara.Puertollano.
- 2- Simplificación del tratamiento antirretroviral a regímenes de una administración al día. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.
- 3- Extravasación por Oxaliplatino. Revisión del protocolo de extravasación en quimioterapia. Hospital General La Mancha-Centro.
- 4- Cómo usar los fármacos, principal duda de las mujeres con tratamientos de fertilidad?.Hospital de Santa Bárbara.Puertollano.
- 5- Estudio de formas de administración de insulina intravenosa en prematuros de bajo peso. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.
- 6- Perforación gastrointestinal durante la quimioterapia con FOLFOX-4 y Bevacizumab. Hospital V.de Altagracia de Manzanares.C.Real.
- 7- Incorporación del farmacéutico residente en el equipo multidisciplinario de la unidad de Dolor.Hospital de Santa Bárbara.Puertollano.C.Real.
8. Estudio de la administración de la medicación crónica durante el ingreso hospitalario en una unidad quirúrgica. Hospital General La Mancha-Centro.
9. Formulación magistral de cidofovir 1% tópico para el tratamiento de verrugas en mosaico plantares.H.G.U.Guadalajara.
- 10-Procedimientos de adquisición y selección de medicamentos: hay más de un camino.Hospital Virgen de la Luz.Cuenca.
- 11-Repercusión económica de medicamentos cuyo origen de prescripción procede de hospitales ajenos al de dispensación.Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).
- 12-Implantación de un sistema automatizado de dispensación de medicamentos. Hospital General La Mancha Centro y Hospital de Tomelloso. Ciudad Real.
- 13-Medida de la adherencia y respuesta al tratamiento antirretroviral en un hospital de tercer nivel. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas.

(1) Patrón de prescripción de inhibidores de la Bomba de Protones
Mora Herrera ,C. Servicio Farmacia Hospital Santa Bárbara. Puertollano.

Objetivo:

Analizar el patrón de prescripción de los Inhibidores de la bomba de protones (IBP) dentro de un hospital al incluir dentro de la Guía Farmacoterapéutica del IBP Pantoprazol por vía oral e intravenosa y la retirada del Omeprazol por vía intravenosa.

Material y método:

Estudio retrospectivo utilizando el programa informático (SINFHOS) de dispensación a pacientes ingresados y los datos se recogieron de la consulta de la historias clínicas.

Se establecieron 2 períodos de tiempo a estudio, de 30 días cada uno, del (26/5/05 al 17/6/05) donde se disponía de Omeprazol IV y del (13/10/05 al 12/11/05) donde teníamos Pantoprazol IV.

Diariamente se anotaban, el número de pacientes a tratamiento con omeprazol Iv/O, dosis, patología de base, tratamientos concomitantes, etc y los mismos parámetros en el 2º período donde estaba incluido el pantoprazol.

El Servicio de Farmacia tras la realización de varias búsquedas bibliográficas elabora un protocolo de utilización de los IBPs con pautas en las diferentes patologías y un vale de medicamento controlado especial donde el facultativo marca una cruz en el diagnóstico y en la dosis correspondiente que sustituye al anterior donde figuraba un cuadro de texto libre que la mayor parte de las veces no era correctamente completado. Tras el paso de un tiempo tras la inclusión del Pantoprazol se procede a la realización del análisis.

Resultados:

El número de pacientes a tratamiento con omeprazol Iv en el primer período fue de 454, el análisis de los datos fue el siguiente: un 2,6% (con dosis de 20mg/24h), 2,2% (20mg/12h), 44,7% (40/24h), 35,7%(40/12h), 14,8%(40/8h), como resultado obtuvimos un 40% de las prescripciones inadecuadas por dosificación insuficiente o superior a la recomendada.

En el segundo período encontramos 574 pacientes a tratamiento con pantoprazol Iv de ellos un 76,65% (con dosis de 40/24h), 17,9%(40/12h), 7,1%(40/8h) se detectó un 18% de prescripciones incorrectas tras la inclusión del nuevo vale.

Esto ha supuesto un 22% de mejoría en cuanto a la prescripción de los IBPS en nuestro hospital.

Conclusión:

Se ha podido comprobar que hay una mayor adecuación de los tratamientos en el 2º período una vez que se ha introducido el nuevo vale de medicamento controlado que sirve al facultativo como apoyo a la hora de prescribir la dosis adecuada a la patología asociada.

(2)Simplificación del tratamiento antirretroviral a regímenes de una administración al día.

Martínez-Sesmero J.M., García Palomo M., Mateos Rubio J., Fernández Arévalo M., Rubio Salvador A.R., Cía Lecumberri J.J., Moya Gómez P.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Introducción y objetivos: En la actualidad se dispone de múltiples fármacos antirretrovirales que se pueden administrar una vez al día (QD). El objetivo de este estudio es caracterizar a los pacientes que en su primera pauta terapéutica son candidatos a la simplificación QD, así como analizar las combinaciones empleadas.

Métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2006 hasta diciembre de 2006 de los datos de dispensación registrados (adherencia) en la aplicación informática ATHOS[®]-APD y la historia clínica de nuestra población VIH (carga viral). Se detectan los pacientes candidatos a la simplificación QD según las recomendaciones de GESIDA*. Las pautas de simplificación QD para los sujetos en su primera pauta terapéutica y con carga viral plasmática indetectable son: ddI + FTC + EFV, TDF + 3TC + EFV y ddI + 3TC + EFV. Se realiza un análisis comparativo entre los individuos que, cumpliendo estos criterios, se someten o no a la simplificación QD descrita.

Resultados: De los 38 pacientes que cumplían los criterios para recibir las terapias QD recomendadas (12 mujeres, 26 hombres, edad media 39 años -8,2 SD-, 90% de adherentes) 14 (36,8%) de ellos recibían ésta (1 paciente con ddI + FTC + EFV -7,1%- , 11 pacientes con TDF + 3TC + EFV -78,5%- y 3 pacientes con ddI + 3TC + EFV -21,4%-).

Conclusiones: El principal objetivo de la terapia QD es facilitar la adherencia al tratamiento, sin embargo, nuestros resultados reflejan la dificultad de seleccionar a los candidatos idóneos, que deben haber demostrado una alta adherencia a la combinación previa. Por otro lado, queda por resolver la incertidumbre del impacto del incumplimiento en los regímenes QD, hecho que también limita la utilización de éstos.

Referencias: *Recomendaciones de TARV (Enferm Infecc Microbiol Clin 2007; 25:32-53).

(3)Extravasación por Oxaliplatino. Revisión del protocolo de extravasación en quimioterapia.

Fraga Fuentes, MD ¹, G. Ageitos, A ², Valenzuela Gámez, J.C. ³ Marquez Nieves, J.J.¹, Sánchez Ruiz de Gordo, M³, Andrés Navarro, N³.

¹Servicio de Farmacia.;²Servicio de Oncología. Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares. Ciudad Real. ³Servicio de Farmacia. HG “La Mancha-Centro” de Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Introducción: La extravasación de los agentes utilizados en esquemas de quimioterapia, es una complicación que en ocasiones puede producir situaciones de emergencia que requieren una actuación rápida. La existencia de protocolos actualizados con esquemas claros y de botiquines de extravasación en las unidades donde se administran estos medicamentos, es un requisito fundamental que aumenta la seguridad del personal sanitario y de los pacientes. Presentamos un caso de extravasación por oxaliplatino y las actuaciones posteriores que motivaron la actualización del protocolo de extravasación.

Método: Paciente mujer de 63 años, diagnosticada de cáncer de páncreas localmente avanzado, a la que se inicia ciclo con esquema GEMOX. Durante la administración de oxaliplatino refirió dolor en el punto de inyección, se interrumpió la administración observando ligera inflamación y enrojecimiento, iniciándose las medidas generales recomendadas en el protocolo de extravasación.

Se solicitó información al Servicio de Farmacia (SF) sobre la existencia de medidas específicas para la extravasación de oxaliplatino. Se realizó una búsqueda bibliográfica encontrando información contradictoria. En el primer caso publicado (Baur et al, 2000) se recomendaba utilizar compresas frías y agentes antiinflamatorios sistémicos y tópicos. En otro caso, publicado posteriormente (Foo et al, 2003) también se adoptaron estas medidas, pero en la discusión se indicaba que podría ser mejor utilizar compresas calientes para evitar la neuropatía periférica. En otra serie de casos (Kretzschmar et al, 2003) se mantenía la utilización de compresas frías. Publicaciones recientes, mantienen la controversia, pero optan por la utilización de compresas calientes. Sin embargo, coinciden en que no existe un antídoto específico, y a parte de la medidas generales, recomiendan medidas adicionales como son el uso de antiinflamatorios sistémicos y tópicos. Desde el SF se recomendó utilizar compresas calientes, AINEs vía oral y tópica, hasta remisión de dolor. La paciente evolucionó favorablemente.

En el protocolo de extravasación se optó por incluir la medida de compresas calientes en ambos hospitales. Además, se modificó el protocolo incluyendo nuevos medicamentos como bortezomib, bevacizumab, pemetrexed y rituximab. También se elaboró una ficha con instrucciones al paciente para la extravasación.

Conclusión:

- ❑ La extravasación de citotóxicos es una complicación que puede ser grave, y aunque su incidencia es baja, son necesarios protocolos actualizados con recomendaciones sobre su administración para prevenir esta complicación
- ❑ Es necesario formar al personal de enfermería para una rápida actuación.
- ❑ Es fundamental revisar periódicamente las novedades sobre extravasación de fármacos y los botiquines de las unidades implicadas en la administración de estos agentes.

(4)¿Cómo usar los fármacos, principal duda de las mujeres con tratamientos de fertilidad?

Mora Herrera ,C. Servicio Farmacia Hospital Santa Bárbara. Puertollano

Introducción:

La dispensación de medicamentos a pacientes del SESCAM sometidas a técnicas de reproducción asistida se efectúa desde el 1 de septiembre del 2005, a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Objetivos:

- Tareas de adiestramiento en la técnica de administración de los fármacos y explicación del mismo.
- Analizar el patrón de preguntas formuladas por las pacientes sometidas a tratamientos de fertilidad en la consulta de atención farmacéutica hospitalaria.

