XV JORNADA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD CASTELLANO MANCHEGA
DE FARMACIA HOSPITALARIA

I JORNADA VIRTUAL de la SCMFH

Tomelloso-Villarrobledo-Manzanares

7 OCTUBRE 2020

XV JORNADA CIENTÍFICA SCMFH
7 DE OCTUBRE 2020

LIBRO DE RESÚMENES

COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ ORGANIZADOR
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. Tomás Sánchez Casanueva Dra. Ana Isabel Fernández Marchante Dra. Nuria Monteagudo Mártinez Dra. María Luisa Moreno Perulero Dra. Silvia Cuerda Coronel Dra. Inés Mendoza Acosta Dra. Patricia Tardáguila Molina	PRESIDENTE: Dr. José Javier Márquez Nieves VOCALES: Dra. Piedad López Sánchez Dra. Esther Durán Sánchez Dra. Eva María García Martínez Dr. David García Marco Dra. Eva Martin Alcalde Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez

PROGRAMA CIENTÍFICO

17:00 h – 18:00 h Compartiendo Experiencias en los Hospitales de Castilla La Mancha.

1. "Entorno web para intercambio de medicamentos entre hospitales del SESCAM" Hospital General Mancha-Centro (Alcázar de San Juan). Ponente: Beatriz Proy Vega.

2. "Programa de Conciliación al alta hospitalaria". Hospital General de Almansa. Ponente: José Marco del Rio.

3. "Disminución de errores de medicación informando a los pacientes ingresados de sus tratamientos". Hospital Nacional Parapléjicos. Ponente: David García Marco

4. "Integración de un farmacéutico en el equipo de cuidados paliativos pediátricos". Hospital Virgen de la Salud (Toledo). Ponente: Marta García Palomo.

5. "Comité multidisciplinar de terapias biológicas conjunto. Experiencia de 7 años". Hospital de Villarrobledo. Ponente: Eva García Martínez/Ismael Pérez Alpuente.

Modera: Dra. Araceli FernandezCorada-Sánchez.

18:00 h – 18:45 h Presentación oral de las cinco mejores Comunicaciones.

Modera: Eva García Martínez. Servicio de Farmacia. GAI de Villarrobledo

18:45 h – 19:30 h Asamblea General Ordinaria de la SCMFH

COMUNICACIONES ORALES.....10

SENTADAS LAS BASES, CONSTRUYAMOS EL FUTURO: "INICIATIVA 2020" EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA.....10

COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ETOPOSIDO ORAL VS INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN.....11

LA FÓRMULA PARA EL MÁXIMO BENEFICIO EN EL PACIENTE VIH: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.....12

PROFILAXIS VACUNAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ONCO-HEMATOLÓGICO ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES?.....13

IMPACTO EN LA ADHERENCIA A LA HORMONA DEL CRECIMIENTO CON EL CAMBIO AL BIOSIMILAR.....14

COMUNICACIONES PÓSTER.....15

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS DISPENSADOS POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 15

IMPACTO DE LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE PROGESTERONA EN LOS NIVELES SÉRICOS DE ÉSTA Y EN LA TASA DE EMBARAZO EVOLUTIVO EN CICLOS SUSTITUTIVOS.....16

ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA MEDIANTE SISTEMAS AUTOMATIZADOS.....17

ATENCIÓN HOSPITALARIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL Y PRODUCTOS DIETÉTICOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO: DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA.....18

ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA PERTUZUMAB – TRASTUZUMAB – VINORELBINA COMO ALTERNATIVA A PERTUZUMAB – TRASTUZUMAB – TAXANO EN ESTADÍO METASTÁTICO.....19

HIPOPROTEINEMIA: ¿UNA VARIABLE MÁS A TENER EN CUENTA EN LA DOSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFTRIAXONA DEL PACIENTE CRÍTICO?.....20

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.....21

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LAS PRESENTACIONES DE FOSFOMICINA POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....22

EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR GRAM POSITIVOS.....23

TRATAMIENTO DE PROFILAXIS EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA. SELECCIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO.....24

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR AL RESCATE DE LOS INFECTADOS CON HEPATITIS C RECURRENTE.....25

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTE CRÍTICO.....26

OCRELIZUMAB ¿SON EFICACES Y SEGURAS LAS NUEVAS TERAPIAS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?.....27

EXPERIENCIA DE USO CON VOLASENORSEN EN SINDROME DE QUILOMICRONEMIA FAMILIAR.....28

CAPACIDAD PREDICTIVA DE TRES MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....29

DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP- frail EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE FRAGILIDAD AVANZADA.....30

VERNAKALANT: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN CARDIOVERSIÓN DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO.....31

ENCUESTA SOBRE LA INFORMACIÓN APORTADA AL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO CON TRATAMIENTO CITOSTÁTICO PARENTERAL.....32

EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA DE CANCER DE MAMA.....33

ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN 2019.....35

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL COMARCAL 36

EXPERIENCIA DE LA BITERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....37

FOTOPROTECCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN: ASIGNATURA PENDIENTE..... 38

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS EN TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA.....39

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN UNA UNIDAD DE GERIATRIA DE AGUDOS.....40

COSTE EFECTIVIDAD DE PALBOCICLIB EN CASTILLA LA MANCHA: RESULTADOS EN VIDA REAL.....41

FORMULACIÓN DE GENTAMICINA 0,5% EN CREMA PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS SOBREINFECTADAS: A PROPOSITO DE UN CASO.....42

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE AZTREONAM INTRAVENOSO: UNA RETROSPECTIVA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.....43

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN DE FIDAXOMICINA 44

ANÁLISIS DE OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN COMITÉ DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN DERMATOLOGÍA 45

ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA 46

EFICACIA, SEGURIDAD Y DURABILIDAD DE DOBLE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL CON DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA.....47

REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA APLICANDO EL JUICIO CLÍNICO FARMACÉUTICO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.....48

BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: EL ENSAYO CLÍNICO A LA VIDA REAL.....49

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....50

A PROPÓSITO DEL ENSAYO CLÍNICO HYGIA.....51

ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB EN INDICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.....52

EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.....53

ELABORACIÓN DE SOLUCIONES DE SELLADO ANTIBIÓTICO DE CATÉTERES INTRAVENOSOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.....54

USO Y EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN LA ANEMIA PREOPERATORIA.....55

EVALUACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.....56
UN ANUNCIO EN LAS AFUERAS: EFECTOS ADVERSOS DE PLEINVUE®: CASOS Y NOTIFICACIONES A FARMACOVIGILANCIA.....57
INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE TAMSULOSINA POR DOXAZOSINA EN HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....58
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA: EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN AL PROTOCOLO.....59
ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN NO INCLUIDA EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA: SEGUIMIENTO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.....60
MANEJO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS SIN PELIGRO.....61

COMUNICACIONES ORALES

SENTADAS LAS BASES, CONSTRUYAMOS EL FUTURO: "INICIATIVA 2020" EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA

Martín Niño, I; Portela Sotelo, A; Martínez Valdivieso, L; Canales Ugarte, S; Buendía Moreno, JA; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca.

Objetivo: Conocer y evaluar la situación actual de los Servicios de Farmacia (SF) del SESCAM respecto a las seis líneas estratégicas (LE) de la "Iniciativa 2020", definidas en 2010 por la SEFH, para avanzar en la mejora de la práctica farmacéutica hospitalaria.

Métodos: Estudio transversal, realizado mediante una encuesta, enviada en Febrero'20 por e-mail a los 15 jefes de SF del SESCAM. La encuesta constaba de 27 preguntas: 2 datos del centro (número camas -NC-, número facultativos -NF-), 25 de las LE, cuyos objetivos mínimos a alcanzar (en porcentajes) eran:

1) Desarrollo organizativo (DO):
   - *80% de SF disponen de sistemas: informáticos de gestión de procesos integrados,prescripción electrónica integrada en historia clínica, automatizados de almacenamiento y dispensación, trazabilidad/seguridad para preparar/manipular medicamentos de riesgo y/o preparación compleja.
   - *50% dispone de sistemas de gestión de calidad certificados/acreditados.

2) Medicina Basada en la Evidencia (MBE), porcentaje de SF que participa en:
   - *100%, evaluación/selección de medicamentos y desarrollo de protocolos/guías clínicas.
   - *90%, programas orientados a farmacoterapia según MBE.

3) Seguridad, porcentaje de SF con:
   - *80%, con programas de conciliación (ingreso/alta).
   - *100%, Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) para manejo seguro de medicamentos de alto riesgo e inyectables.

4) Atención farmacéutica (AF), porcentaje de SF con:
   - *80%, farmacéutico integrado en equipo asistencial y realiza informes de monitorización terapéutica.
   - *95%, implantación de programas de información al alta.
   - *100%, validación farmacéutica: previa a administración, atención continuada al paciente externo.

5) Docencia, porcentaje de SF disponen de:
   - *95%, programas de desarrollo profesional y ≥1 farmacéutico con BPS.
   - *80%, plan específico de farmacoterapia dirigido a farmacéuticos.

6) Investigación:
   - *40%, cuenta con farmacéutico en proyectos de investigación competitiva.
   - *60%, tiene publicaciones en revistas con SCI.

Respuestas recogidas: Excel®. Modelo de regresión lineal (STATA/1C®v.14), comparando objetivos alcanzados en función de categorías según NC y NF. Para ello, se estratificó en 3 categorías: NC: pequeños (0-200); medianos (201-499); grandes (>500). NF: <4/ 4-10/ >10.

Resultados: Grado de participación: 100%; 98,8% respuestas contestadas.
-Se alcanzaron todos los objetivos fijados en DO, excepto en sistemas de trazabilidad/seguridad.
-MBE: >90% de los SF alcanzaron los objetivos.
-En seguridad, <60% de los SF disponían de: conciliación (ingreso/alta) y 86%, PNTs de medicamentos de alto riesgo.
-No se alcanzaron objetivos en AF ni docencia, existiendo amplia variabilidad interhospitalaria.
-En investigación, 67% disponía de publicación en revista con SCI, pero sólo 14% contaba con proyectos de investigación competitiva.
-Categoría/hospital: NC pequeños:53%; NF(<4):47%.NC medianos:27%; NF(4-10):33%. NC grandes:20%; NF(>10):20%.
-Se obtuvo significación estadística en media de objetivos alcanzados por hospitales medianos vs pequeños: p=0,021; 3,77 CI95% (0,68-6,77). Sin significación estadística de hospitales grandes vs medianos: p=0,329; 1,8 CI95% (-2,05-5,22), aunque se observó tendencia directamente proporcional entre categoría NC/NF y objetivos alcanzados.

Conclusiones: Las LE con mejores resultados fueron: DO y farmacoterapia según MBE. Aquellas LE con mayor margen de mejora abarcan: seguridad, conciliación y docencia/investigación.
A pesar del pequeño tamaño muestral, se obtuvo significación estadística en objetivos alcanzados entre categorías de hospital mediano/pequeño.
Fomentar la seguridad y docencia permitirá mejorar la práctica clínica farmacéutica hospitalaria y de los sistemas de salud.
Conflicto de intereses: no

(Enlace al póster)

COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE ETOPOSIDO ORAL VS INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN

Sánchez Cadena A1, Vicente Sánchez P1, Garrido Siles M2, Rodríguez Martínez M1.1Hospital General Universitario Ciudad Real. 2Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella.

OBJETIVO: Uno de los tratamientos estándares en primera línea a día de hoy para el cáncer microcítico de pulmón diagnosticado como enfermedad extendida (CMPEE) es la combinación de etopósido con sales de platino según el siguiente esquema: día 1 (etopósido + platino intravenoso), día 2 y 3 (etopósido, oral o intravenoso) cada 21 días, sin establecerse preferencia alguna entre el tratamiento oral o intravenoso de los días 2 y 3 del etopósido.
Objetivo: evaluar las diferencias en supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), del tratamiento con etopósido + platinos entre un grupo de pacientes tratados con etopósido oral y otro con etopósido intravenoso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional en el que se compararon dos cohortes de pacientes diagnosticados de CMPEE: pacientes tratados con etopósido oral días 2 y 3 de cada ciclo (grupo 1) y pacientes tratados con etopósido intravenoso todos los días del ciclo (grupo 2).
-Variables: sexo, edad, ECOG, número medio de localizaciones metastásicas (MT), esquema de tratamiento recibido, porcentaje dosis recibida, SLP a primera línea de tratamiento con etopósido + platinos y SG.
-Análisis estadístico: se compararon SLP y SG mediante la prueba estadística Kaplan-Meier y el test de Log-Rank. El resto de variables mediante Chi-cuadrado (categóricas) y T de student (cuantitativas).
-Criterios de inclusión: pacientes con ECOG ≤0-1 al inicio del tratamiento y diagnosticados de CMPEE, tratados en primera línea con etopósido + platino (cisplatino/carboplatino).
-Criterios de exclusión: pacientes cuya situación basal al inicio del tratamiento quimioterápico fuese de ECOG≥2 y/o con enfermedad limitada a tórax.

RESULTADOS:
-Grupo 1: analizados 184 pacientes, incluidos 45, hombres (77,77%), edad media 63 años, 91% ECOG 1, 1,44 MT, 51,11% recibieron cisplatino + etopósido, porcentaje de dosis media recibida 95,55 %, mediana SLP 104 días y mediana SG 249 días.
-Grupo 2: analizados 381 pacientes, incluidos 67, hombres (88%), edad media 62 años, 57% ECOG 1, 1,3 MT, 55,22% recibieron carboplatino + etopósido, porcentaje de dosis media recibida 90,22 %, mediana SLP 110 días y mediana SG 314 días. Un paciente no ha alcanzado la mediana de SLP y 4 pacientes no han alcanzado la de SG.
-Análisis estadístico: el análisis de Log-Rank resultó un valor de p=0,161 para la SG y p=0,658 para la SLP, estadísticamente no significativos. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el ECOG (p<0,05) y el porcentaje de dosis recibido (p=0,012).

CONCLUSIÓN: No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en SLP y SG entre ambos grupos por lo que la vía de administración no influyó en los resultados relacionados con la efectividad del tratamiento. En base a estos resultados la vía de administración debería ser seleccionada por criterios de seguridad, eficiencia y conveniencia (sobrecarga del hospital de día, capacidad de desplazamiento de los pacientes…), los cuales no fueron analizados en el presente estudio.

CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

LA FÓRMULA PARA EL MÁXIMO BENEFICIO EN EL PACIENTE VIH: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Donaire Martínez, S; Áreas del Águila, V; Pérez Serrano, R; González Gasca, FJ; Porras Leal, L; Rodríguez Martínez, M. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Objetivos: El objetivo del estudio fue comparar el escenario farmacoterapéutico de los pacientes diagnosticados de VIH-1 antes y después de la creación un grupo de trabajo multidisciplinar para la optimización de la terapia antirretroviral (GOT-TAR) siguiendo las recomendaciones de GESIDA según criterios de seguridad, eficiencia y conveniencia.

Métodos: Estudio retrospectivo y transversal en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de VIH-1, atendidos en la consulta de Pacientes Externos de un hospital general de 500 camas en enero de 2017 y enero de 2020. Las variables recogidas fueron: pacientes con TAR, adecuación a las recomendaciones GESIDA 2017 y 2019 (pacientes con pautas preferentes o alternativas según GESIDA), seguridad (pacientes en biterapia, con nevirapina o efavirenz, con tenofovir disoproxil fumarato [TDF]), conveniencia (comprimidos/ paciente/ día), eficiencia (coste total estimado/ año expresado en precio de venta del fabricante [PVF]). La actividad del grupo en estos tres años se analizó mediante el número de revisiones realizadas y pacientes revisados.

El GOT-TAR fue creado en abril de 2017 con el fin de adecuar y estandarizar el tratamiento de los pacientes con VIH-1. Está compuesto por cuatro especialistas en medicina interna y dos en farmacia hospitalaria. Las reuniones se celebran quincenalmente y, siguiendo las guías GESIDA, se revisan inicios, cambios o mantenimientos propuestos por el prescriptor. El TAR final es consensuado por el grupo.

Resultados: En enero de 2017 fueron tratados 193 pacientes, un 44,56% recibieron pautas preferentes/ alternativas según GESIDA vs a un 63,49% de los 252 tratados en enero de 2020. Un 4,15% de los pacientes fueron tratados con biterapia en 2017 frente a un 18,25% en 2020. Se redujeron los pacientes tratados con nevirapina o efavirez de un 34,72% a un 4,37% en 2020. Los pacientes tratados con TDF experimentaron un descenso de 67,36% en 2017 a 19,44% en 2020. El número medio de comprimidos/ paciente/ día fue de 2,21 (1-8 comprimidos) en 2017 mientras que en 2020 fue de 1,53 (1-4 comprimidos). El coste/ paciente/ año fue de 6549 € en 2017 reduciéndose a 5878 € en 2020. Entre 2017 y 2020, el GOT-TAR ha realizado 211 revisiones de tratamiento correspondientes a 149 pacientes.

Conclusiones: La creación del grupo de trabajo ha permitido la optimización del TAR mejorando la conveniencia al reducir el número de comprimidos, previniendo posibles efectos adversos mediante el uso de por ejemplo tenofovir alafenamida (TAF) y de la biterapia, así como reduciendo el coste del mismo.

Conflicto de intereses: ninguno.

.

(Enlace al póster)

PROFILAXIS VACUNAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ONCO-HEMATOLÓGICO: ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES?

Luque Jiménez M, Anguita Montenegro B, Vicente Sánchez MP, Pérez Serrano R, Nieto Sandoval Martín de la Sierra P, Rodríguez Martínez M.

OBJETIVO: El documento nacional de vacunación en grupos de riesgo (año 2018) recomienda, entre otras, que todos aquellos pacientes en tratamiento con inmunosupresores y/o con cáncer o hematopatías malignas deben vacunarse de la gripe de forma anual y del neumococo una vez (VNC13+VNP23). El objetivo de este estudio fue conocer el grado de adecuación de estas recomendaciones en pacientes onco-hematológicos de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y transversal. Durante una semana en Octubre de 2019, se preguntó a pacientes tratados con quimioterapia en el hospital de día onco-hematológico si se habían vacunado en la campaña 2018-19 de gripe y/o de neumococo, además de si su oncólogo, hematólogo o médico de atención primaria (MAP) se lo había recomendado. Se comprobó a través de Turriano® si estaba registrada la vacunación de estos pacientes en las campañas de gripe de 2018-19 y 2019-20 y/o del neumococo. Se recogieron datos demográficos del paciente y el servicio médico.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes, el 56.9% eran hombres. La edad media era de 62.8 años [35-89], un 42.2% eran mayores de 65 años. El 94.1% eran oncológicos y 5.9% hematológicos. El 67% de los pacientes refirieron no haberse vacunado de la gripe en la campaña 2018-19, coincidiendo en un 95.1% con lo registrado en Turriano®. El 64.7% de los pacientes no tenían registrada la vacunación en 2019-20. El 56.9% no se vacunaron en ninguna de las campañas; 26.5% lo hicieron en ambas. De los pacientes vacunados al menos una vez de gripe, el 61.4% eran mayores de 65 años. Aquellos que no se han vacunado en ninguna de las dos últimas campañas de gripe el 72.4% eran menores de 65 años. Con respecto a la vacuna del neumococo el 98% refiere no habérsela administrado nunca, aunque según los datos de Turriano® el 23.5% sí ha recibido al menos una dosis de esta vacuna. El 89% no habían recibido ningún tipo de recomendación de vacunación por su médico (oncólogo/hematólogo).

CONCLUSIONES: Se evidencia un gran porcentaje de pacientes onco-hematológicos sin vacunación de gripe. Aquellos que sí están vacunados, en su mayoría pertenecen a otros grupos de riesgo (edad mayor a 65 años) por recomendación de su MAP.

Los pacientes tienen un elevado conocimiento acerca de su vacunación anual de la gripe pero no es así con la vacuna del neumococo, en el que una gran mayoría de pacientes en los que se ha administrado al menos una dosis de neumococo no son conscientes de ello si se les pregunta.

Existe un bajo cumplimiento de las recomendaciones de vacunación en nuestro centro, lo que nos deja una clara línea de trabajo a los farmacéuticos, en colaboración con otros servicios, para poder mejorar la educación necesaria sobre la importancia de la vacunación.

No se declara conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

IMPACTO EN LA ADHERENCIA A LA HORMONA DEL CRECIMIENTO CON EL CAMBIO AL BIOSIMILAR.

Notario Dongil C, Marcos De La Torre A, Proy Vega B, Alañón Pardo MM, Araque Arroyo P, Gómez Lluch MT. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

OBJETIVO

La medida de adherencia al tratamiento con hormona de crecimiento (HC) ha sido facilitada en los últimos años mediante el uso de dispositivos electrónicos de autoinyección y medición, con resultados satisfactorios.

El cambio al medicamento biosimilar supone un ahorro en los costes, pero puede suponer un compromiso de la adherencia, pues no existe dispositivo para su medida. El objetivo del estudio fue analizar si el cambio al medicamento biosimilar tuvo impacto en la adherencia**.**

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de la adherencia al tratamiento con HC durante 34 meses. Para medir la adherencia, se utilizaron los cuestionarios de Morisky-Green adaptados, cumplimentados por los pacientes o familiares y registro de dispensaciones. Se diseñó una herramienta informática que ayudaba al cálculo de la adherencia. Para su elaboración, se emplearon los días prescritos de tratamiento, dosis prescrita, unidades dispensadas, fechas de dispensación. La adherencia se calculó en función de las unidades dispensadas según la dosis prescrita y las fechas de dispensación. Esta se consideró óptima si era ≥95%. Se compararon los cuestionarios de cada paciente con su registro de dispensación.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, dosis recibida, persona que administraba la HC. Los datos fueron recolectados del módulo de pacientes externos de Farmatools® (v3.0) y la historia clínica informatizada, Mambrino XXI®.

Se informó al médico de los resultados y se registraron en la historia clínica de cada paciente. Se estableció la monitorización de la adherencia de manera semestral y anual como medida de apoyo que contribuye al éxito terapéutico.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, 67% mujeres y 33% hombres, con una mediana de edad de 10,5 años.

Los diagnósticos fueron: déficit de HC (46%), crecimiento intrauterino retardado (42%), hipoplasia hipofisaria (8%), panhipopituitarismo (4%). La administración de la HC se realizó de la siguiente manera: 67% familiar, 25% paciente, 8% familiar y paciente.

Según el cuestionario, el 83% fueron cumplidores totales, no olvidaban tomar nunca la medicación, respetaban el horario de administración y no abandonaban el tratamiento cuando se encontraban bien o cuando les sentaba mal.

Considerando únicamente la pregunta relacionada con la omisión de la toma, el 17% refirió olvidos en alguna ocasión. La adherencia media estimada según los registros de dispensación fue del 99%. Los resultados de adherencia entre cuestionarios y registros de dispensación no fueron concordantes.

CONCLUSIONES

Existe la necesidad de medir la adherencia en estos pacientes, ya que la falta de cumplimento afecta negativamente a la respuesta al tratamiento.

El 83% y el 99% fueron adherentes según los cuestionarios y registros de dispensación, respectivamente. A pesar de observarse una alta tasa de adherencia con los dos métodos, los resultados entre sí no fueron del todo concordantes. Esto puede deberse a que, como limitación principal, el cuestionario Morisky-Green mide la adherencia como variable dicotómica, pudiendo dar lugar a una infraeestimación de la misma, de ahí la necesidad del uso de otros métodos añadidos, como el registro de dispensaciones.

De acuerdo a los resultados, el cambio de dispositivo al medicamento biosimilar no supuso un compromiso en la adherencia.

No existe conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

COMUNICACIONES PÓSTER

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS DISPENSADOS POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serna Serrano B, Aldaz Francés R, Casas Hidalgo I, Díaz Rangel M, Garrigues Sebastia MR, Valladolid Walsh A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Los medicamentos peligrosos (MP) se caracterizan por ser: carcinógenos, teratógenos, genotóxicos y/o tóxicos para la función reproductiva. El *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), los clasifica en: MP1 antineoplásicos; MP2 no antineoplásicos con alguna característica de MP y MP3 toxicidad reproductiva. El objetivo del estudio es informar a las unidades de hospitalización (UH) sobre el tipo de MP dispensado, la forma adecuada de manipularlos y analizar las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia (SF).

MÉTODOS: Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados que tenían prescritos MP durante 56 días. Se informó sobre la categoría y forma de manipulación de todos los MP a través de los programas de validación farmacéutica (Farmatools®) e historia clínica (Mambrino XXI®) pero sólo se realizaron intervenciones de los MP orales dispensados por el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU) porque las fórmulas intravenosas se dispensan ya preparadas desde el SF. Las variables estudiadas fueron:

- MP prescritos: número y categoría NIOSH (MP1-2-3).
- Intervenciones en MP orales: número total de intervenciones (TI), categoría NIOSH y principios activos MP intervenidos. Las recomendaciones realizadas fueron: prescripción de fórmula magistral (FM), adecuación del intervalo terapéutico (AIT), de la pauta posológica a la presentación comercial (APC), de la especialidad farmacéutica (AEF) y cuando no fue posible ajustar la pauta posológica a las presentaciones orales comerciales, se informó de cómo proceder para manipularlos (IM).

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron:

- MP prescritos: 17.184 unidades (4% MP1, 32% MP2 y 64% MP3).
- Intervenciones en MP orales: 50 TI (31% MP2 y 69% MP3). MP2: 80% espironolactona, 13% azatioprina y 7% oxcarbamacepina; MP3: 35% clonazepam, 26% acenocumarol, 18% colchicina, 15% paroxetina y 6% fluconazol. Las recomendaciones realizadas fueron: ninguna FM, 4 (8%) AIT, 12 (24%) APC, 14 (28%) AEF, 20 (40%) IM.

CONCLUSIONES.: Ante la necesidad de proteger a los trabajadores de la exposición a MP en el ámbito hospitalario, se analizaron y revisaron los puntos críticos del proceso que siguen los MP. Los SF son los responsables de garantizar la correcta identificación y utilización de los medicamentos, por ello, durante el periodo de estudio se informó a las UH, de todos los MP prescritos durante la validación de los tratamientos y se intervino en los MP orales prescritos que necesitaran manipulación. Más de la mitad de las intervenciones realizadas fueron aceptadas (56%), sin embargo, en el 40% del TI sólo se pudo informar de medidas para reducir el riesgo en la manipulación y gestión de residuos generados, ya que no fue posible otra alternativa. No fue necesario intervenir en ningún MP1, pero sí se garantizó su correcta identificación en el SDMDU mediante un etiquetado especial. Estos datos nos alertan sobre la falta de presentaciones medicamentosas comercializadas que se ajusten a las pautas y necesidades clínicas de los pacientes y los problemas logísticos que supone para los SF el adecuar las presentaciones de MP.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

(Enlace al póster)

IMPACTO DE LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE PROGESTERONA EN LOS NIVELES SÉRICOS DE ÉSTA Y EN LA TASA DE EMBARAZO EVOLUTIVO EN CICLOS SUSTITUTIVOS.

Ruiz González, L[1]: Castilla González, N[2]; García Cuevas, S[2]; Matarranz Pascual, I[2]; Luna Lago, C[3] y Herráiz Nicuesa, L[3]. [1]Servicio de Farmacia, Clínica La Antigua, Guadalajara. [2]Servicio de Ginecología, FIV Laber Guadalajara. [3]Servicio de Embriología, FIV Laber Guadalajara

Objetivos: Son varios los estudios que demuestran que los niveles séricos de progesterona (P) en el día de la transferencia embrionaria (TE) en ciclos sustituidos se correlacionan positivamente con la tasa de embarazo evolutivo (TEV). Sin embargo, no existe consenso respecto a cuál es la dosis/vía de administración óptima, de ahí a que el objetivo de este trabajo sea:
Evaluar el impacto de la pauta de administración de la P sobre su concentración sérica el día de la TE, así como TEV en ciclos sustituidos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado, entre febrero 2019 y febrero de 2020, en mujeres que han realizado un ciclo con terapia hormonal previo a la criotransferencia.

Las variables recogidas fueron: edad, niveles séricos medios de P (ng/ml) el día previo a la criotransferencia (P4) y a posteriori (4P-post) en aquellas mujeres que necesitaron rescate y embarazo clínico (existencia de saco gestacional).

Las pacientes se estratificaron en función del tratamiento pautado de P:

- 25 mg vía subcutánea (s.c) cada 12h
- 300 mg vía vaginal (v.v) cada 8 h
- Combinación de 300 mg v.v cada 8 horas más 25 miligramos subcutánea una vez al día.

A su vez se clasificaron según los niveles de P4 en concentraciones séricas ≤11 ng/ml y >11ng/ml.

Aquellas pacientes que tuvieron una P4≤11ng/ml fueron rescatadas con otra pauta de P (si habían llevado s.c se rescató con v.v y viceversa), analizándose su concentración a posteriori.

Resultados: Se analizaron un total de 130 pacientes con una mediana de edad de 37 años (RI 26-49). Los niveles medios de P4 fueron de 13,65 ng/ml (RI 5,89-55).

54 pacientes recibieron 25 mg de P sc/12h. De éstas, 34 (62,9%) consiguieron una P4>11ng/ml, obteniéndose una TEV del 29,6% (16). Las 20 restantes fueron rescatadas, consiguiéndose en 19 de ellas una 4P-post>11ng/ml y 8 embarazos evolutivos. Por ello, de forma global la TEV 44,4%

36 pacientes recibieron 300 mg de Pv.v/8h. De éstas, 28 (77,7%) tenían una P4>11ng/ml, consiguiéndose una TEV del 72.2% (26). Las 8 restantes fueron rescatadas consiguiéndose en 7 de ellas una 4 P-post >11ng/ml y 4 embarazos evolutivos. Por ello, de forma global la TEV 83,3%

40 pacientes recibieron 300 mg de P v.v/8h+ 25 mg s.c. De éstas 40 (100%) tenían una P4>11ng/ml, consiguiéndose una TEV del 27.5% (11).

Conclusiones: Existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre emplear una pauta de P u otra, encontrándose una P4 mayor en aquellas pacientes tratadas a nivel vaginal, tratamiento más económico y menos invasivo.

Sin embargo, los resultados de P4>11mg/ml no se correlacionan en todos los casos con una mayor TEV, por lo que resultaría interesante realizar un estudio multivariante con un mayor número de pacientes y variables, para comprobar que otros parámetros como la edad, índice de masa corporal, número de embriones transferidos y calidad de éstos, no estén sesgando el estudio.

(Enlace al póster)

ANÁLISIS DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA MEDIANTE SISTEMAS AUTOMATIZADOS.

Salguero Olid A[1], García Marco D[1], Martínez Camacho M[2], Rueda Naharro A[1]. 1. Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. 2. Hospital Virgen del Valle de Toledo.

Objetivos: La relación causal entre la sobrecarga anticolinérgica y diferentes efectos adversos se conoce desde hace tiempo, aunque sus efectos a largo plazo, tales como las caídas, la hipotensión y la demencia, pese a ser conocidos, están menos definidos. Existen diferentes escalas para valorar la sobrecarga anticolinérgica, pero no todas coinciden en el número de fármacos incluidos ni en el peso atribuido a cada principio activo, existiendo cierta variabilidad en la puntuación obtenida según la escala utilizada. El objetivo fue evaluar la carga anticolinérgica y analizar el grado de concordancia entre las diferentes escalas utilizando sistemas automáticos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en febrero de 2020 de todos los pacientes ingresados. Para medir la sobrecarga anticolinérgica se utilizaron 10 escalas: *Anticholinergic Cognitive Burden Scale* (ACB), *Anticholinergic Risk Scale* (ARS), *Serum anticholinergic activity* (CHEM), *Anticholinergic Drug Scale* (ADS), *Anticholinergic Activity Scale* (AAS), *Anticholinergic Load Scale* (ALS), *Clinician-Rated Anticholinergic Score* (CrAS), *Duran`s Scale* (DURAN), *Anticholinergic Burden Classification* (ABC) y *Drug Burden Index* (DBI). Todas las variables recogidas fueron integradas en el programa Geridrugs®, que analiza, además de la carga anticolinérgica mediante las escalas antes mencionadas, los medicamentos clasificados como de alta potencia anticolinérgica según UpToDate®, siendo capaz de reconocer de manera automática los pacientes con principios activos de alta potencia, si están asociados a demencia, y emitir recomendaciones de sustitución por medicamentos con menor carga anticolinérgica. Asimismo, se midió el tiempo empleado tanto en la revisión manual como en la realizada por el sistema automático.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes, edad: 50,76±19,75 años. Según la escala utilizada, el porcentaje de pacientes con sobrecarga anticolinérgica fue: 18,18 (ACB), 21,43 (ARS), 13,64 (CHEW), 32,47 (ADS), 29,22 (AAS), 24,03 (ALS), 29,87 (CrAS), 22,08 (DURAN), 26,62 (ABC) y 63,64 (DBI). El grado de concordancia para las 10 escalas fue 5,61%, para 9, 2,80%, para 8, 3,74%, para 7, 3,74%, para 6, 4,67%, para 5, 11,21%, para 4, 7,48%, para 3, 12,15%, para 2, 22,43% y para 1, 26,17%; el 30,52% sin sobrecarga. Se realizó el mismo análisis en pacientes de edad avanzada (edad ≥70 años), n=31, y el grado de concordancia resultó para 7 escalas 4,76%, para 6, 4,76%, para 5, 9,52%, para 4, 9,52%, para 3, 23,81%, para 2, 19,05% y para 1, 28,57%; el 32,26% sin sobrecarga. Al analizar los fármacos asociados a demencia en pacientes mayores, n=6, y 3 tenían prescritos medicamentos de alta potencia anticolinérgica: levomepromazina 1 y tolterodina 2, existiendo alternativas de menor carga anticolinérgica. El tiempo empleado en la revisión manual y automática fue de 486 vs. 2 minutos, respectivamente.

Conclusiones: La carga anticolinérgica de los medicamentos debe ser tenida en cuenta, reducida o evitada en pacientes vulnerables. La alta variabilidad de las fórmulas actuales hace inconsistente su uso generalizado. La opción de buscar automáticamente fármacos asociados a demencia y con alternativas terapéuticas de menor carga hace más factible actuar en la práctica asistencial real de los pacientes.

Sin conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

ATENCIÓN HOSPITALARIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL Y PRODUCTOS DIETÉTICOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO: DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA

Fernández Marchante, AI[1]; Pérez Huertas, P[1]; Monteagudo Martínez, N[1]; Ortega Nueda, B; Salmeron Rios, S[2]; García Martinez, EM[1].Servicio de Farmacia[1]. Servicio de Geriatría[2]. Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo. Villarrobledo (Albacete)

OBJETIVO: Describir la prescripción de Nutrición Enteral (NE) en centros sociosanitarios (CSS) y evaluar económicamente la puesta en marcha de un "Programa de Atención hospitalaria a la Nutrición en el ámbito sociosanitario" correspondiente a una Gerencia de Atención Integrada (GAI).

MATERIAL y MÉTODOS: Para describir la prescripción de NE en los CSS de nuestra GAI, realizamos un corte trasversal descriptivo de todos los residentes con NE a 30/12/2019. Las variables analizadas: % de pacientes con NE respecto al total de institucionalizados; edad; sexo; %NE completa y %NE suplemento.

El "Programa de Atención hospitalaria a la Nutrición en el ámbito sociosanitario" está conformado por un farmacéutico de hospital y un geriatra, encargados de garantizar la provisión de NE y productos dietéticos desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) a los CSS cumpliendo con las garantías de indicación, adecuación a la Guía Farmacoterapéutica del Hospital (GFT) y supervisión, en colaboración con los recursos asistenciales de los CSS.

Para la evaluación económica de la puesta en marcha de dicho programa en todos los CSS de la GAI (30/09/19-30/12/2019), se analizó la diferencia de coste en NE y productos dietéticos (espesantes) al pasar de ser suministrados a través de receta por las Oficina de Farmacia (OF) a ser dispensados por el SFH directamente. Para el cálculo se tuvo en cuenta: precio unitario final a pagar por cada producto, tras su adecuación a la GFT, si eran suministrados por el SFH (precio oferta+%descuentos laboratorio+10%IVA) versus OF (precio oferta+coeficiente de corrección correspondiente "orden SSI/2366/2012"+10% IVA); y el número de envases dispensados en dicho periodo por el SFH a los CSS. Los datos sociodemográficos y de prescripción fueron proporcionados por los CSS y complementados con Fierabras®. Los precios se obtuvieron del programa de gestión-económica Farmatools® y Portalfarma®. Para el análisis y procesamiento de datos se utilizó Excel®v.2013.

RESULTADOS: De los 798 institucionalizados en los 11 CSS de la GAI, un 10% (81) tenían prescrita NE; el 56,7 % fueron mujeres y la media de edad 80 años (DS 14,75). El % NE completa fue 9,9% y suplementos 90,1%.

En el periodo de estudio, las unidades de NE y productos dietéticos dispensadas por el SFH fueron 25.464: 18.058 sobres espesantes y 7.342 envases de NE. La diferencia de coste en NE&productos dietéticos, al pasar de ser dispensados por OF a ser dispensados por el SFH fue de 55.393 euros en tres meses, lo que supuso un ahorro del 95%.

CONCLUSIONES: El porcentaje de residentes con NE en CSS no es alto y en su mayoría es suplementación. La dispensación de NE y productos dietéticos a los CSS desde SFH supone un ahorro económico considerable. Esta reducción se debe principalmente al menor precio final de los productos cuando son gestionados directamente por los SFH y al no imputarse ningún factor de facturación de las OF. Como limitaciones: no se han valorado otros costes directos como el trasporte y personal del hospital implicado que pueden hacer que el impacto sea menor.