Métodos:

Durante el primer año de estudio del 1/09/2005 al 31/8/2006 se analizaron los tratamientos incluidos en los programas de reproducción asistida dispensados en el Servicio de Farmacia del hospital comarcal, se incluyeron tanto la inseminación artificial; conyugal (IAC) y donante (IAD) como la fecundación in vitro clásica (FIV) y microinyección espermática (FIV_ICSI).

Las principales actuaciones realizadas en la consulta de Atención Farmacéutica consistieron en un análisis de las pacientes, en ella se les preguntaba sobre los tratamientos concomitantes, si era la 1º vez a tratamiento hormonal, se les informaba del horario de la consulta y se les dispensaba su tratamiento junto con el material necesario como agujas, jeringas, etc...

Se les adiestraba en zonas preferentes de punción, cómo desinfectar la zona, cómo preparar las mezclas, cómo cargar los cartuchos de folitropina beta, se les recomendaba alternar pinchazos, se les aconsejaba no tomar medicamento innecesarios sin consultar previamente, a veces hasta apoyo psicológico.

A los 4-5 días solían realizarse otra ecografía según resultados se les prescribía y traían las nuevas recetas, conforme se acerca el momento de la ovulación solían tener citas más frecuentes. De tal forma que acudían una media de 3 veces por ciclo.

Resultados:

En este período se atendieron en la consulta de Atención Farmacéutica a 48 pacientes (100% mujeres), se dispensó medicación para 71 ciclo realizándose 156 dispensaciones.

La técnica empleada fue: IAC 33,33%, IAD 8,3%, FIV 4,16%, FIV ICSI 54,16%. Siendo la tasa de embarazo 20,83%.

Dentro del patrón de dudas:

- 65%: Interesadas en la técnica de punción (cómo manejar la pluma, cómo cargarla), efectos secundarios(el dolor e hinchazón en el lugar de punción son frecuentes,y probabilidad de aparición de quistes), conservación del tratamiento (cuáles son de nevera), hora preferente de punción (recomendándoles entre las 8-10 de la noche).
- 25%: Interesadas en probabilidad de éxito.
- 10%: Interesadas en la técnica de reproducción (se les explicaba la diferencia entre inseminación y fecundación in vitro).

Conclusión

- Los pacientes sometidos a tratamientos de fertilidad al inicio de la terapia tienen muchas dudas y miedos relacionados con la administración de los fármacos y sus efectos adversos, por eso el asesoramiento del farmacéutico se convierte en un servicio indispensable para resolver cualquier pregunta. Estos tratamientos por la particular vigilancia, supervisión y control que requieren necesitan ser dispensados en hospitales.

(5) Estudio de formas de administración de insulina intravenosa en prematuros de bajo peso

García Palomo M, Martínez Sesmero J.M, Mateos Rubio J, Fernández Arévalo M, Rubio Salvador A.R, Cía Lecumberri J.J, Moya Gómez P.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Objetivo: La hiperglucemia del gran prematuro de menos de 30 semanas de edad gestacional es frecuente durante la primera semana de vida. Una de las recomendaciones es administrar una perfusión de insulina al paciente. La insulina puede adsorberse a las paredes del cristal y del plástico del sistema de infusión. Se han adoptado diferentes medidas para minimizar esta adhesión, pero no existe un consenso sobre cuál es la más adecuada. El objetivo de este póster es analizar las prácticas de administración de insulina en una muestra representativa de las unidades de neonatología españolas.

Método: Realizamos una encuesta telefónica a las unidades de neonatología de 17 hospitales de España. La encuesta contenía preguntas sobre el disolvente utilizado para la preparación de la insulina, los métodos para evitar la adsorción (purgado del sistema, preacondicionamiento del sistema con una solución de insulina durante un tiempo y posterior purgado, adición de albúmina), y el tiempo de recambio de la solución preparada.

Resultados: De los 17 hospitales encuestados, el 52,9% (9/17) utilizaban glucosa 5% como disolvente. El método más usado para evitar la adsorción fue la adición de albúmina 47,05% (8/17). En 3 hospitales se purgaba el sistema con una solución que contenía la misma concentración de insulina que se le iba a infundir al paciente. En otros 3 hospitales se realizaba un preacondicionamiento del sistema durante 20-30 minutos y luego se purgaba todo el sistema. En el 17,6% (3/17) hospitales no se llevaba a cabo ninguna medida para evitar la adsorción. El tiempo de recambio de la solución variaba entre 4 horas y 24 horas, incluso entre los hospitales que utilizaban el mismo método para evitar la adsorción.

Conclusiones: El método más utilizado en España para evitar la adsorción de la insulina es la albúmina a diferencia de otros países, en los que se ha ido abandonando este método debido al riesgo potencial de la albúmina como hemoderivado y al incremento del coste^{1,2,3}. Sería conveniente concienciarnos de la importancia de utilizar un sistema homogéneo para evitar la adsorción de la insulina y protocolizar esta práctica sobre la base de estudios de estabilidad y adsorción de la insulina.

Referencias:

1. D. Mitanchez-Mokhtari, E. Walter-Nicolet, C. Farges, F. Ergrot, J. M. Tréluyer, P. Hubert. Practice for insulin infusion in preterm infants, Archives de pediatrie 11 (2004) 1054-1059.
2. M.P. Hewson, V. Nawadra, J.R. Oliver, C. Odgers, J. L. Plummer and K. Simmer. Insulin infusions in the neonatal unit: delivery variation due to adsorption, J. Paediatr. Child Health (2000) 36, 216-220.
3. T. E. Young and B. Magnum. Neofax 2005.

(6) Perforación gastrointestinal durante la quimioterapia con FOLFOX-4 y Bevacizumab

Fraga Fuentes, MD ¹, G. Ageitos, A ², Mohedano Mohedano, N², Briones Rivero, J-A ², Herreros Ruiz-Valdepeñas, A-R ², Mendoza Garrido, F ², Marquez Nieves, J.J. ¹.

¹Servicio de Farmacia, ²Servicio de Oncología de Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares. Ciudad Real.

Introducción: La perforación gastrointestinal (PGI) es una complicación rara, aunque muy grave y con frecuencia mortal, que se puede presentar durante el tratamiento de quimioterapia (QTP) y/o radioterapia por cáncer. Una causa frecuente de PGI relacionada con QTP es la infección de la pared intestinal (tiflitis) durante el período de neutropenia y mucositis. Recientemente, el desarrollo de nuevos medicamentos (antiangiogénicos) muestra la aparición de complicaciones graves como hipertensión arterial severa (HTA), hemorragias, tromboembolismo. En los ensayos clínicos realizados con bevacizumab (“A”) en pacientes con cáncer de colon metastásico (CCM) o recto se ha observado PGI en el 1,4%-2% de los pacientes, con desenlace mortal en el 0,4-1%. Se conocen como factores que aumentan el riesgo de PGI por “A” la administración del fármaco antes de los 28 días tras la cirugía, la presencia de absceso abdominal, recidiva tumoral o persistencia de tumor y dehiscencia de suturas.

Método: Presentamos un caso de PGI en un paciente varón de 65 años, HTA y diabético tipo II, diagnosticado de adenocarcinoma de colon derecho estadio IV (T3N1M1) tras cirugía de urgencia por obstrucción intestinal. En el postoperatorio desarrolló un absceso abdominal a nivel del lecho quirúrgico que precisó tratamiento hospitalario con antibióticos. A las 4 semanas de la cirugía y tras la recuperación de dicho proceso infeccioso se inició tratamiento con FOLFOX-4 y “A”. Todos los ciclos fueron a dosis completas y el “A” siempre se administró durante 90 minutos el último día de cada ciclo. Preciso medroxiprogesterona y soporte nutricional por anorexia. El paciente no presentó en ningún momento HTA (controles 2 veces al día), diarrea, mucositis ni otra toxicidad. Durante la QTP ganó peso y realizaba vida normal. Su diabetes fue controlada con insulina bajo el seguimiento por endocrinología. El 2º día de la segunda parte del ciclo 2 y durante la infusión del folinato cálcico presentó un dolor abdominal brusco, difuso, tipo retortijón con sudoración profusa sin repercusión hemodinámica que cedió tras la administración de buscapina y suspensión de QTP. La radiografía simple de abdomen y en bipedestación (Rx SAB) fue normal y no mostró ningún dato sospechoso de perforación. El paciente se recuperó completamente y se derivó a su domicilio. Unas horas después acudió a urgencias por un fuerte dolor abdominal con vómitos y grave afectación de su estado general apreciándose un abdomen agudo, íleo paralítico y Rx SAB mostraba niveles hidroaéreos sin gas en cúpulas. El TAC con contraste confirmó la sospecha de perforación intestinal en el área del lecho quirúrgico y donde previamente se había desarrollado el absceso. El paciente precisó cirugía de urgencia.

Conclusión: Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal en la mayoría de los casos seguro y altamente eficaz en CCM, sin embargo, debemos identificar las situaciones clínicas que puedan aumentar el riesgo de PGI, que es una complicación grave y puede llegar a ser mortal. Es necesario elaborar protocolos de uso conjuntos entre los Servicios de Oncología, Farmacia y Cirugía.

(7)Incorporación del farmacéutico residente en el equipo multidisciplinario de la Unidad de Dolor.

Mora Herrera C. Servicio Farmacia.Hospital Santa Bárbara. Puertollano.

Objetivo:

Describir la experiencia del farmacéutico residente de 4º año tras la incorporación en el equipo multidisciplinario de la Unidad de Dolor.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en un complejo hospitalario de 720 camas durante un período de 3 meses, de octubre de 2005 a diciembre de 2005.

El FIR de 4º año se incorporó al Servicio de Unidad de Dolor compuesto de 2 anestelistas y una enfermera. Dicho equipo se seleccionó en base a que el correcto tratamiento del dolor es un indicador de calidad de los centros hospitalarios.

Se revisó todos los protocolos de analgesia postquirúrgica elaborados por dicha Unidad, en Cirugía (colecistectomía, apendicectomía, resección colo-rectal, hemorrafía, en Ginecología (histerectomía vaginal y abdominal), en Traumatología (protesis de cadera y rodilla).