No conflicto intereses

(Enlace al póster)

ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA PERTUZUMAB – TRASTUZUMAB – VINORELBINA COMO ALTERNATIVA A PERTUZUMAB – TRASTUZUMAB – TAXANO EN ESTADÍO METASTÁTICO

Ruiz Sánchez, S; Pérez Alpuente, I; Del Pozo Carcavilla, C; Serna Serrano, B; Collado Sanz, JM. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO : El esquema pertuzumab – trastuzumab – vinorelbina (PTvinorelbina) es una alternativa terapéutica a pertuzumab – trastuzumab – taxano (PTtaxano) debido a su menor toxicidad, especialmente neurológica, que en muchos de los pacientes está presente debido a la utilización de taxano y bloqueadores HER-2 en esquemas previos. El objetivo del estudio es determinar la efectividad y seguridad de PTvinorelvina en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) HER2+ en 1ª línea de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes de un hospital de tercer nivel que iniciaron tratamiento con el esquema PTvinorelvina en CMM HER2+ desde 2015. Los datos fueron recogidos de la historia clínica (MambrinoXXI®) y del módulo de pacientes ambulantes del programa Farmatools®. Las variables recogidas fueron: edad, número y localización de metástasis (viscerales o no viscerales y SNC), tratamiento previo con bloqueadores HER2, efectividad y eventos adversos (EA). La efectividad se determinó en función de la respuesta obtenida y la supervivencia libre de progresión (SLP). Se clasificaron los EA según la Terminología Común para Eventos Adversos (CTCAEv.4.0).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 5 pacientes con una media de edad de 74,4 (55-88) años. En el 80% de los pacientes (4) la localización de las metástasis fueron tanto viscerales como no viscerales. En el paciente restante 20%(1) sólo se detectaron metástasis viscerales. En todos los casos el número de metástasis fue de 3 o superior. En ninguno de los pacientes se encontraron metástasis en el SNC. El 80% (4) había recibido previamente tratamiento con bloqueadores HER2 (trastuzumab). En cuanto a la efectividad del fármaco la media de la SLP fue de 14,75 meses (IC 95%, 3,67 - 25,83).En el 40% (2) de los pacientes el tratamiento fue suspendido por progresión de la enfermedad y en otro 40% (2) por insuficiencia cardiaca (IC). Un paciente continuaba en tratamiento en respuesta completa 46,93 meses en el momento de la recogida de los datos. Los EA detectados fueron: astenia (G1 60%), IC (40%) nauseas (G1 40%), diarrea (G1 40%, G2 20%), neutropenia (G1 20%, G3 20%), vómitos (G1 20%), edemas (G1 20%), reacción infusional (G1 20%), hipotensión (G1 20%), fibrilación auricular (G1 20%).

CONCLUSIONES: La efectividad de la combinación PTvinorelbina es similar al estudio VELVET (14.3 meses (95% CI 11.2–17.5)). Sin embargo el IC fue más amplio debido al número reducido y a la gran variabilidad de respuesta en nuestros pacientes.El hecho de que la mayoría de nuestros pacientes estuvieran anteriormente en tratamiento con trastuzumab también pudo afectar negativamente a los resultados (estudio VELVET 41.5%). El tratamiento fue bien tolerado y este esquema es una alternativa en pacientes que no pueden recibir taxanos en primera línea de tratamiento de CMM HER2+.

No existe conflicto de intereses

(Enlace al póster)

HIPOPROTEINEMIA: ¿UNA VARIABLE MÁS A TENER EN CUENTA EN LA DOSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFTRIAXONA DEL PACIENTE CRÍTICO?

1Sánchez Cadena A, 2Gómez Carranza A, 1Pérez Serrano R, 1Vicente Sánchez P, 2Del Campo Tejedor R, 1Rodríguez Martínez M.1Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario de Ciudad Real.2 Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVO: Las características fisiopatológicas del paciente crítico requieren poner especial atención a la hora de dosificar ciertos medicamentos, cuyos parámetros farmacocinéticos-farmacodinámicos (pk-pd) podrían verse alterados por las mismas y por ende su efectividad.Ceftriaxona presenta alto porcentaje de unión a proteínas plasmáticas, por lo que la disminución de éstas podría afectar al pk-pd, comprometiendo la efectividad del tratamiento.
Objetivo: determinar la repercusión, en términos de efectividad, que podría tener la presencia de hipoproteinemia en el tratamiento con ceftriaxona del paciente crítico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multidisciplinar, retrospectivo, unicéntrico y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con ceftriaxona entre los años 2014-2019 en UCI (21 camas). Este estudio cuenta con la aprobación del comité ético (CEIC) del centro.
Variables: sexo, edad, APACHE II, localización del foco (F), tasa de mortalidad en UCI (TM), media días de estancia en UCI (EST), dosis media inicial de ceftriaxona (D), modificación de la pauta inicial (MPT), media días de tratamiento con ceftriaxona (DTTOC), tratamiento combinado o monoterapia, tratamiento empírico o dirigido, modificación del tratamiento antibiótico (CTTO), media días de tratamiento con nuevo antibiótico (DTTONA) y media días de antibioterapia completa (DAC).
Dos grupos de pacientes: normoproteicos (grupo 1) e hipoproteicos (grupo 2), considerando hipoproteinemia un valor de proteínas totales ≤5,5 g/dl al inicio del tratamiento con ceftriaxona.
-Análisis estadístico: se compararon las variables categóricas mediante la prueba estadística de Chi^2 de Pearson y las cuantitativas mediante la prueba T de student, considerando la significación estadística un valor de $p<0,05$.
Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento antibiótico las 48 horas previas al ingreso en UCI y pacientes sin proteinemia determinada.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 463 pacientes (enero 2014-diciembre 2019) incluyéndose 98:
-Grupo 1: 44 pacientes, 27 hombres (61,36%), edad media 66,16 años, APACHE II medio 17,48 (4-40), 86,4% foco respiratorio, TM 11,4%, 7,43 EST, D=2,45g, 4,5% MPT, 7,41 DTTOC, 95,5% tratamientos combinados, 95,5% empíricos, 15,9 % CTTO, 5,71 DTTONA y 8,32 DAC.
-Grupo 2: 54 pacientes, 37 hombres (68.52%), edad media 66,89 años, APACHE II medio 18,28 (4-40), 75,9% foco respiratorio, TM 29,6%, 14,04 EST, D=2,31g, 9,3% MPT, 7,26 DTTOC, 79,6% tratamientos combinados, 87% empíricos, 44,4% CTTO, 9,29 DTTONA y 11,39 DAC.
Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en: TM (p=0,046), DTTONA (p=0,001), DAC (p=0,006), CTTO (p=0,004), EST (p=0,001). Sin diferencias en las características basales de ambos grupos (sexo, edad, APACHE II…), por lo que se podrían considerar como balanceados y por tanto comparables entre sí.

CONCLUSIÓN: En el presente estudio se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables relacionadas con la efectividad del tratamiento antibiótico con ceftriaxona, este hecho nos lleva a plantearnos la necesidad de considerar la hipoproteineimia como un factor más a tener en cuenta a la hora de ajustar las pautas posológicas de ceftriaxona en el paciente crítico hipoproteinémico.

CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

Portela Sotelo, A; Martínez Valdivieso, L; Martín Niño, I; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Flor García, A; Barreda Hernández, D.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivos: evaluar efectividad, seguridad y coste de Atezolizumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo desde su comercialización hasta enero 2020 inclusive, en un hospital de nivel-II. Se incluyeron pacientes con CPNM localmente avanzado o metastásico tratados con Atezolizumab. Los pacientes se seleccionaron a través del programa Farhos® y se revisaron las historias clínicas informatizadas con MambrinoXXI®. Se evaluó:

-Efectividad, midiendo supervivencia libre de progresión (SLP), según criterios RECIST-1.1, y supervivencia global (SG), obtenidos mediante Kaplan-Meier con el programa estadístico SPSSv15®.
-Seguridad, midiendo frecuencia y gravedad de las reacciones adversas (RAM), según CTCAEv5.0.
-Coste: coste/medio/paciente (según mediana de número de ciclos) *vs* mismo número teórico de ciclos de Docetaxel (comparador ensayo pivotal fase III-OAK).

Variables recogidas (Excel®): edad, sexo, estudio genético (EGFR, PDL-1 estratificado según ensayo OAK, ROS, ALK), estadio al diagnóstico e histología. Al inicio de Atezolizumab: tiempo desde diagnóstico, ECOG, estadio, metástasis (número y localización), número de línea terapéutica. Tratamiento con Atezolizumab: número de ciclos, RAM y coste total/paciente.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes (73% varones), con mediana de 66[49-83] años. Al diagnóstico: EGFR nativo: 1, indeterminado: 3, no realizado: 7; PDL-1 >10%: 2, <1%: 2, indeterminado: 2, no realizado: 5; ALK/ROS ambos nativos: 1, no realizado: 10. Estadio: IV=7(64%); III=2(18%); II/I=2(18%). Histología: 54% epidermoide, 46% adenocarcinoma.

Al inicio de Atezolizumab: mediana de 14 meses desde diagnóstico; ECOG≤2; todos recibieron quimioterapia previa y presentaban estadio IV. Número y localizaciones metastásicas: 3(18%), 2(46%) y 1(36%), mayoritariamente pulmonares, hepáticas y suprarrenal. Recibieron Atezolizumab en primera línea 2(18%) pacientes y 9(82%) en segunda o posterior, con mediana de 5[1-15] ciclos.

Al cierre del estudio, 5 pacientes (PDL1<1%: 2) continuaban tratamiento tras mediana de 3[1-15] ciclos, de los cuales 4 pacientes pendientes de primera evaluación de TAC y uno con enfermedad estable (8,4 meses). En el resto, se suspendió por progresión con mediana de SLP: 4,17 meses (IC 95%: 2,45-5,88). Fueron *exitus* 2 pacientes ambos PDL1>10% con media de SG: 8,65 meses (IC 95%: 7,17-10,15).

En ningún paciente se suspendió Atezolizumab por toxicidad. Destacaron RAM grado 3 en un 10%, miositis tardía en un paciente (20 días tras finalización), y retraso en un paciente por infecciones respiratorias. RAM moderadas/leves: 28% grado 2 y 62% grado 1. Las más frecuentes recogidas fueron: 81% dolor y 45% linfopenia e infección respiratoria.

Coste medio/paciente: 11.560€ con Atezolizumab *vs* 1.600€ respecto al uso teórico de Docetaxel.

Conclusiones: Nuestro estudio de Atezolizumab, de pequeño tamaño muestral y diseño retrospectivo, presenta efectividad discreta en SLP y SG (similar a ensayo OAK). La SG obtenida presenta datos inmaduros, por lo que es preciso ampliar el estudio para obtener datos concluyentes.

En general presenta un perfil de seguridad y tolerabilidad adecuado, aunque es necesario monitorizar tras finalizar el tratamiento por la posible aparición de toxicidades tardías.

Dado el alto impacto económico y discreta efectividad, convendría realizar sistemáticamente determinaciones de biomarcadores que permitan apoyar la toma de decisiones clínicas, seleccionando así la terapia idónea para cada paciente.

Sin conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LAS PRESENTACIONES DE FOSFOMICINA POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serna Serrano B, Pérez Alpuente I, Ruíz Sánchez S, Del Pozo Carlavilla C, Collado Sanz JM, Sánchez Serrano JL. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: La fosfomicina se presenta comercialmente en distintas formas farmacéuticas (FF) y distinta sal: disódica para las vías intravenosas (IV) e intramuscular (IM), trometamol en suspensión oral y cálcica en cápsulas para la vía oral. Estas sales de fosfomicina presentan distintas propiedades farmacocinéticas, por lo que las pautas posológicas (PP) difieren para cada FF y esto suele ser fuente de errores en la prescripción (EP). El objetivo del estudio es adecuar las PP de las distintas FF de la fosfomicina y analizar las intervenciones realizadas por el Servicio de Farmacia (SF).

MÉTODOS: Estudio prospectivo de 55 días de duración que incluyó a todos los pacientes ingresados que fueron tratados con fosfomicina. Los datos clínicos se obtuvieron del módulo de Dosis Unitarias del programa Farmatools® e historia clínica (Mambrino XXI®) y las dosis habituales en adultos se consultaron en las fichas técnicas (FT) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Si las PP no se ajustaban a las recomendaciones de las FT, se consideraban EP. En los pacientes con EP se realizaron intervenciones farmacéuticas (IF) vía telefónica o escrita al médico prescriptor para sugerir el ajuste de la PP. Las variables estudiadas fueron: número de pacientes, servicio a cargo, PP, número y tipo de FF prescrita, vía de administración, filtrado glomerular (FG) según la fórmula CKD-EPI, número y tipo de EP, IF y si éstas fueron o no aceptadas.

RESULTADOS:

- Se revisaron 67 pacientes. La mayoría pertenecía a los servicios de geriatría (43%), medicina interna (16%), urología (9%) y cardiología (6%). Nefrología, digestivo, cirugía general, neurología, tocología, psiquiatría, oncología y neumología representaron menos del 4% respectivamente.
- Las FF prescritas fueron: 57% FF-disódica IV, 34% FF-cálcica y 9% FF-trometamol.
- Se detectaron EP en 27 pacientes: 93% en la FF-disódica IV y 7% en la FF-cálcica. No hubo EP en la FF-trometamol. El 31% de los pacientes llevaba dosis infraterapéuticas de FF-disódica IV con la pauta 1g/12-8h.
- En los 27 pacientes con EP, se realizaron 44 IF con el fin de subsanar estos EP. Fueron aceptadas 27 IF: 22 EP requirieron una única IF, 4 EP 2 IF y 1 EP 3 IF.

CONCLUSIONES: Las distintas FF de fosfomicina comercializadas son una fuente importante de EP en las unidades de hospitalización (UH). El más habitual fue el de la FF-disódica IV (93%), cuya PP no se ajustaba correctamente por FG o se confundía con la FF-disódica IM. Las dosis habituales en adultos según FT son: de la presentación IM 1-2g/8h y de la IV 4g/6-8h. Esta diferencia de PP se debe a la rápida eliminación renal de la FF-disódica cuando ésta se administra vía IV y por ello, en caso de insuficiencia renal se debe espaciar la PP c/12-24-48h según FG y no reducir la dosis prescrita. Una opción propuesta por el SF para disminuir estos EP, es la retirada de la FF-disódica de 1g de uso IM, puesto que la vía IV es más utilizada en las UH.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

(Enlace al póster)

EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR GRAM POSITIVOS.

Salguero Olid A[1], García Marco D[1], Martínez Camacho M[2], Rueda Naharro A[1]. 1. Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. 2. Hospital Virgen del Valle de Toledo

Objetivos: Dalbavancina es un lipoglucopéptido semisintético con dos propiedades distintivas del resto de miembros de su familia de antibióticos, que derivan de su estructura molecular: una actividad intrínseca mayor y una vida media muy prolongada que posibilita una posología semanal con una dosis inicial de 1.000mg o bisemanal si se administran 1.500mg. Como todo glucopéptido, el espectro de dalbavancina se limita a microorganismos Gram positivos, incluyendo cepas de *Staphylococcus spp*. resistentes a meticilina. El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de dalbavancina en el tratamiento de las infecciones por microorganismos Gram positivos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que recibieron dalbavancina desde junio de 2017 hasta febrero de 2020. A través del programa de prescripción electrónica FarmaTools® se obtuvo la lista de pacientes, y de la historia clínica informatizada Selene® se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo, edad, alergia a antibióticos, función renal, microorganismo causante, tipo de infección y antibioterapia previa. Las variables relacionadas con el tratamiento fueron: posología, duración, necesidad de antibiótico concomitante, motivo de uso, resolución clínica y microbiológica y reacciones adversas (RA).

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes que no podían recibir linezolid vía oral, de los cuales el 60% eran hombres (n=3), con una edad media de 55,8±22,7 años. Ninguno de ellos presentaba alergia a antibióticos, y la función renal era normal al inicio del tratamiento en todos los pacientes. Los microorganismos causantes de la infección fueron: *Corynebacterium striatum* (20%, n=1), *Enterococcus faecium* (20%, n=1), *Staphylococcus aureus* (20%, n=1) y *Staphylococcus epidermidis* (20%, n=1); en un caso el tratamiento fue empírico, ya que los cultivos fueron negativos. En cuanto al tipo de infección, 1 osteomielitis, 1 bacteriemia por catéter, 1 infección de piel y partes blandas, 1 endocarditis sobre válvula protésica y 1 espondilodiscitis. Todos recibieron antibioterapia previa a la administración de dalbavancina. Las pautas de dosificación fueron: dosis única de 1.500mg (40%, n=2), dosis bisemanal de 1.500mg durante 12 semanas (20%, n=1) y dosis inicial de 1.500mg y a los 14 días dosis semanales de 500mg durante 2 y 4 semanas (40%, n=2). Dalbavancina se administró en monoterapia en 3 casos, en los otros 2 se administró terapia antibiótica concomitante con ciprofloxacino y piperacilina/tazobactam. Los motivos de uso fueron: RA a antibioterapia previa (40%, n=2), evitar acceso venoso prolongado (40%, n=2) y evitar linezolid por interacción con el tratamiento concomitante (20%, n=1). El 100% de los pacientes presentó resolución clínica y microbiológica: ningún paciente requirió reingreso causado por el mismo germen y los cultivos fueron negativos. No se detectaron RA asociadas a dalbavancina.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, dalbavancina es una opción efectiva y segura en el tratamiento de infecciones por patógenos Gram positivos en pacientes no subsidiarios de linezolid vía oral. Su cómoda posología permite acortar el tiempo de tratamiento y eliminar los accesos vasculares, lo que se traduce en una reducción del riesgo de infección nosocomial y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Sin conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

TRATAMIENTO DE PROFILAXIS EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA. SELECCIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO

Pérez Fácila A, Gómez Lluch MT, Araque Arroyo P, Salinas Muñoz T, Notario Dongil C, Proy Vega B. ***Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).***

OBJETIVO: La inclusión de nuevas alternativas biológicas para la profilaxis de migraña ha supuesto una revolución en el manejo de estos pacientes. El objetivo del estudio fue estimar, según las condiciones del protocolo hospitalario, los posibles pacientes candidatos a recibir Erenumab y Galcanezumab en migraña crónica (MC) refractaria y evaluar el coste asociado para nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y descriptivo de los pacientes con MC en tratamiento con toxina botulínica tipo A (TBA) en 2019.

Según el protocolo elaborado, se consideró paciente candidato a recibir Erenumab o Galcanezumab aquel que presentaba: cefalea durante ≥ 15 días al mes durante más de 3 meses, con ≥ 8 días al mes donde la cefalea presentó clínica de migraña y ≥ 3 fracasos de tratamientos preventivos previos, utilizados a dosis suficientes durante ≥ 3 meses, siendo uno de ellos TBA. Se consideró fracaso a TBA la no respuesta a ≥ 3 sesiones a dosis óptima.

Se analizaron las siguientes variables: 1) Sexo; 2) Edad al diagnóstico de MC; 3) Número y tipo de líneas de tratamiento previo a TBA (beta-bloqueante, antidepresivo, antiepilépticos); 4) Número de sesiones con TBA.

Los criterios de exclusión fueron: 1) Pacientes con riesgo cardiovascular grave; 2) < 18 años o > 65 años; 3) Embarazo y lactancia; 4) Enfermedad inflamatoria intestinal activa.

Se establecieron precauciones en aquellos con: 1) Edad > 50 años al inicio de las migrañas; 2) Acontecimientos cardiovasculares agudos recientes; 3) Enfermedad hepática, maligna, psiquiátrica o convulsiones, conducta suicida y/o VIH.