Los datos recogidos fueron: diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica (IQ), analgésicos prescritos, día de IQ, etc...

La jornada de trabajo quedaba dividida en 3 partes; a primera hora Consulta Externa en la Unidad de Dolor (C.E), posteriormente se instauraba el posible protocolo de analgesia previo a IQ (dependiendo de la capacidad de poner un catéter epidural, una vía) y 3ª parte pase de visita por las diferentes Unidades de Hospitalización así como del Servicio de Reanimación. Los viernes se sustituía la Consulta Externa por la asistencia a quirófano para la realización de cirugía menor.

Resultados:

Durante el período estudiado acudieron a la C.E una media de 15 pacientes/día, como primera visita teníamos 1 ó 2 pacientes y el resto consultas sucesivas; de ellos un 20% se correspondían a neuralgias postherpéticas, 20% fibromialgias, 20% protrusiones o hernias, 10% neuropatías periféricas y un 30% dolores oncológicos.

Durante el pase de visita se controlaban las diferentes analgesias; epidural, intravenosa, oral, PCA, infusores, de ellas un 40% intravenosa, 30% epidural, 20% infusores, 10% PCA, a la analgesia oral pasaban tan pronto comenzase la tolerancia a sólidos.

En cuanto a la selección de fármacos para pacientes ingresados el paracetamol, ketorolaco, morfina fueron los más prescritos, para los pacientes que iban a consulta el tramadol.

Los viernes se asistía a quirófano donde se realizaron un total de 25 infiltraciones epidurales, 3 bloqueos del ganglio estrellado, 12 bloqueos L4-L5, 6 bloqueos L5-S1, 2 bloqueos trapecio mayor, 3 bloqueos ciático, 2 recambios de electrodos, 8 rellenos de bombas y varias perfusiones de lidocaína.

Se contó con el Servicio de Farmacia para la elaboración de metadona jarabe 5 mg/ml (5), infusores de morfina (30), infusor de ketorolaco + tramadol (25) y se tramitaron 2 usos compasivos (catapresan y botox).

Conclusión:

El residente de 4º año se ha integrado correctamente en la Unidad de Dolor desarrollando la actividad de Atención Farmacéutica, su valoración ha sido muy positiva tanto en cuestión de formación como del trato recibido.

La presencia del residente durante la consulta externa y en el pase de visita facilita la intervención ante la prescripción médica así como una formación más eficaz para el mismo.

(8) Estudio de la administración de la medicación crónica durante el ingreso hospitalario en una unidad quirúrgica.

Autores: Sánchez Ruiz de Gordo M, Gallardo Anciano J, Valenzuela Gámez JC, Andrés Navarro N, Sáinz de Rozas Aparicio C, Pedraza Cezón LA.

Servicio de Farmacia. Hospital General “La Mancha-Centro”. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Introducción: La medicación crónica de los pacientes ingresados en el hospital puede ocasionar un problema de seguridad, ya que en muchas ocasiones dicha medicación no se encuentra incluida en la Guía Farmacoterapéutica. Este hecho produce errores por omisión y/o duplicidad en el proceso de prescripción-dispensación-administración de medicamentos.

Objetivo:

- Revisar las prescripciones de los pacientes con medicación al ingreso.
- Realizar un seguimiento diario para asegurar que reciben todos los medicamentos necesarios que tomaban previo al ingreso y que no existen duplicidades con el tratamiento prescrito en el Hospital.
- Para ello se elabora un estudio piloto en las Unidades de Urología y Traumatología.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de la administración de medicación crónica de los pacientes ingresados en la Unidad de Urología-Traumatología (30 camas), durante los meses de noviembre y diciembre de 2006.

Los datos se obtuvieron de:

- Informe de ingreso de cada paciente, en el que se indica su medicación crónica.
- Prescripción médica.
- Hoja de administración de medicamentos de enfermería.
- Entrevista al paciente.

Se realizó un seguimiento diario del tratamiento farmacológico completo del paciente, comprobando que no existían PRMs tipo 1 (el paciente no toma la medicación necesaria) y 2 (el paciente toma medicación que no necesita). El farmacéutico intervino cuando la prescripción era incompleta y/o cuando la administración no era correcta por duplicidad o ausencia de medicamentos.

Resultados: Se realizó un seguimiento farmacoterapéutico completo a 23 pacientes.

La media de fármacos correspondientes al tratamiento crónico fue de 3 fármacos por paciente.

La prescripción fue completa en el 43,8% de los casos. El 56,2% de los casos restantes requirió una intervención farmacéutica, directamente en la orden médica informatizada o mediante llamada telefónica. A pesar de ello, en el 44,3% de los casos seguía habiendo algún error de prescripción y/o transcripción (35,3% por omisión y 9% por duplicidad). Los errores por duplicidad fueron corregidos antes de la administración al paciente.

La administración de algún medicamento se omitió en el 35,3% de los casos estudiados. Del 64,7% de los medicamentos que se administraron correctamente al paciente, el 72,8% fue administrado por el paciente o la familia y el 27,2% por el personal de enfermería.

Conclusiones:

- El seguimiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico mejora el cumplimiento del tratamiento domiciliario de los pacientes ingresados, especialmente en los casos de omisiones y/o duplicidades de medicamentos.
- Es preciso que el médico incluya en la prescripción, el tratamiento crónico de los pacientes ingresados y que el personal de enfermería se responsabilice de su administración.

Bibliografía:

- Neira Blanco P. Atención farmacéutica en pacientes ingresados por cirugía electiva. *Atención Farmacéutica* 2006; 8: 218-232.
- Delgado Sánchez O. Conciliación de medicación: evaluación horizontal del tratamiento. *El farmacéutico hospitales* nº 182;26-31.
- High Rate of Harmful medication Errors in Perioperative Setting. *Reuters Health Information* 2007. (MEDMARX study)
- Aguirrezábal Arredondo A. Interrupción y reinicio de la medicación durante el periodo preoperatorio. Estandarización de la práctica asistencial. *Atención Farmacéutica*; 8: 346-57.

(9)Formulación magistral de cidofovir 1% tópico para el tratamiento de verrugas en mosaico plantares.

Martín Alcalde, E; Lázaro López, A; Molina Alcántara, MC; De Juan-García Torres, P; Horta Hernández, A.
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción:

Desde el Servicio de Dermatología se planteó al Servicio de Farmacia la posibilidad de formular una preparación tópica de cidofovir para el tratamiento de una paciente de 19 años de edad diagnosticada de verrugas en mosaico plantares resistentes a diversos tratamientos (ácido salicílico 15-20%, Quocin, formaldehído al 15%, crioterapia y laser V BEAM).

Objetivo:

Elaboración de una fórmula tópica de cidofovir como uso compasivo para el tratamiento de verrugas en mosaico plantares resistentes a los tratamientos convencionales. Seguimiento de eficacia y tolerancia de la fórmula elaborada.

Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada donde se encontraron diversos artículos donde se utilizaba cidofovir en forma de gel o crema para el tratamiento de diversos tipos de verrugas. En base a estos resultados se consultó con el Servicio de Dermatología y se decidió la preparación tópica de cidofovir en forma de gel de Carbopol ® al 1%. Una vez aprobado el uso compasivo de la formulación, se ensayaron concentraciones del 2 y 3 % de carbopol y se valoró que al 3% el gel presentaba una consistencia adecuada para su aplicación.

Metodología: a) preparación del gel de carbopol 3% siguiendo la metódica de elaboración de gel neutro del Formulario Nacional, b) Adición del cidofovir en cabina de flujo laminar vertical hasta perfecta homogeneización, c) envasado y etiquetado de la formulación, la caducidad que se le da a la formulación es de 1 mes conservado en frigorífico.

Resultados y conclusiones:

Por ahora, tras 20 días de tratamiento administrándose el gel dos veces al día en la región afectada, en la paciente se ha observado una discreta mejoría con una disminución del grosor de las lesiones y ausencia de efectos adversos. Aún así, el Servicio de Dermatología pretende mantener dicho tratamiento durante al menos 1-2 meses más, evaluando periódicamente su eficacia y valorando posibles ajustes de dosis o suspensión en caso de no conseguir la desaparición total o parcial de las lesiones.

(10) Procedimientos de adquisición y selección de medicamentos: hay más de un camino.

González B, Flor A, Barreda D.

Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Objetivos:

Describir la influencia de las nuevas estrategias de adquisición y los nuevos criterios de selección de medicamentos (M), implantados en 2005, sobre el ahorro en el coste de M en un hospital general de 400 camas.

Métodos:

El período de estudio comprende el año 2004, anterior a la adquisición de M mediante Concurso de Determinación de Tipo Autonómico (CDT) y el 2005, en el que ya se adquieren medicamentos a través de este procedimiento como nueva estrategia. Los datos se obtienen de la aplicación de gestión SINFHOS® y las memorias anuales del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH). La adquisición de M en el SFH se realiza a través de adquisición directa (AD), procedimiento negociado (PN), CDT y adquisición de Medicamentos no incluidos en GFT (MNIG). Las nuevas estrategias de selección fueron la inclusión de criterios farmacoeconómicos en los informes de evaluación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica: en la solicitud de inclusión de principios activos se incluyó la evaluación del impacto económico en 7 ítems, en la lista guía de evaluación se añadió el área económica con 2 ítems y en el informe de valoración técnica de medicamentos comerciales, a la oferta económica se le dio un valor del 40%.

Resultados:

Adquisición: En 2004 el número de M adquiridos a través de PN fue de 276, por AD 979 y 108 MNIG. En 2005 se adquirieron a través de PN 190 M, por CDT 102, por AD 842 y 123 MNIG. El ahorro anual, respecto al PVL de los medicamentos, en 2004 fue de 1,04 mill. € (13,5%) y en 2005 de 1,29 mill. € (17,8%). La adquisición de MNIG incluyó la aplicación de los 7 protocolos de intercambio terapéutico aprobados en CFT en el periodo estudiado.