RESULTADOS: Se registraron un total de 80 pacientes con MC en tratamiento con TBA en 2019. Sin considerar la TBA, el número medio de líneas de tratamiento recibido fue de 3,5 (57,7% antiepilépticos; 26,7% antidepresivos y; 15,9% beta-bloqueantes). De estos, 75 habían recibido ≥ 2 líneas de tratamiento previo a TBA, de los cuales, 26 (34,7%) se consideraron refractarios a TBA.

Considerando los criterios de exclusión establecidos, se obtuvo un total de pacientes candidatos a recibir terapia biológica de 21: 95,2% mujeres y 4,7% hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de MC de 45 años (rango 20 – 57 años) y una media de sesiones de TBA de 8,5. De ellos, 15 pacientes (71,4%) serían candidatos a terapia sin ninguna precaución, la cual habría que valorarse en 6 pacientes (edad >50 años: 5, patología psiquiátrica: 1).

Con un coste medio anual aproximado de 2.500 €, suponiendo un total de 21 pacientes y la no suspensión del tratamiento durante 1 año, el impacto presupuestario en nuestro hospital sería de 52.500 €.

CONCLUSIONES: La aparición de nuevos tratamientos para pacientes desprovistos de alternativas supone un coste añadido para el Sistema Nacional de Salud, haciendo imprescindible seleccionar al paciente candidato para optimizar los recursos.

Limitaciones: el impacto económico se considera infraestimado, ya que se analizaron únicamente pacientes con MC, no teniendo en cuenta los diagnosticados de migraña episódica, que no reciben ningún tratamiento que requiera control por parte del farmacéutico hospitalario y dificulta su localización.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

(Enlace al póster)

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR AL RESCATE DE LOS INFECTADOS CON HEPATITIS C RECURRENTE

González Suárez S., Fernández-Corada Sánchez A., Domínguez Barahona A., López Álvarez R., Toledo Davia M.A., Moya Gómez P.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivos: En noviembre de 2017 se comercializó en España la combinación Sofosbuvir/ Velpatasvir / Voxilaprevir (SOF/VEL/VOX), tratamiento de la hepatitis C pangenotípico y con indicación específica y financiación restringida a pacientes que han fracasado a un tratamiento previo con antivirales de acción directa (AAD). El objetivo es hacer un análisis descriptivo de los pacientes tratados con SOF/VEL/VOX en un hospital de tercer nivel y evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo que incluyó pacientes tratados con SOF/VEL/VOX entre Mayo de 2017 y Febrero de 2020. Se analizaron variables demográficas: edad y sexo; clínicas: genotipo VHC, estado fibrosis-cirrosis hepática, coinfección VIH/VHC; las relacionadas con las líneas de tratamiento recibidas previamente; variables de respuesta (respuesta viral sostenida (RVS) 12 ó 24 semanas tras la finalización del tratamiento y si hubo interrupción del tratamiento) y efectos adversos. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes.

Resultados: La población de estudio fue de 13 pacientes (11 hombres, 2 mujeres), con una media de edad de 60 años (rango: 40-82). Se excluyeron 2 pacientes (hombres) por continuar en tratamiento en el momento de estudio.

La distribución genotípica fue: genotipo 1a (5): 45,45%; genotipo 1b (5): 45,45%; genotipo 3a (1): 9,1%. El 63,6% no presentaba cirrosis, el 27,3% eran cirróticos y un paciente (9,1%) era trasplantado hepático. Sólo 1 paciente presentaba coinfección VIH/VHC. 9 pacientes habían recibido un tratamiento previo con AAD, 1 paciente había recibido dos y otro paciente tres previos. Los tratamientos previos recibidos incluían múltiples pautas basadas en los siguientes AAD: Elbasvir/Grazoprevir (3), Glecaprevir/Pibrentasvir (2), SOF + Daclatasvir (2) y SOF/ Ledipasvir (2) y otras combinaciones.

En cuanto al tratamiento previo recibido, 8 pacientes presentaron recidiva una vez finalizado el tratamiento. De estos, 1 paciente presentó RVS (aunque posteriormente precisó retratamiento por recidiva tardía o reinfección), 1 paciente no era adherente y no alcanzó respuesta y 2 fracasaron por fallo virológico durante el tratamiento.

Todos los pacientes recibieron SOF/VEL/VOX durante 12 semanas y todos alcanzaron RVS a las 12 o a las 24 semanas después de finalizar tratamiento. No se produjeron interrupciones de tratamiento por incumplimiento por parte del paciente ni por efectos adversos. Ningún paciente manifestó efectos adversos durante el tratamiento.

Conclusiones: SOF/VEL/VOX constituye una opción terapéutica efectiva para los pacientes que han fracasado previamente a tratamiento con AADs ya que, a pesar de ser una población considerada difícil de tratar, se ha observado que todos los pacientes tras finalizar tratamiento alcanzaron RVS. Además, ningún paciente presentó efectos adversos en el tratamiento por lo que se puede considerar un fármaco seguro.

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTE CRÍTICO

Pérez Serrano R[1], Franco Sereno MT[1], Abdel-Hadi Álvarez H[2], González Gasca FJ[3], Porras Leal ML[3], Colmenarejo Serrano C[4].[1]Servicio de Farmacia. [2]Servicio de Medicina Intensiva. [3]Servicio de Medicina Interna [4]Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

OBJETIVOS: en nuestro centro la implantación de las actividades incluidas en el programa de asesoramiento antimicrobiano (PASA) ha sido progresiva desde su inicio en 2014 con la revisión de antibióticos carbapenémicos (AC). El objetivo es evaluar la actividad del PASA en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y conocer el impacto en el consumo de antimicrobianos.

MÉTODOS: estudio retrospectivo en el que se analizaron las intervenciones efectuadas en pacientes ingresados en la UCI (médico-quirúrgica de 21 camas) entre 2014 y 2019 por el grupo PASA de nuestro centro, que se clasificaron en: AC, antifúngicos, nuevos antibióticos, tratamientos de larga duración (>14 días), antibióticos con problemas de suministro y otras.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), recomendación realizada, tipo de tratamiento (empírico o dirigido), obtención de cultivos previos al inicio del tratamiento antibiótico (sí/no) y aceptación de la intervención (sí/no).Se evaluó el impacto en el consumo, medido en dosis diaria definida (DDD)/100 estancias-día, y coste. Se analizó el periodo entre 2013 y 2019, calculando anualmente el consumo de antimicrobianos (grupos JO1 y JO2).

RESULTADOS: se realizaron 772 recomendaciones, el 46% implicaban alguna modificación: 21,8% desescalada, 13.9% cambio de pauta, 9,1% suspensión, 0,4% escalada y otras recomendaciones 0,9%. El 67,9% de las recomendaciones fueron sobre AC. La tasa de aceptación fue del 94,8%, siendo de un 88,6% si sólo se tienen en cuenta aquellas recomendaciones que incluyen una modificación del tratamiento antibiótico. La indicación fue empírica al inicio del tratamiento en el 63,1% y se había obtenido muestra de cultivo en el 98,7% de los pacientes en el momento de la prescripción. La cantidad de recomendaciones del grupo PASA en la UCI ha aumentado un 25,3% en el último año y un 99% comparado con 2014.

El consumo global de antimicrobianos aumentó un 12,8% (156 en 2013 vs 176 DDD/100 estancias en 2019), reduciéndose el gasto anual en un 39,8% (195.891 vs 117.830 euros). Entre los que bajaron, destacan: carbapenémicos (25,3 vs 8), quinolonas (14 vs 10,9), colistimetato de sodio (8,2 vs 3,7), tigeciclina (1,7 vs 0,7) y equinocandinas (3,1 vs 2,1). Entre los que subieron, destacan: linezolid (2,3 vs 9,4), daptomicina (0,5 vs 1,5), cefalosporinas de tercera (7,7 vs 15,2) y de cuarta (0 vs 3,1) generación, aztreonam (1,2 vs 2,7) y cloxacilina (1,73 vs 7,1). El consumo de piperacilina/tazobactam fue similar (19,1 vs 18,7) y el consumo nuevos antibióticos (ceftolozano/tazobactan y ceftazidima/avibactan) y nuevos antifúngicos (isavuconazol y posaconazol) se mantiene bajo (<0,25).

CONCLUSIONES: aunque no se ha logrado disminuir el consumo global de antimicrobianos, las intervenciones del grupo PASA han sido mayoritariamente aceptadas y han contribuido a disminuir el consumo de antibióticos de elevado espectro como carbapenémicos, quinolonas y equinocandinas, evitando el desplazamiento a nuevos antibióticos (de última línea y mayor coste) y con un ahorro económico importante, por lo que la implementación de estos programas en las UCIs supone una mejora importante en la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

Conflicto de intereses: ninguno

(Enlace al póster)

OCRELIZUMAB ¿SON EFICACES Y SEGURAS LAS NUEVAS TERAPIAS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Gómez Espinosa, P; Romero Martín, C; de la Calle Riaguas, B; Juliá Luna, FJ; Casamayor Lázaro, B; Pérez Margallo, ME. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina

OBJETIVOS: Analizar la eficacia y seguridad de ocrelizumab para el tratamiento de la esclerosis múltiple, según las condiciones de financiación establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

Indicaciones financiadas:

- Esclerosis múltiple recurrente (EMR) como alternativa a otros fármacos de segunda línea.
- Esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) temprana: pacientes menores de 55 años, nivel de discapacidad según la escala EDSS de Kurtzke de 3.0-6.5 puntos, duración de la enfermedad desde el diagnóstico menor a 10 años para pacientes con EDSS menor o igual a 5,0 o menor a 15 años con EDSS mayor a 5.

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con ocrelizumab desde abril de 2019 hasta enero de 2020.

Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta el inicio de ocrelizumab, EDSS, líneas de tratamiento previas, neuroimagen previa y posterior al inicio del tratamiento, estado de la enfermedad tras ocrelizumab, cumplimento de las condiciones de financiación y efectos adversos.

Los datos clínicos se obtuvieron del módulo de paciente ambulantes del programa informático Farmatools® e historia clínica Mambrino XXI®, los referentes al fármaco de Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMS) y buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos (BIFIMED). Los datos se recogieron en tabla Excel 2007®.

RESULTADOS: 8 pacientes recibieron ocrelizumab, 6 hombres y 2 mujeres, de los cuales 5 presentaban diagnóstico de EMR y 3 de EMPP.

La edad media al inicio del tratamiento fue de 43 años (rango de 32-57 años). Todos los casos de EMPP fueron menores de 55 años presentando una media de 44 años.

El EDSS medio fue de 5.6 para los pacientes con EMR y para los pacientes con EMPP de 6.17.

El tiempo medio del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 9.75 años. 9 años para EMPP y 10.2 años para EMR.

El tiempo medio de tratamiento hasta la fecha del estudio fue de 5.37 meses.

Ocrelizumab fue primera línea en un paciente con reciente diagnóstico de EMR con alta actividad. Como líneas anteriores recibieron: corticoides, interferones, acetato de glatirámero, fampidrina, modafinilo, dimetilfumarato, cladribina, finglolimod y natalizumab.

Todos los pacientes presentaron actividad inflamatoria en las pruebas de neuroimagen previas al tratamiento. No se objetivaron signos de progresión a pesar de que únicamente la mitad tenían pruebas de neuroimagen posterior.

Solo se observó un episodio autolimitado de espasticidad en un paciente que llevaba 7 meses de tratamiento.

En cuanto al perfil de seguridad, se describieron fenómenos de fiebre, linfopenia y cuadro vertiginoso (de probable origen vestibular). Fenómenos que no requirieron tratamiento posterior ni condicionaron la administración de ocrelizumab.

CONCLUSIONES: Ocrelizumab ha presentado un buen perfil de seguridad y un adecuado control de la enfermedad. No obstante, se deberá esperar para evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo.

No en todos los casos se han cumplido las condiciones de financiación. Este hecho evidencia la importancia de una adecuada selección de los pacientes para favorecer un uso responsable de los recursos.

No existe conflicto de intereses

(Enlace al póster)

EXPERIENCIA DE USO CON VOLASENORSEN EN SINDROME DE QUILOMICRONEMIA FAMILIAR

Sánchez Rubio, F[1];Molina Escribano F[2]. Servicio de Farmacia[1] y Unidad de lípidos[2]

OBJETIVOS: Volasenorsen (Waylivra®) es un medicamento huérfano que está indicado como complemento a la dieta en pacientes adultos con Síndrome de Quilomicronemia Familiar (SQF) confirmado genéticamente y con riesgo alto de pancreatitis, en quienes la respuesta a la dieta y al tratamiento de reducción de triglicéridos en sangre (TGs) no ha sido suficiente.
El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y seguridad iniciales de volasenorsen en una paciente con SQF; ya que, según Ficha Técnica (FT), el tratamiento deberá suspenderse en pacientes con una reducción de la concentración de TGs <25% o si dicha concentración no baja de 22,6 mg/dL, tras 3 meses de tratamiento semanal con el fármaco. Además, se debe ajustar la dosis de volasenorsen en función del recuento de plaquetas en sangre.

MÉTODOS: Caso clínico descriptivo y retrospectivo que inició tratamiento con volasenorsen en Diciembre de 2019 en seguimiento por la Unidad de lípidos. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, criterios de indicación, tratamientos previos, pauta posológica y número de ciclos recibidos. La efectividad se evaluó mediante el recuento de TGs. La seguridad se evaluó según el recuento de plaquetas y los efectos adversos (EA) documentados. Los datos se obtuvieron a través de la estación clínica iMDH®.

RESULTADOS: Mujer de 60 años diagnosticada de SQF confirmado con diagnóstico genético (homocigota para la mutación c.502delC; p.Leu168Serfs*83 en el gen GPIHBP1).Tratamientos previos recibidos: gemfibrozilo 900 mg (0-0-1), ésteres etílicos de ácidos grasos omega-3 1000 mg (2-0-0), y dieta libre de ácidos grasos saturados, basada en ácidos grasos de cadena media. No toleró fibratos y no se iniciaron estatinas por no estar indicadas. La paciente se encuentra en la fase inicial de tratamiento habiendo recibido 8 dosis semanales (285 mg, 1,5 ml por vía subcutánea). En cuanto a los niveles de TGs, partiendo al inicio de 477 mg/dL, fueron descendiendo hasta 351 y 148 mg/dL, tras 4 y 8 semanas, respectivamente. El recuento de plaquetas, partiendo de 174 mil/mm^3 fue descendiendo también a 171, 141 y 99 mil/mm^3, tras 1, 4 y 8 semanas, respectivamente. La paciente además reportó como EA reacción local en el punto de inyección y encontrarse cada vez más asténica y fatigada según aumentaba el número de dosis administradas. Ante el descenso de plaquetas, y según FT, se suspendió la administración del fármaco, realizando control semanal de plaquetas, cuantificándose 104,107 y 131 mil/mm^3, progresivamente hasta la actualidad. Volasenorsen continuará suspendido hasta la recuperación del nivel de plaquetas en valores normales (≥140 mil/mm^3).

CONCLUSIONES:
- Todavía no podemos confirmar que volasenorsen está siendo efectivo, porque aunque los niveles de TGs han descendido tras las primeras administraciones, no se han cumplido los 3 meses de tratamiento que recomienda la FT.
- El recuento de plaquetas también ha disminuido bruscamente, y junto con los EA reportados, han repercutido negativamente en la calidad de vida de nuestra paciente.
- Se ha suspendido temporalmente la administración del fármaco, ajustándose la frecuencia de seguimiento y tratamiento, según el recuento de plaquetas, siguiendo las recomendaciones de FT.

CONFLICTO DE INTERESES: No existe.

(Enlace al póster)

CAPACIDAD PREDICTIVA DE TRES MODELOS FARMACOCINÉTICOS POBLACIONALES DE INFLIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Alañón Pardo, MM; Notario Dongil, C; Pérez Fácila, A; Gómez Lluch, MT; Marcos De la Torre, A; Conde García, MC. Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha-Centro (Alcázar de San Juan

Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva de tres modelos farmacocinéticos poblacionales (PopPK) de infliximab en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de un hospital general.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (enero 2019 – enero 2020) de pacientes adultos que recibieron infliximab como terapia de inducción o mantenimiento para la EII y con al menos una concentración sérica (Cs) de infliximab.
Se calcularon la exactitud [error medio de predicción o sesgo (EMP)] y precisión [error cuadrático medio de predicción (ECMP)] para evaluar la capacidad predictiva de tres modelos PopPK bicompartimentales implementados en el software MW-Pharm++ [Fasanmade 2009 (MOD-A), Fasanmade 2011 (MOD-B), Dotan 2014 (MOD-C)].
Las Cs iniciales o basales de infliximab fueron predichas a partir de parámetros farmacocinéticos poblacionales y covariables proporcionados por los modelos (predicción 'a priori'); la segunda y sucesivas Cs fueron predichas según parámetros farmacocinéticos individuales del paciente calculados mediante ajuste bayesiano (predicción 'a posteriori').
Variables analizadas: sexo, edad, peso, albúmina, diagnóstico [enfermedad de Crohn (EC) / colitis ulcerosa (CU)], inmunomoduladores concomitantes (sí/no), anticuerpos anti-infliximab (positivos/negativos), Cs de infliximab observada y predicha.
Técnica analítica: inmunocromatografía de flujo lateral (*Quantum Blue®*) (coeficiente de variación medio: 13,9%; límite de detección: 0,4 mcg/ml).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (85,4% varones; edad media: 48,6 ± 17,3 años; peso: 79,3 ± 26,2 Kg; albúmina: 4,2 ± 0,5 g/dL) con EC (n=28) y CU (n=13). Inmunomoduladores concomitantes: 70,7%. Anticuerpos positivos: 12,2%. Se analizaron 67 Cs de infliximab (Cs media: 3,49 ± 4,52 mcg/ml): 41 basales y 26 segundas/sucesivas.
La exactitud (IC95%) de las predicciones 'a priori' de las Cs basales en la población total y en los pacientes con EC y CU fue, respectivamente: MOD-A: -2,19 (-3,34; -1,04), 1,69 (-2,89; -0,49) y -3,27 (-6,04; -0,49); MOD-B: -0,33 (-1,21, 0,55); -0,09 (-1,08; 0,89) y -0,83 (-2,83; 1,16); MOD-C: 1,26 (0,38; 2,14); 1,15 (0,13; 2,15) y 1,5 (-0,41, 3,43). Precisión (IC95%): MOD-A: 3,34 (2,99; 3,67); 3,34 (2,95; 3,71), 3,34 (2,54; 4,14); MOD-B: 2,41 (2,21; 2,59); 2,39 (2,17; 2,62) y 2,43 (2,02; 2,83); MOD-C: 2,58 (2,42; 2,74); 2,56 (2,36; 2,75); y 2,63 (2,29; 2,98).
La exactitud (IC95%) de las predicciones 'a posteriori' de las Cs segundas/sucesivas en la población total y en los pacientes con EC y CU fue, respectivamente: MOD-A: -0,05 (-1,13; 1,04); -0,99 (-2,37; 0,39) y 0,84 (-0,94; 2,61); MOD-B: 0,26 (-0,76; 1,27); -0,48 (-1,65; 0,68); 0,93 (-0,84; 2,71); MOD-C: 0,74 (-0,62; 2,03); 0,039 (-1,34; 1,42); 1,34 (-1,05; 3,80). Precisión (IC95%): MOD-A: 2,73 (2,49; 2,97); 2,60 (2,42; 2,77) y 2,78 (2,33; 3,21); MOD-B: 2,66 (2,41; 2,91); 2,52 (2,36; 2,69); 2,70 (2,26; 3,15); MOD-C: 4,35 (3,58; 5,10); 3,92 (3,33; 4,50) y 4,43 (3,10; 5,77).