Selección: La CFT realizó, en el periodo 2004/2005, 17/16 informes de evaluación de principios activos, de los que se incluyeron 15/14 en GFT. Además durante 2005 se realizaron 61 informes de asesoramiento técnico vinculados al CDT, con especial incidencia en la evaluación farmacoeconómica. De los 14 principios activos incluidos en 2005 en GFT, destacan por su coste 5: bevacizumab, bortezomib, cetuximab, cinacalcet y tacrólimus, que suponen 0,4 mill € (5,5% del presupuesto global en fármacos) y no están incluidos en CDT/ PN y además son exclusivos. La inclusión de estos principios activos se restringió a través de protocolos de uso de medicamentos con criterios de eficiencia.

Conclusiones:

El aunar los diversos procedimientos de adquisición de medicamentos es una herramienta útil y eficiente en la contención del gasto, que permite un ahorro global significativo (17,8% en 2005 vs 13,5% en 2004).

La selección de medicamentos en la que se incluyen estudios de economía clínica para determinar la alternativa más eficiente para la salud, es importante para la contención del gasto sin perder eficacia y seguridad en la farmacoterapia. La repercusión de las nuevas estrategias terapéuticas de alto coste se puede controlar si se vincula su selección a protocolos de uso de medicamentos, aprobados en CFT.

(11)Repercusión económica de medicamentos cuyo origen de prescripción procede de hospitales ajenos al de dispensación

Berrocal Javato, MA.; Gómez-Serranillos Reus M.; Iranzu Aperte MC.; Rodríguez Torné G.
Servicio de Farmacia. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

Objetivos: Cuantificar el impacto económico generado por el consumo de medicamentos cuyo origen de prescripción procede de facultativos especialistas adscritos a otros hospitales públicos y determinar en que medida son responsables del incremento del gasto interanual. Identificar las patologías y fármacos asociados a dichas prescripciones.

Métodos: El estudio se ha realizado en un hospital comarcal con un área de influencia de aproximadamente 145.000 habitantes. El periodo estudiado ha sido de 5 años (2002 a 2006). Los datos se han obtenido de las memorias anuales, económicas y de actividad, programa de gestión de stock y registros de Uso Compasivo y pacientes externos. Se calcula el coste farmacéutico generado por el consumo de los fármacos implicados en valor absoluto (por patología y total), porcentaje respecto al total del consumo en el hospital e influencia de este coste en el incremento interanual. Se identifican los fármacos, patologías asociadas y número de pacientes. Limitación del estudio: no se contabilizan los pacientes con eritropoyetina/darbepoetina, ya que de algunos carecemos de la información.

Resultados: El gasto ocasionado por el grupo de fármacos objeto del estudio ha crecido anualmente pasando de 136.865 € en 2002 a 597.905 € en 2006, lo cual representa un 3,42% del total del gasto del hospital en 2002 versus 7,34% en 2006. La mayor contribución al incremento interanual se produce en el periodo 2005-2006 (3,22%). Trece patologías son las identificadas, asociadas a más de 15 fármacos distintos y a 69 pacientes en 2006 frente a los 12 pacientes de 2002. El mayor número de pacientes, fármacos, patologías y coste corresponde al grupo de pacientes externos; 3 patologías se han administrado en hospital de día. Los diagnósticos que lideran el mayor gasto han sido: hipertensión pulmonar, angioedema hereditario y hormona de crecimiento que han supuesto el 77% en el último año. En 2006 el coste/paciente más alto corresponde a 2 pacientes, uno con hipertensión pulmonar en tratamiento con Epoprostenol/sildenafil (180.322 € en 2006 y 174.518 € en 2005) y el otro angioedema hereditario con inhibidor de la C1 esterasa (135.219€ en 2006 y 30.888€ en 2005, año de comienzo a dosis altas); en 2003 y 2004 el coste/paciente más alto fue para la hemofilia. Los 3 diagnósticos comentados anteriormente requieren la indicación de fármacos en Unidades Hospitalarias muy especializadas solo disponibles en grandes hospitales.

El Servicio de Farmacia se encuentra con un incremento de actividad no solo debida a las dispensaciones, sino a contactar con la Farmacia del hospital del cual deriva, tramitar usos compasivos, buscar el facultativo adscrito a nuestro hospital para que tramite las recetas y uso compasivo si procede y especialmente la no disponibilidad del fármaco en el momento.

Conclusiones: El gasto farmacéutico más alto ha sido en 2006 y se corresponde con 597.905 € (7,34% del gasto total hospitalario). El impacto económico se ha debido principalmente al aumento del coste/paciente en 2 patologías hipertensión pulmonar y angioedema hereditario que representan el 55% del total. El incremento de pacientes se explica por la dispensación de Hormona de Crecimiento y tratamientos para la fertilidad.

(12) Implantación de un sistema automatizado de dispensación de medicamentos.

Sainz de Rozas Aparicio C, Valenzuela Gámez JC, Gallardo Anciano J, Marquez Nieves JJ, Sanchez Ruiz de Gordo M, Fraga Fuentes D.

Servicios de Farmacia. Hospital General La Mancha Centro y Hospital de Tomelloso. Ciudad Real.

Objetivo: Describir la implantación de un armario automatizado Megamat[®] en un Servicio de Farmacia para la dispensación de medicamentos.

Material y métodos: El estudio se realiza en un Hospital General de nueva apertura de 180 camas. Disponemos de un carrusel de rotación vertical Megamat[®] de 2,77 m de ancho, 2,66 m de alto y 1,26 m de fondo. Contiene 23 bandejas con 582 cajetines de diferentes tamaños para el almacén de la medicación.