Conclusiones: Los tres modelos predicen con adecuada exactitud y precisión las Cs de infliximab (valores próximos a cero).
Tras el ajuste bayesiano, no parece existir sesgo de predicción para ningún modelo (IC95% incluyen al cero). MOD-A y B son más precisos que MOD-C, por lo que sería posible su aplicación en la práctica clínica.
Los resultados son similares entre EC y CU.
No obstante, sería necesario aumentar el nº individuos para comprobar estos resultados.

Conflicto de intereses: Ninguno.

(Enlace al póster)

DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP- frail EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE FRAGILIDAD AVANZADA

Rodríguez Jiménez1, E. Cifuentes Cáceres2, R. Alonso de Lucas, M E3. García Marco, D4. Martínez Camacho1, M. González Suarez1,S.

Objetivo. Adecuar la prescripción en relación al grado de fragilidad, desprescribiendo las prescripciones inapropiadas según los los criterios STOPP-frail en un grupo de ancianos con fragilidad avanzada institucionalizados en una residencia de mayores que tiene atención farmacéutica de un servicio de farmacia hospitalaria

Método. Estudio prospectivo de intervención en un grupo de ancianos de fragilidad avanzada institucionalizados. El grado de fragilidad se cuantificó con el índice de fragilidad basado en la valoración integral geriátrica (índice frágil- VIG). Tanto el valor de este índice como el tratamiento de cada anciano se registran en el programa GERIDRUGS®. Se seleccionaron los ancianos con IF-VIG>0.54 que constituyó el grupo de fragilidad avanzada. En este grupo se seleccionaron las prescripciones potencialmente inadecuadas según los criterios STOPP-frail. Se revisaron las historias clínicas y se tuvo en cuenta la situación real de cada anciano para adecuar su tratamiento y desprescribir los medicamentos no indicados.
Resultados. Se recopilaron los datos del índice frágil- VIG (IF-VIG) que se habían recogido durante 6 meses que fueron 54, esto supone el 51% de un total de 106 ancianos registrados en GERIDRUGS®. Se seleccionaron los valores del IF-VIG > 0,54 que fueron 31 ancianos (57%), estos constituyeron el grupo de fragilidad avanzada, formado por, 23 (77,4%) mujeres y 8 (25,8%). La edad media fue 87 años. Según los criterios STOPP-Frail se encontraron 93 prescripciones potencialmente inadecuadas. Después de revisar las historias clínicas se realizaron 23 (24,73%) desprescripciones que se distribuyeron en los siguientes grupos de medicamentos: 12(52,17%) suplementos de Calcio y vitamina D3 . 4 (17,39%) inhibidores bomba protones o anti-H2. 2 (8,69%) ácido acétil salicílico. 2 (8,69%) antidiabéticos orales. 1 (4,34%) estatina. 1 (4,34%) memantina y 1(4,34%) quetiapina. La mediana de medicamentos por anciano antes de la intervención fue de 9 y después de la intervención fue de 8.

Conclusiones: Con la individualización de la prescripción en relación al grado de fragilidad se contribuye a un una farmacoterapia más segura y eficiente en el anciano con fragilidad avanzada.
No hay conflicto de intereses en este trabajo

(Enlace al póster)

VERNAKALANT: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN CARDIOVERSIÓN DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO

Domínguez Barahona, A; Blázquez Romero, C; González Suárez, S; López Álvarez, R; Toledo Davia, M.A; Moya Gómez, P. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (Toledo)

OBJETIVO: Describir la efectividad y seguridad de Vernakalant para realizar cardioversión farmacológica de fibrilación auricular (FA) a ritmo sinusal (RS) en la práctica clínica de un Servicio de Urgencias (SU), así como evaluar las características asociadas a una mayor respuesta.
Vernakalant fue utilizado en aquellos pacientes que cumplían criterios y que no tuvieran contraindicación para su administración (hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los componentes, estenosis aórtica grave, presión arterial sistólica < 100 mmHg y pacientes con insuficiencia cardiaca en clase NYHA III y IV).

MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes en los que se administró vernakalant entre abril de 2019 y enero de 2020 en un hospital de tercer nivel.
Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), tiempo de evolución de la FA y frecuencia cardiaca, condición de ayuno, presencia de cardiopatía estructural, tratamiento antiarrítmico previo, infusiones de vernakalant necesarias y tiempo de la infusión (minutos), necesidad de cardioversión eléctrica, aparición de efectos adversos y tratamiento posterior.

RESULTADOS: Se reclutaron 15 casos de FA tratados con vernakalant. La mediana de edad de los pacientes fue de 55 años (Rango intercuartil (RIC): 50,5-64,5) y el 33,3% eran mujeres. La mediana de frecuencia cardiaca (FC) de la FA fue de 112 (RIC: 103-120) latidos por minuto (lpm). El 93,3% fueron pacientes que presentaban una FA de reciente comienzo frente a un episodio paroxístico o persistente y uno presentaba cardiopatía asociada de base. El 26,6% (IC 95%: 4,2%- 49%) de los casos había recibido antiarrítmicos antes de la primera dosis y 4 (26,6%) precisaron cardioversión eléctrica tras dos perfusiones no efectivas del fármaco. Vernakalant revirtió el 80% (IC 95%: 59,7%- 100,2%) de los episodios tratados, el 53,3% (IC 95%: 28%-78,5%) con la primera dosis.
El tiempo medio hasta reversión a RS desde el inicio de la perfusión fue de 14,3 minutos (intervalo, 3-18) en los pacientes que respondieron con la primera dosis y 35 minutos (intervalo, 7-63) en los pacientes que respondieron con la segunda dosis. 2 pacientes sufrieron eventos adversos leves: uno hipotensión y náuseas autolimitadas y otro hipotensión.
El 57% de los pacientes llevaba menos de 12 horas de evolución con síntomas. Esta variable fue más frecuente en el grupo de pacientes que respondieron al tratamiento con vernakalant (63,3% frente a 50%).
Al analizar posibles predictores de éxito para la reversión a RS con vernakalant mediante regresión logística binaria (Odss ratio (OR), IC95%) obtenemos que sexo (OR 10,65, p=0,077), FC de FA >100 lpm (OR 3,87, p=0,423), tiempo de evolución de la FA >12 horas (OR 0,621, p=1) y edad >60 años (OR 1,185, p=0,642) no se relacionan con el mayor éxito de reversión.

Las principales limitaciones del estudio son el reducido número de pacientes, es un estudio unicéntrico y que los pacientes presentaban baja prevalencia de cardiopatía estructural y primer episodio de FA.

CONCLUSIONES : Vernakalant resulta efectivo y seguro para la reversión a RS del paciente con FA. Ninguno de los factores analizados se pudo relacionar con un mayor éxito para la reversión a RS con vernakalant.

CONFLICTO DE INTERESES: No conflicto de intereses

(Enlace al póster)

ENCUESTA SOBRE LA INFORMACIÓN APORTADA AL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO CON TRATAMIENTO CITOSTÁTICO PARENTERAL

Rodríguez Hernández, A. García Sanz, I. Martínez de la Guerra, A. de Juan García-Torres, P. Horta Hernández, A. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS: Las consecuencias sobre la fertilidad, la influencia en la conducción o las medidas en la manipulación de fluidos biológicos en el hogar son algunos aspectos del tratamiento con citostáticos que no se suelen abordar en la consulta.
El objetivo de este trabajo fue:

- Conocer la información aportada desde el Servicio de Oncología y Hematología a los pacientes con tratamiento citostático parenteral (CP) sobre la influencia en la fertilidad y recomendación de métodos anticonceptivos, efecto sobre la capacidad de conducción y precauciones en manejo de fluidos biológicos en el hogar.

MÉTODOS: En enero de 2020 se realizó una encuesta anónima a oncólogos y hematólogos, facultativos y residentes, de los Servicios de Oncología Médica (OM) y Hematología (H) del hospital, para conocer la información que daban a los pacientes en tratamiento con CP sobre estos tres aspectos.

RESULTADOS: La encuesta fue respondida por el 100% del Servicio OM (10) y de H (13).

- El 70% de oncólogos y el 90% de hematólogos dan alguna información respecto a posibles daños en la fertilidad de las mujeres por el tratamiento citostático.
- El 60% de oncólogos y el 90% de hematólogos informan sobre la influencia del CP en la fertilidad de los varones.
- El 40% de los oncólogos y el 36% de los hematólogos no plantean con los pacientes el empleo de métodos anticonceptivos durante y después del tratamiento de quimioterapia. El 63% de los hematólogos y el 10% de los oncólogos informan por igual tanto a varones como a mujeres en edad fértil.
- El 20% de oncólogos y el 18% de hematólogos concretan el periodo de uso de medidas anticonceptivas durante y después de finalizar el tratamiento
- El 40% de los oncólogos y el 18% de los hematólogos informa sobre el efecto del tratamiento en la capacidad de conducción.
- El 10% de oncólogos comenta las precauciones en el manejo de fluidos en el hogar. Los hematólogos no reportan tratar este tema con los pacientes.

CONCLUSIONES:

- La influencia del tratamiento con CP en la fertilidad y las medidas anticonceptivas son las más frecuentemente abordadas, aunque de forma desigual entre los profesionales y servicios, y más frecuentemente si la paciente es mujer.
- El efecto de los CP en la conducción es un tema importante sobre el que no se suele dar información.
- El manejo de fluidos biológicos debido a la eliminación inalterada de fármacos durante y después del tratamiento no se suele tratar en las consultas de Oncología y Hematología, y puede tener impacto en las personas que comparten la vivienda con el paciente.
- Es necesario elaborar unas recomendaciones conjuntas en estos tres ámbitos para que se proporcione información oral y escrita a los pacientes en tratamiento con CP.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

(Enlace al póster)

EFECTIVIDAD DE PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA DE CANCER DE MAMA

Tardáguila Molina,P; Martínez Ruiz,E; Mendoza Acosta, I; Yuste Gutiérrez, AM; de Juan García-Torres,P; Horta Hernández, AM.
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS: Pertuzumab es un anticuerpo dirigido contra el factor de crecimiento epidérmico humano (HER-2). Una de sus indicaciones es como tratamiento neoadyuvante en combinación con trastuzumab y quimioterapia (QT) en pacientes adultos con cáncer de mama HER-2 positivo, localmente avanzado, inflamatorio o en estadio temprano con alto riesgo de recaída. Se utilizan distintos sistemas de valoración de la respuesta patológica a la neoadyuvancia. Dos de ellos, son el sistema de Miller y Payne (MyP), que mide la respuesta en tumor primario y el de carga tumoral residual (RCB), que mide la respuesta en tumor primario y en ganglios axilares. RCB ha demostrado tener mayor valor pronóstico en relación con supervivencia global y supervivencia libre de progresión en comparación con MyP.

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar la efectividad del tratamiento con pertuzumab en neoadyuvancia.
- Comparar los resultados obtenidos en la práctica clínica con los del ensayo clínico pivotal NeoSphere.

METODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo desde abril de 2015 a diciembre de 2019 en el que se incluyeron todos los pacientes con cáncer de mama HER-2 positivo tratados con pertuzumab neoadyuvante. Las variables demográficas recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, protocolo de quimioterapia recibido. Los datos se obtuvieron de la historia cínica electrónica y del programa de prescripción oncológica.

La variable de efectividad evaluada fue la respuesta a la neoadyuvancia:

- Según sistema Miller y Payne (MyP): Grado 1: ausencia de respuesta, grado 2: reducción de carcinoma invasivo de 30%, grado 3: reducción desde 30% hasta 90%, grado 4: reducción >90% y grado 5: no hay evidencia de tumor residual invasivo.

- Índice RCB (Carga tumoral residual): tiene en cuenta el tamaño del tumor tras la neoadyuvancia, el porcentaje de carcinoma infiltrante, el porcentaje de la celularidad tumoral que corresponde a carcinoma in situ, número de ganglios, número de ganglios positivos y tamaño de la metástasis. RCB-0 indica respuesta patológica completa (pCR), RCB-I y II indican respuesta parcial y RCB-III ausencia de respuesta.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 34 pacientes, el 100% fueron mujeres. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 51 años (RIC 41,5-55). Según el esquema de QT, el 68% recibió pertuzumab/trastruzumab/paclitaxel y el 32% recibió pertuzumab/trastruzumab/docetaxel/ carboplatino. En relación a MyP el 3,1 % tuvo un grado 2, el 23,5% un grado 3, el 20,5% un grado 4 y el 52,9 % un grado 5. Según RCB, el 38,2 % tuvo pCR. En el ensayo pivotal la respuesta completa en la mama con pertuzumab/trastuzumab más quimioterapia fue del 45,8%. Además, la respuesta completa en la mama y ganglios axilares fue de 39,3%.

CONCLUSIONES:

- Los datos de respuesta a la neoadyuvancia tanto en mama como en mama y ganglios axilares fueron similares a los del ensayo pivotal.

- Una parte de las pacientes con respuesta completa en mama, presentaron enfermedad residual en ganglios axilares, lo que consolida la importancia de medir la respuesta en ambas localizaciones.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

(Enlace al póster)

ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN 2019.

Luque Jiménez M, Pérez Serrano R, González Gasca FJ, Porras Leal ML, Abdelhadi Álvarez H, Colmenarejo Serrano, C. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

OBJETIVO: Describir la actividad del grupo PROA (Programa de optimización de antimicrobianos) de nuestro centro durante el último año, tipo de recomendaciones y grado de aceptaciones de estas por parte de los demás profesionales sanitarios.

MÉTODO: Estudio retrospectivo durante el año 2019. El grupo PROA de nuestro centro realiza recomendaciones sobre cinco grupos de antimicrobiano: carbapenémicos, tratamientos de larga duración (más de 14 días), antifúngicos (excepto fluconazol), nuevos antibióticos (ceftolozano/tazobactam y ceftazidima/avibactam) y otros. El farmacéutico selecciona los pacientes en base a unos criterios preestablecidos consensuados por los miembros del PROA (medicina interna, medicina intensiva, medicina preventiva, microbiología y farmacia hospitalaria). Se incluyen todos los pacientes ingresados en el hospital a excepción de pediatría. Se registran datos demográficos del paciente, medicamento, tratamiento empírico/dirigido, si se le han solicitado cultivos y aceptación. En las sesiones diarias que se realizan, se comentan los casos y se establecen las recomendaciones (suspensión, desescalada, continuar igual, escalada, cambio de pauta y otros). Se comunican al médico a cargo del paciente de forma escrita en su historia clínica y/o verbal.

RESULTADOS: Se realizaron 1153 recomendaciones, 554 pacientes, con una edad media de 64.14 años [16-102], de los cuales el 60% eran hombres. En cuanto al tipo de tratamiento 57% empírico. La distribución según los grupos: 42% carbapenémicos, 37% larga duración, 15% antifúngicos, 4% otros y 1% nuevos antibióticos. Los tipos de recomendaciones fueron continuar igual 42%, suspensión 31%, desescalada 17%, cambio de pauta 7%, otros 2% y escalada 1%. Estas fueron aceptadas en el 87% de los casos. Los servicios en los que más se hicieron recomendaciones fueron medicina interna 18.6%; medicina intensiva (UCI) 16.7%; geriatría 8.9%; nefrología 7.2%; hematología 6.1%; oncología médica 5.9%; cirugía 5.6%; digestivo 5.1%, neumología 4.8% y reanimación 4.4%. Entre estos servicios, los que mayor grado de aceptación tuvieron fueron UCI (95%), reanimación (94%) y medicina interna (88%), mientras que por el contrario, los que menor grado de aceptación tuvieron fueron hematología (24%), neumología (22%) y digestivo (20%).

CONCLUSIONES: En nuestro centro, en más de la mitad de las revisiones es posible optimizar la terapia antimicrobiana. La mayor parte de las recomendaciones implican suspensión o reducción del espectro, lo que unido a la alta aceptación, pone de manifiesto la importancia de la continuidad de este proyecto.
La aceptación de las recomendaciones ha sido variable en función de los servicios, lo que sugiere que en los servicios con menor tasa de aceptación se deberían realizar acciones de mejora.
La necesidad de escalar tratamientos es muy baja (1%), lo que explica la escasa utilización de los nuevos antimicrobianos.

Se declara que no existe conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Monteagudo Martínez N, Fernández Marchante AI, Pérez Huertas P, Kulpinczki DA, Ortega Nueda B, García Martínez EM. Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo. Villarrobledo (Albacete)

Objetivos: Describir la efectividad y seguridad de nivolumab en monoterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) en pacientes.
Evaluar si se cumplieron los requisitos de ficha técnica: tratamiento del CPNM de histología escamosa y no escamosa, localmente avanzado o metastásico, después de quimioterapia previa, en adultos.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de CPNM que habían recibido nivolumab en un hospital comarcal, desde el año 2016 (inclusión del medicamento) hasta enero 2020. Los datos sociodemográficos se obtuvieron de la historia clínica electrónica MambrinoXXI®, así como tipo de respuesta, reacciones adversas (RA) y presencia de mutaciones; los datos relativos a terapias previas y administraciones de nivolumab se obtuvieron del módulo de pacientes Ambulantes del programa informático Farmatools® (nº de ciclos recibidos). La efectividad se midió con la duración y número de de los ciclos recividos con nivolumab hasta la finalización por cualquier motivo (progresión, toxicidad o éxitus); la seguridad se midió con el registro de RA. El análisis estadístico se realizó con Excel® de Microsoft®.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes diagnosticados CPNM que recibieron nivolumab. Mediana de edad 73,4 años, rango (58,4-83,1); 15,4% mujeres. De los pacientes evaluados, no se encontró alusión al receptor PDL1, excepto en tres pacientes, cuya expresión era del 40% en un paciente, <1% en el otro y en otro no significativo.
Las mutaciones EFGR, ALK y ROS1 eran negativas en todos los pacientes con histología de adenocarcinoma. Se cumplieron los requisitos de ficha técnica para la indicación del fármaco: nivolumab se empleó en todas las ocasiones en al menos segunda línea, siendo: 75% en 2ªlínea; 12,5% en 3ªlínea; 12,5% en 4ªlínea.
Hasta la fecha fin del estudio, los pacientes habían recibido una mediana de 6 ciclos (rango 2-20), con una media de duración de tratamiento de 3,4 meses. Tres pacientes continuaron con nivolumab hasta completar 11, 19 y 20 ciclos.
En cuanto a la seguridad, se recogieron las siguientes RA: hepatotoxicidad, diarrea, astenia, pérdida de peso, cefalea intermitente, flojedad de piernas, infección de vías respiratorias y altralgias. Esto signos no se repitieron entre pacientes. En ninguno se recogieron RA adversas relacionadas con la inmunoterapia, como neumonitis.

Conclusiones: En nuestro estudio, nivolumab fue en general bien tolerado, y las RA esperables e inespecíficas. A pesar de que la muestra del estudio es insuficiente, se vio que en los pacientes con la determinación de PDL1 (40% y <1%) eran de los que tenían duraciones con el tratamiento más largas, lo que hace pensar si es posible que exista una correlación entre la presencia de PDL1 y la respuesta del tratamiento a pesar de emplearse en segunda línea, pero este hecho no se pudo evaluar, debido a que la mayoría de pacientes no tenían la determinación PDL1 recogida en la historia clínica.
Se necesita una muestra de población mayor para poder sacar conclusiones más firmes sobre la eficacia y seguridad de nivolumab.