- 18 bandejas con 24 cajetines pequeños cada una.
- 12 bandejas con 10 cajetines medianos cada una.
- 3 bandejas con 10 cajetines grandes cada una.

El armario está conectado a un PC con un software, que es un sistema de gestión de almacenes, a una impresora y al programa informático Farmatools[®] (dosis unitarias y gestión de stocks).

El sistema de ubicaciones es “caótico”, es decir, el carrusel utiliza todo el espacio disponible sin reservar espacios definidos para medicamentos específicos.

Resultados: En el armario se van a ubicar 450 especialidades distintas para las que se ha definido:

- Código del artículo: código nacional de la especialidad.
- Descripción: nombre comercial de la especialidad.
- Tamaño del cajetín donde se va a ubicar: pequeño, mediano o grande, según el tamaño de la especialidad y cantidad que queremos tener almacenada.
- Stock mínimo: stock que queremos mantener en el carrusel por debajo del cual es necesario reponerlo.
- Stock máximo: máxima cantidad que va a ser almacenada en el carrusel.
- Múltiplo de reposición: múltiplo de las unidades que se van a reponer.

El software del armario también nos va a permitir gestionar los medicamentos que no se almacenan en el carrusel o externos, los cuales se han separado en varios almacenes: almacén general, almacén de termolábiles, almacén de estupefacientes y psicótropos, almacén de sueros, almacén de nutriciones enterales, almacén de desinfectantes etc.

Con este modelo de armario se da servicio a :

- Dispensación en dosis unitarias.
- Botiquines de planta.
- Reposición de sistemas automatizados externos de dispensación de medicamentos (Omnicell[®]).

Para los medicamentos externos se genera una lista de preparación que indica el almacén donde se ubican.

Conclusiones:

- Con el armario automatizado Megamat[®] se consigue que el 100% de los productos sean gestionados por un mismo sistema independientemente de su ubicación.
- Permite optimizar el almacenaje y distribución de los medicamentos en el Servicio de Farmacia ya que se aprovecha mejor el espacio y evita desplazamientos del personal.
- Cubre todos los circuitos de dispensación del hospital: dosis unitarias, reposición de stock y sistemas automatizados externos de dispensación.

(13) Medida de la adherencia y respuesta al tratamiento antirretroviral en un hospital de tercer nivel

Carmona Álvarez, T. ; Quero González, P.

Servicio Farmacia. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas

Objetivos.

Comparar dos métodos de medida de adherencia al tratamiento antirretroviral y analizar la relación entre cada uno de ellos y la respuesta al tratamiento.

Método.

Análisis descriptivo realizado en pacientes infectados por VIH a los que se les dispensa medicación en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital a lo largo del 2006. Para medir la adherencia al tratamiento, se emplearon dos métodos:

1. Cuestionario validado SMAQ. Realizada al paciente en el momento de la dispensación.
2. Registro de dispensaciones (RD). Contabilizamos el número de dispensaciones realizadas en el período de estudio. La adherencia se calculó mediante la siguiente expresión: ***(dosis totales prescritas – dosis no dispensadas) x 100/dosis totales prescritas***.

En ambos métodos, el punto de corte para diferenciar entre pacientes adherentes y no adherentes se estableció en el 95%. Para evaluar la respuesta al tratamiento, se consultan las últimas analíticas, en las que se recogen los datos de carga viral (CV). Con éstos últimos, se analiza la relación que tienen con los resultados de adherencia obtenida mediante los dos métodos (RD y cuestionario SMAQ).

Resultados.

De los 28 pacientes a los que al menos se le dispensó medicación una vez en el 2006, **19 de ellos fueron encuestados** (15 hombres y 4 mujeres) con una edad media de **42,41 años**, se consideraron adherentes **de acuerdo al RD, 9 pacientes**. Según el cuestionario **SMAQ, 11 pacientes** presentaron una adherencia > al 95%. La adherencia medida por registros de dispensación coincidió con la valorada por el cuestionario SMAQ en el 64,7% de los pacientes (12 pacientes de los 19 encuestados). Con respecto a los resultados de Cv (copias/ml), **15 pacientes** presentaban una carga viral indetectable (< 40 copias/ml) y **4 pacientes** tenían > 200 copias/ml.

Conclusiones.

- El número de pacientes que presentan una adherencia >95% con el cuestionario SMAQ es mayor que con el RD lo que podría indicar una sobreestimación de la adherencia al utilizar el cuestionario.
- Ambos métodos son útiles para la medida de la adherencia y para relacionarla con la respuesta al tratamiento, ya que los pacientes con adherencia >95% se corresponden con valores de Cv más bajos.

Bibliografía

Ortega Valín, Luis: “Uso de cuestionarios para medir la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Muñoz Muñoz, Nuria: “Novedades en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TAR)”. 5º Seminario de Atención Farmacéutica 2006; 17-22

Hernando Knobel et al. “Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral”. Documento de consenso de GESIDA sobre terapia antirretroviral y enfermedades asociadas al VIH (2000-2002): 93-109