No existe conflicto de interés por parte de los autores.

(Enlace al póster)

EXPERIENCIA DE LA BITERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT EN PACIENTES VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

López Álvarez, R. Fernández-Corada Sánchez, A. Domínguez Barahona, A. González Suárez, S. Toledo Davia, MA. Moya Gómez, P.
Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

Objetivo: Analizar la efectividad, seguridad y adherencia de los pacientes en tratamiento con antirretrovirales en un régimen simplificado de biterapia basado en Darunavir/cobicistat 800/150 mg (DRV/c, Rezolsta®).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados de infección por VIH que estaban en tratamiento a fecha 31 de enero de 2020 y que llevaban al menos 12 meses de tratamiento.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, duración de la biterapia), variables de respuesta virológica e inmunológica como variables de efectividad (carga viral plasmática (CVP) y recuento de linfocitos CD4 respectivamente, al inicio del tratamiento), variable de adherencia al tratamiento (registro de dispensaciones) y variable de seguridad (revisión de posibles reacciones adversas). La información fue obtenida a partir del módulo de dispensación a pacientes externos DOMINION FARMATOOLS® pro. 3.0 para la revisión del registro de dispensaciones y mediante la consulta de la historia clínica y analíticas en la aplicación Mambrino XXI®.

Resultados: El 6,9% de los pacientes VIH (43 pacientes) realizan tratamiento con DRV/c, de los cuales 32 son hombres (74,4%). La edad media es de 56 años (rango 89-36). La duración media de la biterapia fue de 47,7 meses (rango 15-55) hasta la fecha final del estudio.

La CVP de todos los pacientes fue indetectable en el comienzo del tratamiento, con una media de 708,97 células/µl en el recuento de linfocitos CD4 (rango 128-1517 cél./µl). Las cifras de CVP se mantuvieron indetectables (<50 copias/mL) durante las primeras 3 determinaciones analíticas posteriores al comienzo en todos los pacientes excepto en dos (uno tuvo CVP = 54,08 copias/mL en la segunda analítica y otro tuvo CVP = 59,38 copias/mL en la tercera analítica). En relación a la respuesta inmunológica, la media de los valores de linfocitos CD4 en las distintas analíticas fue: 750,71 cél./µl en la primera analítica tras el comienzo; 734,39 en la segunda y 771,75 cél./µl en la tercera. Los recuentos de CD4 permanecieron en el 90,7% de los resultados analíticos por encima de 500 células/µl. Del total de pacientes, el 25,6% (11 pacientes) sufrieron un aumento ≥25% en las cifras de células CD4 desde el comienzo con DRV/c. En contraposición, 4 pacientes (9,3%) tuvieron un descenso ≥25% a pesar de tener una buena adherencia al tratamiento (≥ 90%).

En cuanto a la adherencia al tratamiento, el 81,4% de los pacientes tuvieron una adherencia ≥90%. Con respecto a la seguridad, no se registraron efectos adversos en relación al tratamiento antirretroviral en la historia clínica de ningún paciente.

Conclusiones : A pesar de que el tratamiento con DRV/c en biterapia no aparece reflejado en las principales guías, en el estudio se observa que el tratamiento con DRV/c es efectivo en cuanto a la estabilización de la situación clínica, manteniendo CVP indetectable y un recuento de células CD4 adecuado. Además, se describe la ausencia de efectos adversos y una buena adherencia al tratamiento (régimen basado en comprimido único).

No existe conflicto de intereses

(Enlace al póster)

FOTOPROTECCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN: ASIGNATURA PENDIENTE

Anguita Montenegro, B.; Luque Jiménez, M.; Donaire Martínez, S.; Franco Sereno, MT.; Pérez Serrano, R; Rodríguez Martínez, M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

***Objetivo*:** Desde el servicio de farmacia (SF) se planificó estudiar el nivel de fotoprotección de medicamentos fotosensibles (MF) durante la administración. En revisiones previas se identificaron veintitrés MF incluidos en la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital y el grado de fotoprotección de estos medicamentos por parte de los profesionales de enfermería. De los resultados obtenidos surgió la necesidad de difundir por parte del SF información relativa a estos MF con las recomendaciones necesarias para garantizar una correcta administración. El objetivo fue valorar la repercusión de esta divulgación frente a los datos obtenidos anteriormente.

***Material y Métodos*:** Estudio descriptivo transversal que compara los datos obtenidos en dos periodos: previo a la difusión de la información (pre) en marzo 2019 y posterior (post) en septiembre-octubre 2019. En ambos se seleccionaron dos veces por semana aquellos pacientes que tenían prescrito algún MF que debía protegerse durante la administración con bolsa fotoprotectora (BFP), si el tiempo de administración era superior a 1 hora, o añadiendo sistema de administración fotoprotector (SAFP), si el ritmo de perfusión era inferior a 15ml/h. Se recogieron las siguientes variables: medicamento, paciente, servicio, tiempo y ritmo de administración, protección con BFP y/o SAFP y si esta era adecuada. Los MF protegidos inadecuadamente se clasificaron por exceso o defecto de protección. Para obtener los datos utilizamos el programa de prescripción electrónica, consulta al personal de enfermería (ritmos y diluciones) y observación directa de la administración del MF. El análisis estadístico se realizó aplicando la prueba chi cuadrado a través del programa estadístico SPSS.

***Resultados*:** Se incluyeron 85 pacientes con 123 MF frente a los 75 pacientes y 113 MF del periodo pre. En el periodo pre el 25,7% fueron protegidos adecuadamente, frente al 48,8% del post ($p<0,001$). En los servicios médicos el porcentaje de MF protegidos adecuadamente pasó del 0% al 50% ($p<0,001$), en servicios quirúrgicos pasó del 0% al 36,1% ($p=0,002$) y en unidades de pacientes críticos pasó del 53,7 % al 56,4 % ($p=0,848$).
La protección inadecuada por defecto sobre el total de MF fue del 57,5% en el periodo pre y del 24,4% en el post ($p<0,001$) y el exceso de protección aumentó del 16,8% al 26,8% ($p<0,001$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos en el aumento del exceso de fotoprotección en servicios médicos (0% vs 11,3%; $p<0.001$) y en servicios de pacientes críticos (1,8% vs 8,9%; $p=0,001$).

***Conclusiones*:** La información difundida sobre la fotoprotección de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica aumentó los MF protegidos adecuadamente, lo que supone una mejora en la seguridad de la utilización de medicamentos, aunque aún con amplio margen de mejora. Se observa un incremento del exceso de fotoprotecccción en algunos servicios, lo que implica un consumo de recursos innecesario. Sería recomendable realizar un nuevo enfoque que permita la toma de nuevas medidas que garanticen la protección óptima de los MF durante su administración.

No se declara ningún conflicto de interés.

(Enlace al póster)

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS EN TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA

Lavandeira Pérez M, Blanco Crespo M, Lázaro López A, Mendoza Acosta I, Martínez Ruiz E, Horta Hernández AM. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS: La eritropoyetina (EPO) es una hormona producida fisiológicamente en las células peritubulares del riñón. Su función principal es regular la eritropoyesis estimulando la proliferación y diferenciación de las células precursoras de los eritrocitos en la médula ósea.

La administración exógena de EPO humana recombinante está indicada en pacientes con anemia grave, causada principalmente por insuficiencia renal crónica (IRC) o por procesos tumorales tratados con quimioterapia.
El tratamiento con EPO tiene como objetivo mantener niveles de hemoglobina (Hb) entre 10-12 g/dL. Niveles altos se asocian a complicaciones tromboembólicas, hipertensión y aumento de la mortalidad.

El objetivo de este estudio fue analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante la monitorización de Hb en pacientes externos en tratamiento con EPO.

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional ambispectivo donde se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con EPO en los que se había realizado una IF durante los años 2017-2019.
El farmacéutico de pacientes externos realizaba una monitorización de los niveles de Hb en cada dispensación con EPO. En aquellos pacientes en los que se detectaba niveles de Hb>12 g/dL y/o incrementos en el valor de Hb mayor a 1 punto en periodos inferiores a un mes, se contactaba con el médico vía telefónica y se registraba la IF en el programa de prescripción electrónica.
Variables registradas: demográficas (edad y sexo), servicio clínico prescriptor, tipo de EPO prescrita y resolución de la IF.
Los datos se obtuvieron a través del programa de prescripción electrónica y de la historia clínica electrónica. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS® v.15.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 669 pacientes fueron tratados con EPO. Se realizaron IF en 49 (7,3%) pacientes con niveles de Hb>12 g/dL y/o incrementos de Hb >1 punto.
La mediana de edad de los pacientes en los que se realizó IF fue de 79,6 años (RIC 58,5-87,5), 57,1% hombres. Los servicios prescriptores fueron: Nefrología (79,5%), Medicina Interna (10,2%), Geriatría (8,2%) y Hematología (2,1%). El 89,8% tenía prescrito darbepoetina alfa y el 10,2% epoetina alfa.
De todas las IF realizadas, un 65,9% fueron aceptadas por el médico y requirieron modificación de la pauta (38,7% suspensión del tratamiento, 32,2% reducción de dosis y 29,1% espaciamiento posológico).

CONCLUSIONES:
. Un bajo porcentaje de pacientes en tratamiento con EPO presentan niveles de Hb por encima de los valores recomendados.
. Más de la mitad de las IF son aceptadas por los prescriptores. La suspensión del tratamiento fue la decisión médica más frecuente.
. La monitorización de los niveles de Hb en cada dispensación y la comunicación farmacéutico-médico es fundamental para conseguir la pauta más adecuada en cada paciente.

No existe conflicto de intereses.

(Enlace al póster)

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN UNA UNIDAD DE GERIATRIA DE AGUDOS

Martínez Ruiz, E; Tardáguila Molina, P; Casarrubios Lázaro, GI; Lavandeira Pérez, M; Martín Alcalde, E; Horta Hernández, AM.
Servicio de Farmacia: Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS: La mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial. La Conciliación de la Medicación (CM) es el proceso mediante el cual se garantiza que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que tomaban previamente a un ingreso y que son adecuados a su situación clínica y a la nueva prescripción.

El objetivo de este estudio fue describir y analizar las discrepancias detectadas durante la CM en el Servicio de Geriatría al ingreso y al alta así como conocer las principales causas de errores de CM.

METODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo desde junio de 2018 hasta diciembre de 2019 en el Servicio de Geriatría. Se realizó CM al ingreso y al alta, de todos los pacientes que los geriatras solicitaron mediante un parte de interconsulta. Al ingreso, se revisó la historia clínica electrónica y se realizaron entrevistas a los pacientes o a sus cuidadores para conocer la medicación real. Al alta, los tratamientos se consensuaron con el geriatra y se realizó la adecuación farmacoterapéutica en función de la situación del paciente, así como se proporcionó a cada paciente un mapa horario con su medicación.

Las variables obtenidas fueron: sexo, edad, principio activo, grupo terapéutico, número de discrepancias en la medicación, tipo de discrepancias y gravedad del error.

La gravedad de los errores de conciliación fue evaluada usando la clasificación de *The National Coordinating Concil for Medication Error Reporting and Prevention´s.* Se clasificaron las discrepancias en categorías A-D.

RESULTADOS: Durante los 18 meses del estudio se realizó CM a 271 pacientes, 54% mujeres con una mediana de edad de 88 años (RIC 85-92). Se conciliaron 2480 fármacos al ingreso encontrándose discrepancias en 209 (77%) pacientes con un total de discrepancias no justificadas de 531 entre la medicación habitual y la registrada al ingreso. De éstas, 163 (31%) se clasificaron en diferente dosis, vía o frecuencia, 156 (29%) prescripciones incompletas y medicación habitual no registrada, 144 (27) inicio de medicación (discrepancia de comisión), 61 (12%) omisión de medicamento, 7 (1%) medicamento equivocado.

Según la gravedad del error 443 (83%) discrepancias fueron categoría B y no llegaron al paciente durante el ingreso.

Los grupos de medicamentos en los que se detectaron mayor número de discrepancias (según clasificación ATC) fueron: 117 (26%) en grupo N (Sistema Nervioso) entre las que destaca principalmente las benzodiazepinas, 107 (24%) en grupo C (Sistema Cardiovascular) siendo el grupo mayoritario los antihipertensivos y 90 (20%) en grupo A (Sistema digestivo y metabolismo).

CONCLUSIONES: En un porcentaje elevado de pacientes se detectaron discrepancias en el tratamiento al ingreso en el servicio de Geriatría. Aún así, en su gran mayoría suelen ser leves y no causaron daño en el paciente durante el ingreso.

Las discrepancias mayoritarias fueron por diferente dosis o frecuencia, comisión y prescripción incompleta.

La figura del farmacéutico es indispensable en los servicios médicos realizando tareas de conciliación ya que puede minimizar que se produzcan errores en la transición entre servicios asistenciales.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

(Enlace al póster)

COSTE EFECTIVIDAD DE PALBOCICLIB EN CASTILLA LA MANCHA: RESULTADOS EN VIDA REAL

Gómez Lluch MT[1], Valenzuela Gámez JC[1], Espinosa Aunión R[2], García Tapiador AM[2], Andrés Navarro N[1], Notario Dongil C[1]. Servicio de Farmacia[1]. Servicio de Oncología[2]. Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivos: Palbociclib es un inhibidor de CDK4/CDK6 para el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, positivo para el receptor hormonal y negativo para el HER2 (CMM RH+ HER2-): en combinación con un inhibidor de aromatasa (IA) o fulvestrant en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa. Además, la aparición de otras moléculas para la misma indicación, hizo poner en el punto de mira la evaluación de las opciones disponibles. Pero una vez normalizamos el uso, ¿conocemos los resultados reales?
El objetivo del estudio fue analizar el coste-efectividad de Palbociclib en los Hospitales Públicos de Castilla La Mancha.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico para evaluar el coste-efectividad real del tratamiento desde su introducción en los hospitales (Noviembre de 2017) hasta Diciembre de 2018.
Se recogieron las variables: edad, diagnóstico, quimioterapia previa, fecha de inicio y última dosis, número de ciclos y motivo de suspensión del tratamiento (toxicidad, progresión o éxitus) mediante los programas de prescripción electrónica disponibles y la historia clínica Mambrino XXI®. La eficacia se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) obtenida mediante el programa estadístico SPSS® v.18.
El análisis de costes se analizó desde la vertiente hospitalaria con un horizonte temporal de 13 meses, considerando los costes reales de facturación del fármaco en cada hospital, incluyendo ofertas realizadas y los acuerdos de techo de gasto alcanzados a nivel de la comunidad.

Resultados: Se registraron 172 pacientes procedentes de 12 hospitales. De ellos eran susceptibles de análisis 142. Con una media de edad al inicio de 60 años (rango 26-70), el 50% recibieron palbociclib en primera línea en combinación con IA, el 32,4% en segunda línea con fulvestrant y el 17,6% en 3ª línea y sucesivas (IA o fulvestrant). La SLP para la población global fue 14,4 meses (IC95% 13,2-15,5); 16,1 meses (IC95% 14,9-17,4) en primera línea, 13,62 meses (IC95% 11,5-15,7) en segunda línea y 10,9 meses (8,2-13,6) en 3ª línea y sucesivas. En el momento del análisis el 71,1% de las pacientes continuaban con palbociclib.
La facturación total del SESCAM durante el periodo de estudio, incluyendo ofertas realizadas y los acuerdos alcanzados a nivel de la comunidad fue de 1.473.738,92 €, correspondientes a 17.141 dosis unitarias de palbociclib. Esto supone un coste medio por ciclo aproximado de 1.805,5 €. Así, el coste-efectividad medio es de 23.170,6 € por año libre de progresión ganado, un coste muy inferior al estimado inicialmente en las evaluaciones.

Conclusiones: Esto refleja la que la eficacia obtenida concuerda con la literatura, pero también la importancia de acuerdos a nivel comunitario para conseguir un mejor umbral de coste-efectividad y la necesidad de considerarlos en las evaluaciones económicas, ya que pueden influir en la toma de decisiones.
Limitaciones: en el análisis de supervivencia se dieron pérdidas por datos incompletos.

Conflicto de intereses: no

(Enlace al póster)

FORMULACIÓN DE GENTAMICINA 0,5% EN CREMA PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS SOBREINFECTADAS: A PROPOSITO DE UN CASO

Casarrubios Lázaro,GI1; Martín Alcalde, E1; Mazuela Diez, O2; Martínez Ruiz, E1; Deán Barahona, C1; Horta Hernández, AM1.
Servicio de Farmacia Hospitalaria1. Servicio de Dermatología.2 Hospital Universitario de Guadalajara

OBJETIVO: Para prevenir y tratar la infección en las úlceras venosas de la pierna, se utilizan dos estrategias principales: los antibióticos sistémicos y los antibióticos o antisépticos tópicos.
La gentamicina es un antibiótico aminoglucósido de acción bactericida contra microorganismos gramnegativos y algunas cepas de estafilococos. Desde hace unos años se dejó de comercializar gentamicina tópica como medicamento.
Los objetivos de este estudio fueron:

1. Describir la formulación de gentamicina 0,5% en crema para el tratamiento de úlceras infectadas.
2. Conocer la evolución del paciente tratado con la fórmula magistral (FM).

MÉTODOS: El servicio de Dermatología solicitó al servicio de Farmacia la elaboración de una FM tópica de gentamicina para evitar el tratamiento sistémico y tratar úlceras complejas sobreinfectadas de mala evolución y difícil cicatrización. El paciente presentaba cultivos microbiológicos (CM) positivos con sensibilidad a la gentamicina.
Se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar evidencias existentes de una FM tópica de gentamicina.
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 la administración tópica.
Para valorar la evolución del paciente tratado con la FM se revisó la historia clínica electrónica y los CM de las muestras recogidas de la úlcera.

RESULTADOS: Se encontraron diversos artículos en los que el uso de gentamicina 0,5% en crema presentaba buenos resultados para tratar esta patología.
Para la preparación de la FM se elaboró por un lado la fase oleosa (FO) de la emulsión, constituida por Neo PCL fundido a 60-70ºC; y por otro lado la fase acuosa, compuesta por la mezcla de agua conservans, sorbitol y gentamicina, calentada hasta alcanzar la misma temperatura que la FO. Posteriormente, se añade la fase acuosa sobre la oleosa agitando hasta conseguir la homogenización y formación de la crema con la consistencia adecuada.

El paciente, de 89 años, presentaba úlceras vasculares sobreinfectadas de mala evolución y sin mejoría clínica con las curas habituales realizadas (con colagenasa, diflucortisona, sulfadiazina argéntica, apósitos de alginato de plata…). El CM fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, siendo sensible a gentamicina. Se optó por la formulación tópica de gentamicina para evitar los posibles efectos adversos de la administración sistémica del fármaco en un paciente anciano. En mayo de 2019 se comenzó a tratar al paciente con la FM y las úlceras comenzaron a mejorar su aspecto y a disminuir su extensión. El tratamiento continuó, sin observarse ningún efecto adverso asociado, hasta enero de 2020 cuando se obtuvo un cultivo estéril de la úlcera.

CONCLUSIONES: La FM de gentamicina 0,5% en crema ha resultado ser efectiva frente a *Pseudomonas*, tener buena tolerancia y no inducir efectos adversos.
La colaboración del servicio de Farmacia con el servicio de Dermatología permitió ofrecer una opción terapéutica eficaz para este paciente.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

(Enlace al póster)

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE AZTREONAM INTRAVENOSO: UNA RETROSPECTIVA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Pérez Huertas, P; Fernández Marchante, AI; Monteagudo Martínez, N; Kulpinczki, DA; Ortega Nueda, B; García Martínez, EM

Objetivos: Analizar la utilización de aztreonam intravenoso en un hospital comarcal y el grado de cumplimiento de las guías clínicas de utilización de este antibiótico.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los episodios clínicos con al menos un día de tratamiento con aztreonam desde 01/2015 hasta 12/2019.
Se recopilaron variables sociodemográficas, información sobre el episodio infeccioso en curso, sobre el tratamiento con aztreonam intravenoso e información microbiológica de interés. Para ello se utilizó la historia clínica (Mambrino-XXI®) y el programa de prescripción electrónica (Gestión de Unidosis de Dominion®).
Para obtener el grado de cumplimiento se consultaron las principales guías y recomendaciones para la utilización de aztreonam (IDSA® guidelines®,UpToDate®,Mensa®) y se evaluaron caso a caso las opciones disponibles determinándose tres situaciones: aztreonam indicado en primera línea (pacientes con alergia a beta-lactámicos o microorganismos multirresistentes); tras la utilización de otro antibiótico (en tratamiento de Pseudomona aeruginosa previo a otros antibióticos como ceftazidima) y uso no justificado (profilaxis quirúrgica). Los casos fueron estudiados por dos evaluadores independientes, las discrepancias fueron resueltas por un tercero.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes. La mediana de edad fue de 78 años (rango:47-90), siendo el 52% mujeres. Un 88% de las infecciones fueron de origen comunitario, el resto provenian de centros sociosanitarios. El 78% de los pacientes tenían antecedentes de hipersensibilidad al grupo de los beta-lactámicos, de estos solo el 10% se confirmó y otro 10% se descartó por el servicio de alergia posteriormente.
En cuanto al episodio infeccioso se contabilizaron: neumonía adquierida en al comunidad 47,8%, infección abdominal 43,5%, infección del tracto urinario 4,3% y celulitis 4,3%. En solo tres de los casos se aisló *Pseudomona aeruginosa* multirresistente. En la mayoría de episodios (60%) o no se realizaron cultivos o en estos no se aisló ningún microorganismo.
La prescripción de aztreonam se realizó de manera empírica en la mayoría de casos (87%). Se asoció principalmente a quinolonas (43%), metronidazol (22%) y aminoglucósidos (17%). La duración mediana del tratamiento fue de 6 días (rango:2-28). En cuanto al motivo de finalización fue: alta hospitalaria 48%, desescalado de antibióticos 26%, cambio a tratamiento dirigido 17% y éxitus 9%.
En la evaluación de la prescripción de aztreonam se consideró como tratamiento indicado de primera línea en el 83% de los casos. Por otro lado en el 17% se debería haber utilizado otro antibiótico previo. Por último, no se encontró ningún tratamiento no justificado.

Conclusiones: La utilización de aztreonam se ha reservado principalmente a pacientes con alergia a beta-lactámicos de acuerdo con las guías de terapia antimicrobiana. Sin embargo, destaca el elevado número de pacientes sin evaluación posterior por el servicio de alergia.
Por otro lado, existe un margen de mejora en la selección de la pauta antimicrobiana, en especial en el caso de terapia empírica frente a *Pseudomona*. Los autores creemos que la implementación de un PROA (Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos) puede ser una opción a tener en cuenta.

No existe conflicto de intereses

(Enlace al póster)

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN DE FIDAXOMICINA

Collado Sanz, JM; Sánchez Serrano, JL; Serna Serrano, B; Domincho Chiva, E; Aldaz Francés, R. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: Fidaxomicina es un antibiótico de alto impacto económico perteneciente al grupo de los macrólidos. Fue incluido en la guía del hospital en 2017 a través de un protocolo de utilización aprobado por la Comisión de infecciones y política antibiótica para el tratamiento de la segunda recidiva de *Clostridium difficile* durante 10 días.

Objetivos: Evaluar la efectividad y la adecuación del uso de Fidaxomicina desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica en un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 3 años de duración (enero 2017- enero 2020), en el que se incluyeron todos los pacientes que han estado en tratamiento con Fidaxomicina. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tratamiento antibiótico sistémico previo, número de episodios de infección por *Clostridium difficile*, tratamientos previos de *Clostridium difficile*, tiempo de tratamiento con Fidaxomicina y resolución de la infección tras el tratamiento con ésta.

Resultados: Durante el período de estudio recibieron tratamiento con Fidaxomicina 9 pacientes, de los cuales 5 fueron mujeres. La mediana de edad fue 80 años (rango 63-91). El 78% fueron tratados con antibióticos previos al primer episodio de *Clostridium difficile* y el 89% recibieron tratamientos para *Clostridium difficile* previos al uso de Fidaxomicina. El tiempo medio de tratamiento con Fidaxomicina fue de 10,67 días (5-17). Se prescribió de forma adecuada al protocolo en el 56% (5 pacientes) de los casos; sin embargo, solo el 44% (4) tuvieron una duración adecuada del tratamiento, de los cuales 2 no recidivaron, 1 sí lo hizo y el otro fue *exitus*. De los pacientes en los que la prescripción no fue adecuada al protocolo la mitad recayó.

Conclusiones: Es necesaria la adecuación del uso de Fidaxomicina al protocolo de la Comisión de infecciones y la duración de tratamiento recomendada, ya que se ha mostrado más efectiva en los pacientes en los que se utilizó Fidaxomicina correctamente con respecto a los que no. Un estudio con un mayor número de pacientes podría ser útil para arrojar más luz respecto a la probabilidad de recidiva cuando su prescripción es adecuada.

(Enlace al póster)

ANÁLISIS DE OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN COMITÉ DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN DERMATOLOGÍA.

Buendía Moreno, J. A.; Flor García, A.; Fernández-Bravo Rodrigo, J.; Martín Niño, M. I.; Canales Ugarte, S.; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Objetivos: Analizar el efecto de la constitución de un comité interdisciplinar de terapias biológicas (CTB) en procesos inmunes de Dermatología sobre el tratamiento en primera línea de pacientes con psoriasis y evaluar el impacto económico global.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes diagnosticados de psoriasis que iniciaron tratamiento en los 21 meses anteriores (09/2016-04/2018) (período A) y posteriores (05/2018-01/2020) (período B) a la constitución del CTB (05/2018). Este está formado por representantes de Dirección Médica y facultativos de los Servicios de Farmacia y Dermatología y se reúne mensualmente. La selección de TB se fundamenta en el informe técnico "Ruta de Eficiencia Terapéutica (Refiter) sobre TB en psoriasis y artritis psoriásica", elaborado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
La información de los pacientes se recopiló de la historia clínica informatizada de MambrinoXXI® y FarmaTools® (módulos de pacientes externos/ambulantes), registrando en base de datos Microsoft-Excel®: edad, sexo, tipo de TB, motivo de interrupción.
Los indicadores económicos se evaluaron mediante la aplicación Montesinos® de gestión de costes del SESCAM, analizando la evolución en los últimos 4 años del coste tratamiento anual/paciente vs. estándar propuesto del SESCAM.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, edad media 51 años (10-89), 22 hombres (55%), 21 del período A y 19, del período B. En período A iniciaron tratamiento: 9 (42,9%) inhibidores del factor de necrosis tumoral-α (anti-TNFα) (4 adalimumab patente, 3 etanercept biosimilar y 2 infliximab biosimilar), 7 (33,3%) apremilast, 4 (19%) ustekinumab y 1 (4,8%) secukinumab 300mg. En período B iniciaron: 14 (73,7%) anti-TNFα (10 adalimumab, 3 etanercept, 1 infliximab, todos biosimilares), 4 (21%) apremilast y 1 (5,3%) secukinumab 150mg. Por tanto la selección del tratamiento más eficiente fue: 80% período B vs 43% período A.
Al final del estudio se suspendieron 12 (57,1%) tratamientos del período A: 6 por ineficacia, 3 por abandono, 2 por sospecha de reacción adversa y 1 exitus. Del período B se suspendieron 7 (36,8%) tratamientos: 6 por ineficacia y 1 por sospecha de reacción adversa.
Como indicador económico, el coste tratamiento anual/paciente vs. estándar SESCAM fue: 10.956€ vs. 10.033€ (2016), 10.743€ vs. 9.016€ (2017), 9.068€ vs. 8852€ (2018) y 7.906€ vs. 8.652€ (2019). Es decir en 2019 por primera vez se cambió a tendencia inferior respecto al estándar SESCAM, situándose en un 8,6% por debajo.

Conclusiones: Los resultados muestran un cambio en el perfil de prescripción de TB en primera línea, observándose un aumento del uso de terapias más eficientes, incluyendo una mayor utilización de biosimilares, si bien se ha incrementado la oferta disponible. También se observa un menor número de suspensiones de tratamiento, aunque el tiempo de seguimiento es menor en el período B.
Los indicadores económicos han mejorado en los últimos años situándose actualmente por debajo del estándar propuesto por el SESCAM. La creación del CTB contribuye a la optimización y estandarización de la prescripción de TB, potenciando la utilización de terapias más eficientes y favoreciendo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Conflicto de intereses: no.

(Enlace al póster)

ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

De la Calle Riaguas B, Romero Martín C, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, García Esteban B, Casamayor Lázaro B. Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina).

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de sacubitrilo/valsartán en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y evaluar la adecuación de la prescripción al informe de posicionamiento terapéutico (IPT).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en un hospital General (mayo 2019 – enero 2020). Se seleccionaron pacientes hospitalizados en tratamiento crónico con sacubitrilo/valsartán. Se registró si los pacientes cumplían los criterios de indicación según el IPT: clase funcional II-III de la New York Heart Association (NYHA), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ≤35%, tratamiento previo optimizado con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensiona (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensiona II (ARAII), betabloqueante (BB) y antagonista de la aldosterona (AA), fracción aminoterminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP) ≥600 pg/ml, presión arterial sistólica (PAS) >100 mmHg y niveles de potasio <5,4 mmol/l.
Para evaluar la efectividad, se realizó un seguimiento de los pacientes recogiéndose: sexo, edad, número de hospitalizaciones y/o visitas a urgencias tras iniciar el tratamiento, mantenimiento o suspensión del tratamiento y motivos.
La seguridad se evaluó mediante el registro de efectos adversos (EA).
Los datos se obtuvieron del módulo de Unidosis de Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI®.

Resultados: Se evaluaron 23 pacientes (13% mujeres) con edad media 76,1 años (49-88). El 87% eran mayores de 65 años. Un 21,7% (5) de pacientes se adecuaron a todos los criterios del IPT. Un 26,1% (6) tenían ICC grado II, un 13% (3) grado III, un 4,3% (1) grado I y en un 56,5% (13) no pudo determinarse. Un 87% (20) presentaba FEVI ≤35% y un 13,3% (3) FEVI>35%. Un 69,6% (16) tenían el tratamiento previo optimizado. Un 69,6% (16) presentaban niveles de NT- proBNP ≥600 pg/ml, un 4,3%(1) <600pg/ ml y en un 26,1% (6) no se determinaron. Un 91,3% (21) tenían PAS >100 mmHg, un 4,3% (1) PAS <100 mmHg y en un 4,3% (1) no se midió. El 100% (23) presentaban niveles de potasio <5,4 mmol/l.
Un 87% (20) presentaron ingresos hospitalarios y/o visitas a urgencias. Se registraron 31 hospitalizaciones en un 69,6% (16) de pacientes y 54 visitas a urgencias en un 78,3% (18).
Al finalizar el estudio un 73,9% (17) de pacientes mantenían el tratamiento. Un 17,4% (4) fueron exitus (2 por eventos cardiovasculares, 1 por infección respiratoria y 1 por agravamiento de enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y un 8,7% (2) suspendieron el tratamiento por deterioro de la función renal.
Presentaron EA un 78,3% (18) de pacientes. Los principales EA que se registraron fueron: deterioro renal (27,9%), hipotensión (18,6%), anemia (11,6%) y disnea (4,3%).

Conclusiones: El 78,3% de las prescripciones no se adecuan a los criterios de indicación del IPT. En el 65,1% de pacientes no se registraron alguno de los criterios de indicación, lo que dificulta la evaluación de la adecuación del fármaco. Sería necesario trasladar esta información a los clínicos para garantizar la correcta adecuación a las recomendaciones del IPT. Aproximadamente el 74% de pacientes mantiene el tratamiento, siendo el EA observado con mayor frecuencia el deterioro renal.

Conflicto de intereses: Ninguno

(Enlace al póster)

EFICACIA, SEGURIDAD Y DURABILIDAD DE DOBLE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL CON DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA

Mendoza Acosta I1, Torralba González de Suso M2, Lázaro López A1, Lavandeira Pérez M1, Blanco Crespo M1, Horta Hernández AM1. Servicio de Farmacia1, Servicio de Medicina Interna2 Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: En 2018, los esquemas preferentes de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes naive y pretratados consistían en triple terapia: 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIAN) junto con: inhibidor de la integrasa (INI), inhibidor de la proteasa potenciado (IPp) o inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN). Los estudios GEMINI y TANGO han demostrado la no inferioridad en cuanto a eficacia, seguridad y durabilidad de la respuesta de dolutegravir+lamivudina (DTG+3TC) frente a triple terapia. Recientemente se ha aprobado su uso como pauta preferente en pacientes naive. El objetivo de este estudio es describir la eficacia, toxicidad y durabilidad de la respuesta con DTG+3TC en pacientes naive y pretratados.

Métodos : Estudio de cohorte retrospectivo con todos los pacientes tratados con DTG+3TC en el hospital en los últimos 3 años. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del centro. Los datos obtenidos a través de la historia clínica fueron: demográficos, TAR previos, carga viral (CV) basal y a las 24 semanas, incremento a las 24 semanas de linfocitos TCD4 (células/µL) (CD4) en naive, efectos adversos, fecha y motivos de suspensión del TAR (fracaso virológico: dos determinaciones consecutivas de CV>50 copias/ml o fracaso terapéutico: suspensión de DTG+3TC por cualquier causa) y aparición de resistencias a DTG+3TC. Se utilizó el método Kaplain-Meier para calcular el tiempo hasta fracaso virológico y terapéutico. Se empleó el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: El 18,1% de pacientes (80/442) con TAR han recibido DTG+3TC. La mediana de edad fue de 47,9 años (RI: 40,9-54,8) siendo el 71,3% hombres. El 88,8%(71/80) era pretratados, de estos el 74% recibieron DTG+3TC+abacavir. En el momento de la simplificación, el 76,1% de pretratados se encontraban con CV basal<50 copias/ml y el 91,5% con CV basal<200 copias/ml. En los pacientes naive la mediana del logCV basal fue de 4,1 (RI: 2,6-5,0) copias/ml.
A las 24 semanas, el 90%(45/50) de pacientes pretratados presentaban CV<50 copias/ml y el 94% (47/50) <200 copias/ml. En naive, la mediana de incremento de CD4 fue 360(RI: 180-430) a los 6 meses. A los 12 meses 3 pacientes naive mantuvieron DTG+3TC con CV<50 copias/ml a los 6 y 12 meses.
De todos los pacientes, el 3,8% declararon algún efecto adverso relacionado con el fármaco (aumento de peso y/o síntomas neurológicos).
A los 36 meses la probabilidad de permanecer libre de fracaso virológico fue de 88% y la probabilidad de permanecer libre de fracaso terapéutico del 75,1%. No se han detectado resistencias tras los fracasos virológicos.
Al final del estudio el 13,8%(11/80) suspendieron el TAR. Las causas fueron: efectos adversos (3), fracaso virológico (3), pérdida de seguimiento (4), y exitus no relacionado con la medicación (1). Durante el seguimiento un paciente naive abandonó voluntariamente el TAR.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con DTG+3TC son pretratados y presentan una CV baja al inicio de la simplificación. DTG+3TC es una opción eficaz a nivel virológico e inmunológico (en naive), segura (efectos adversos leves) y duradera tanto en pacientes pretratados como en pacientes naive.

Conflicto de intereses: no

(Enlace al póster)

REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA APLICANDO EL JUICIO CLÍNICO FARMACÉUTICO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Mendoza Acosta I1, Martín Alcalde E1, Feo de la Iglesia F2, Bartolomé Martín I3, Casarrubios Lázaro GI1, Horta Hernández AM1.
Servicio de Farmacia 1, Servicio de Geriatría 3. Hospital de Guadalajara. Residencia Los Nogales2.

Objetivos: La revisión farmacoterapéutica (RFT) periódica de pacientes en centros sociosanitarios (CSS) permite adecuar el tratamiento según su estado funcional. Los criterios explícitos (STOPP-START y BEERS) y/o de desprescripción (LESS-CHRON) junto al juicio clínico del farmacéutico permiten detectar prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) que pueden desencadenar problemas relacionados con la medicación (PRM).
Los objetivos fueron:

- Evaluar el impacto de una RFT periódica en la disminución de PPI y PRM.
- Analizar si el juicio clínico permite detectar mayor número de PPI y PRM que los criterios explícitos y de desprescripción.
- Grado de aceptación de intervenciones realizadas.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en 2 CSS entre abril de 2018 y abril de 2019.
Grupo 1: CSS sin farmacéutico integrado. Se realizó una RFT en un grupo de pacientes a petición del Servicio de Geriatría.
Grupo 2: CSS con farmacéutico integrado que revisa diariamente las prescripciones y realiza RFT semestrales.
En la RFT se utilizaron criterios explícitos y de desprescripción y se revisó la historia clínica de los pacientes teniendo en cuenta su estado funcional y mental. Se utilizó una clasificación basada en el Tercer Consenso de Granada para describir los PRM. Se elaboró un informe de adecuación farmacoterapéutica con intervenciones que se remitía al médico responsable. Variables recogidas: demográficas, número de fármacos prescritos, número y tipo de PRM y PPI, criterio utilizado y porcentaje aceptación de intervenciones. Se utilizaron las pruebas estadísticas chi-cuadrado y t de Student. Se empleó el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: La RFT se realizó en 45 residentes del grupo 1 y 39 del grupo 2. En el grupo 1 la mediana de edad fue 86,6 (RI:82,8-89,5) años y un 64,4% mujeres. En el grupo 2 la mediana de edad fue de 88,3 años (RI:83,0-93,6) y 59% mujeres. En el grupo 1 el 91,1% eran dependientes y 69,2% presentaban deterioro cognitivo. En el grupo 2 el 84,6% eran dependientes y el 69,2% presentaban deterioro cognitivo. La mediana de medicamentos prescritos por paciente fue 11(RI:9-13) en el grupo 1 y 11 en el grupo 2 (RI:9-12). Los grupos eran comparables ($p>0,05$) a excepción del porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo ($p=0,016$).
En el grupo 1 se detectaron 155 PPI siendo el 69,7% PRM y 73 PPI en el grupo 2 siendo el 57,5% PRM. La diferencia de medias de PPI entre ambos grupos fue de 1,6(IC95%:0,8-2,3; $p<0,05$) y de PRM 1,3(IC95%:0,6-2; $p<0,05$).
El incremento medio de PPI detectadas por juicio clínico respecto a criterios explícitos y/o de desprescripción fue de 0,2 (IC95%:-0,18-0,59; $p=0,3$). En el caso de PRM este incremento fue de 0,04 PRM (IC95%:-0,4-0,49; $p=0,8$).
El grado de aceptación global fue de 74,6%.

Conclusiones: La integración de un farmacéutico en el equipo multidisciplinar del CSS, consigue una disminución significativa de PPI y PRM.
El juicio clínico del farmacéutico durante la RFT permite incrementar el número de PPI y PRM detectados además de los observados por los criterios explícitos y de desprescripción.
El porcentaje de aceptación de intervenciones fue alto.

Conflicto de intereses: no

(Enlace al póster)

BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: DEL ENSAYO CLÍNICO A LA VIDA REAL

Anguita Montenegro, B; Luque Jiménez, M; Vicente Sánchez, MP; Nieto-Sandoval Martín de la Sierra, P; Rodríguez Martínez, M; García López, MJ. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

***Objetivo*:** Analizar los resultados en salud en términos de efectividad y seguridad de la utilización de bevacizumab en cáncer de ovario e identificar posibles factores predictivos de respuesta.

***Material y Métodos*:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario que fueron tratadas con bevacizumab en nuestro hospital.
Se recogieron las siguientes variables: edad, estado funcional(ECOG), estadio según la Federación Internacional de Oncología Ginecológica(FIGO), histología y grado del tumor, presencia de mutaciones BRCA y/o ascitis, si habían sido sometidas a cirugía y si esta había sido óptima, número de líneas previas a bevacizumab, fecha de inicio, indicación, respuesta alcanzada, efectos adversos(EA), fecha de progresión y/o éxitus. Toda esta información fue obtenida a través de la historia clínica informatizada Mambrino XXI® y el programa de gestión farmacoterapéutica oncológica Farmis®. Las variables principales del estudio fueron la mediana de supervivencia libre de progresión(SLP) y supervivencia global(SG). Se determinó el efecto de las variables ECOG, FIGO, histología, grado del tumor, mutaciones BRCA, ascitis, cirugía óptima, número de líneas previas e indicación como factores predictivos de SG mediante la realización de una regresión COX a través del programa estadístico SPSS(versión 23).

Resultados: Se analizaron 25 pacientes de las que se incluyeron 24 (mediana de edad: 56 años). Presentaban un estadio FIGO IIIb irresecable(12,5%), IIIc(41,7%) y IV(37,5%). En relación a la histología las pacientes desarrollaron carcinoma seroso(79,2%), endometroide(8,3%), de células claras(8,3%) y mixto(4,2%), dividiéndose en grado alto(83,3%) y bajo(4,2%). Se identificaron mutaciones en el gen BRCA en el 12,5% de las pacientes y ascitis en el 41,7%. En relación al tratamiento, el 87,5 % fue sometida a cirugía, de las cuales fue óptima en el 28,6%. La mediana de líneas previas recibidas fue 0 (rango 0-11). Las indicaciones fueron: primera línea de tratamiento en pacientes de alto riesgo(54,2%), recaída platino sensible (20,8%) y recaída platino resistente(25%). La respuesta fue parcial en el 62,5% de las pacientes y completa en el 16,7%, sin objetivarse respuesta en el 4,2%. Se evidenció progresión en el 70,8% de las pacientes.Con el 50% de los eventos alcanzados, las medianas de SLP y SG fueron 13,9 y 18,5 meses, respectivamente. Ninguna de las variables estudiadas en la regresión COX fue estadísticamente significativa. Se registraron EA en un 16,7% de las pacientes, identificándose hipertensión(8,3%), sangrado gingival, astenia, náuseas y desarrollo de otro tumor(4,2%).

Conclusiones: Las medianas de SLP y SG en nuestras pacientes son inferiores a los datos finales del ensayo GOG-218, que fueron 19,1y 42,8 meses, respectivamente. Ninguna variable actúa como factor predicitivo de la respuesta con bevacizumab en nuestro estudio, no pudiendo seleccionar ningún subgrupo de pacientes que pudiera obtener una mayor efectividad con esta terapia. Esto es consistente con los resultados recientemente publicados donde se constata que no hubo beneficio en términos de SG ni SLP en ninguno de los subgrupos estudiados. Los EA recogidos son menores que los descritos en el ensayo ICON-7, donde el 100% presentó algún EA, aunque, probablemente pueda deberse al diseño retrospectivo de nuestro estudio.

No se declara ningún conflicto de interés

(Enlace al póster)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serna Serrano B, Aldaz Francés R, Pérez Alpuente I, Ruiz Sánchez S, Del Pozo Carlavilla C, García Gómez C. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Ceftolozano-tazobactam (COL/TAZ) y ceftazidima-avibactam (CAZ/AVI) según los criterios aprobados en nuestro hospital, son antibióticos de uso restringido para el tratamiento dirigido de infecciones complicadas por microorganismos multiresistentes a antibióticos de primera línea (cefalosporinas, betalactámicos e inhibidores de betalactamasas, carbapenémicos y quinolonas). El objetivo del estudio es analizar el consumo, coste económico y condiciones de uso de COL/TAZ y CAZ/AVI.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con COL/TAZ y CAZ/AVI desde diciembre-2016 a enero-2020. Las variables estudiadas fueron:
Demográficas: sexo, edad y alta por exitus (AE). Clínicas: servicio, patología de base (PB), foco infeccioso (FI), microorganismo causante (MC), duración del tratamiento (DT) y necesidad de ajustar el tratamiento a la función renal (TAR). Condiciones de uso: indicado según los criterios del hospital (ICH). Económicas: número total de viales consumidos (TV_C) y coste ($C_€$). En los pacientes con TAR, también se recogió el número de viales consumidos teóricos (TV_{CT}) y el coste teórico ($C_{€T}$). Se entiende por teórico, aquellos viales que hubiesen sido necesarios si estos no se hubiesen redosificado en condiciones asépticas en el Servicio de Farmacia (SF). Los datos se obtuvieron del programa Farmatools® y de Mambrino XXI®.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se trataron a 21 pacientes: 16 con COL/TAZ y 5 con CAZ/AVI.

- Demográficas: sexo 62% varones. Mediana de edad 65 años (32-85). AE 19%.
- Clínicas: servicios de cirugía, hematología y nefrología 19%; neumología e infecciosas 14%; unidad de cuidados intensivos, geriatría y urología 10%. PB renal 24%; hematológica y oncológica 19%; cardiovascular y pulmonar 14%; reumatológica y digestiva 5%. FI del tracto urinario 14%, respiratorio 29%; complicaciones varias 57% (abscesos intraabdominales, exudados y úlceras); MC de origen mixto con predominio de *Pseudomonas aeruginosa multirresistente* 76% y *Klebsiella pneumoniae* productoras de *β-lactamasas de espectro ampliado* 24%. Mediana de DT 13 días (3-42). TAR 24%.
- Condiciones de uso: ICH 86%.
- Económicas: TV_C 856 viales (□=41) y $C_€$ 58.313€ (□=2.777). En los TAR: TV_C 103 viales (□=21), $C_€$ 6.659€ (□=1.332), TV_{CT} 229 viales (□=46) y $C_{€T}$ 14.794€ (□=2.959).

CONCLUSIONES: COL/TAZ y CAZ/AVI son alternativas eficaces que consiguieron la resolución de todas las infecciones tratadas, a excepción de los pacientes que posiblemente fallecieron (19%) por complicaciones asociadas a sus condiciones clínicas. La mayoría de los pacientes eran varones (62%) de 65 años de los servicios de cirugía, hematología y nefrología (57%), con PB renal (24%) y FI de complicaciones varias (abscesos intraabdominales, exudados y úlceras). En el 43% de los pacientes se aislaron al menos tres especies distintas de MC, aunque en la mayoría predominó *Pseudomonas aeruginosa multirresistente* (76%). La mediana de DT fue de 13 días y en todos los pacientes excepto en tres, las ICH fueron acordes. El hecho de optimizar el consumo de viales en los pacientes TAR (24%), supuso un ahorro al hospital de 126 viales y 8.135€. Desde el SF se consiguió, al menos en parte, optimizar la utilización de COL/TAZ y CAZ/AVI en los pacientes TAR.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

(Enlace al póster)

A PROPÓSITO DEL ENSAYO CLÍNICO HYGIA.

Romera García J M, Mayo Canalejo B, Pérez Serrano R, Franco Sereno M T, Rodríguez Martínez M. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivo: El estudio de cronoterapia Hygia, con más de 19.000 pacientes reclutados, publicado recientemente (octubre 2019 – European Heart Journal) demuestra que con la toma nocturna de antihipertensivos, el riesgo de enfermedad cardiovascular se reduce en un 45% (HR: 0.55; IC 95%: 0.50–0.61) y el riesgo de muerte cardiovascular se reduce a más de la mitad (-56%) respecto a la toma matutina tradicional (HR: 0,44; IC 95%: 0,34 - 0,56). El objetivo fue analizar si los resultados de dicho estudio han modificado la práctica habitual de prescribir los antihipertensivos por la mañana, y establecer acciones de mejora si fuera necesario.

Método: Estudio observacional transversal, en el que se incluyeron los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel y en una residencia sociosanitaria el 14 de Noviembre de 2019. Criterios de inclusión: >18 años en tratamiento con ≥1 antihipertensivos orales, prescritos en toma única diaria. La información se recogió revisando la prescripción electrónica y los informes de alta de la historia clínica informatizada.
Variables recogidas: edad, sexo, servicio, y número y tipo de antihipertensivos orales prescritos durante el ingreso y al alta.
Para establecer acciones de mejora se realizó una reunión de trabajo multidisciplinar (cardiología, medicina intensiva, medicina interna y farmacia hospitalaria).

Resultados: Se revisaron un total de 760 pacientes, 383 hospitalizados y 377 de la residencia.
De los hospitalizados, 182 (47,5%) tenían prescritos antihipertensivos orales y 88 cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 64,9 años, un 55,8% eran hombres y tomaban de media 1,92 antihipertensivos/paciente. Mayoritariamente pertenecían a servicios de Geriatría y Medicina Interna (representando ambos el 40%). Los antihipertensivos más prescritos fueron β-bloqueantes y diuréticos (42%), seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) (35%). El 80% lo tenían prescrito por la mañana, un 2% por la noche y el resto estaba indicado en otras pautas. En los informes al alta: 51% se les indicó tomarlo por la mañana, 39% no se les especificó el momento de tomarlo, 10% otras pautas y a ninguno se le indicó por la noche.
En cuanto a los pacientes de la residencia, 157 (41,6%) cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 85 años, siendo un 36,3% varones, y la media de antihipertensivos por paciente fue de 3,16. Antihipertensivos más prescritos: diuréticos (64%), IECAs (34%) y antagonistas de receptores de angiotensina-II (ARA II) (27%). De todos ellos, el 81% lo tenían prescrito por la mañana, el 19% en otras pautas y ningún paciente por la noche.
En la reunión multidisciplinar se acordó formar un grupo de trabajo con el objetivo de difundir las recomendaciones y consensuar herramientas para aumentar la prescripción nocturna de antihipertensivos.

Conclusión: A pesar de los resultados beneficiosos del estudio Hygia, los datos extraídos en esta revisión muestran que en la práctica, aún no ha repercutido en el cambio de la prescripción de antihipertensivos. Sería recomendable en un futuro medir el impacto que puedan tener las acciones de mejora consensuadas.

Conflicto de intereses: No.

(Enlace al póster)

ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB EN INDICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Del Pozo Carlavilla C, Pérez Alpuente I, Ruíz Sánchez S, Serna Serrano B, Collado Sanz JM. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

OBJETIVOS: Analizar la utilización del tratamiento con rituxumab (RTX) en condiciones distintas a las aprobadas en ficha técnica (uso off label). Determinar la evidencia que los avala y calcular el impacto económico.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, donde se incluyeron las solicitudes de uso de RTX en indicación fuera de ficha técnica (IFFT) recibidas en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital desde enero 2018 a enero de 2020.
Se registraron variables como: servicio médico solicitante, indicación por la que se solicita, posología, grado de evidencia, autorización por parte de la Dirección Médica (Si/No) y coste por tratamiento completo o por año.
Los grados de evidencia se basaron en "GRADE for practice guidelines" de UpToDate
Los datos económicos fueron extraídos del módulo de gestión económica del programa Farmatools-Dominion®.

RESULTADOS: Se tramitaron durante el periodo de estudio un total de 93 solicitudes de uso rituximab en IFFT, lo que supuso un 7% del total de medicamentos solicitadas en IFFT en nuestro hospital.
El 100% de ellas fueron autorizadas por la Dirección Médica del hospital.

Los servicios prescriptores de mayor a menor frecuencia fueron: Neurología 62%, Nefrología 19%, Dermatología 6%, Hematología 5%, Reumatología 2%, Medicina interna 2%, Pediatría 1% y Anestesia 1%.

Las indicaciones más comunes y nivel de evidencia para las que se solicitó el uso de RTX en IFFT fueron: 35 (37%) pacientes con Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva y nivel de evidencia 2B, 10 (11%) con Glomerulonefritis Membranosa (2C), 8 (9%) con Miastenia Autoinmune (2C), 7 (7%) con Linfomas (2C), 6 (X%) con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente (2A), 5 (5%) Púrpura Trombocitopénica Idiopática (2A), 5 (5%) con Neuromielítis Óptica (1C), 4 (4%) Rechazo agudo en diferentes tipos de trasplante de órgano sólido, 2 (2%) Nefritis Lúpica (2C) y 2 (2%) Vasculitis (2C).

Otras IFFT de RTX menos frecuentes, con un único paciente en cada caso y nivel de evidencia 2C, fueron: Síndrome Paraneoplásico Cerebral, Polineuropatía Desmielinizante, Paquimeninguitis Autoinmune, Encefalitis Autoinmune, Esclerosis Sistémica, Síndrome Sjögren, Polineuropatía Inflamatoria Desmielinizante, Hemofilia Adquirida Lupus Eritematoso Refractario, Pénfigo Foliáceo y Síndrome Antifosfolípidos.

El 17% de las solicitudes suponen un coste por paciente mayor de 5.000 € por tratamiento completo o por año.
El coste por tratamiento y el coste global de RTX en IFFT en el periodo de estudio fue de 4.003 € y 372.284 €.

CONCLUSIONES: RTX es solicitado por diversas especialidades, debido a su uso en numerosas patologías distintas. Las enfermedades en las que su uso se encuentra más extendido son de tipo neurológico y renal.
Pese a disponer de un nivel de evidencia bajo y un coste elevado de estos tratamientos la tasa de autorización de RTX en IFFT ha sido del 100% en el periodo del estudio.
El uso de RTX en IFFT supone un impacto económico importante dentro del gasto farmacéutico hospitalario.
Sería necesario ampliar los estudios para comprobar la efectividad en IFFT y optimizar así su utilización.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

(Enlace al póster)

EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

De la Calle Riaguas B, Romero Martín C, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, Casamayor Lázaro B, García Esteban B. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de pirfenidona y nintedanib en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y analizar la persistencia de los tratamientos desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital General (junio 2016–enero 2020) en pacientes con FPI en tratamiento con nintedanib o pirfenidona. Se recogen datos: demográficos (sexo y edad), de función pulmonar [capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) basal, a los 6 meses y a los 12 meses del inicio] y del tratamiento [duración, motivos de reducción de dosis o suspensión y efectos adversos (EA)].
Para valorar la efectividad, se consideró como falta de respuesta aquellos casos con reducción de CVF>10% y/o DLCO≥15% respecto al basal a los 6 y 12 meses posteriores del inicio. La seguridad se evaluó mediante el registro de EA y la persistencia se analizó recogiendo las suspensiones de tratamiento en los 12 primeros meses de tratamiento.
Los datos se obtuvieron del módulo de Dispensación a pacientes externos de Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI®.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes (31,3% mujeres) con edad media 72,5 años (57-84).
10 (62,5%) pacientes iniciaron el tratamiento con nintedanib y 6 (37,5%) con pirfenidona. Un paciente con nintedanib cambió a pirfenidona a los 20 meses del inicio.
Para evaluar la efectividad se dispone de datos de CVF y DLCO a los 6 y/o 12 meses en 8 (80%) pacientes con nintedanib y 4 (57,1%) pacientes con pirfenidona. De los pacientes con nintedanib, 4 (50%) mantuvieron la CVF y/o DLCO a los 12 meses, 2 (25%) tuvieron una reducción de CVF>10% y/o DLCO≥15% respecto al basal a los 6 meses y 2 (25%) a los 12 meses. De los pacientes con pirfenidona, 2 (50%) mantuvieron la CVF y/o DLCO a los 12 meses, 1 (25%) tuvo una reducción de CVF>10% y/o DLCO≥15% respecto al basal a los 6 meses y 1 (25%) a los 12 meses.
Presentaron EA 8 (80%) pacientes con nintedanib, requiriendo reducción de dosis 6 (75%) y suspensión de tratamiento 1 (12,5%). Los principales EA registrados fueron: diarrea (28,6%), pérdida de peso (21,4%) y dispepsia (14,3%). Con pirfenidona presentaron EA 4 (57,1%) pacientes, requiriendo reducción de dosis 1 (25%) y suspensión de tratamiento 2 (50%). El principal EA fue diarrea (28,6%).
La persistencia a los 12 meses de nintedanib fue de 7 (70%) pacientes (media de duración: 22,5 meses) y con pirfenidona 3 (42,9%) (media de duración:18,5 meses).

Conclusiones: Nintedanib y pirfenidona muestran estabilización a los 12 meses en el 50% de pacientes con datos de CVF y DLCO. El 31,5% continuó con el tratamiento pese a tener una reducción de CVF>10% y/o DLCO≥15% respecto al valor basal por lo que sería necesario establecer un protocolo multidisciplinar para la correcta evaluación de estos tratamientos. Los EA de ambos fármacos requirieron con frecuencia reducción de dosis, los más frecuentes fueron de tipo gastrointestinal. La persistencia a los 12 meses fue mayor con nintedanib.

Conflicto de intereses: Ninguno

(Enlace al póster)

ELABORACIÓN DE SOLUCIONES DE SELLADO ANTIBIÓTICO DE CATÉTERES INTRAVENOSOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Lavandeira Pérez M, de Juán-García Torres P, Pérez Maroto MT, Tardáguila Molina P, Yuste Gutiérrez A, Horta Hernández AM.
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS: La infección asociada al catéter es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. Estas infecciones pueden ser locales o sistémicas, como la bacteriemia, relacionada con una elevada morbimortalidad en estos pacientes. Existen 3 vias de entrada de los microorganismos al catéter: la contaminación del producto a infundir; la contaminación de la conexión y del espacio intraluminal, y la contaminación de la piel adyacente al lugar de inserción.

Cuando se produce esta infección, es necesario sellar la luz del catéter con altas concentraciones de antibióticos. La solución de antibióticos debe prepararse en condiciones de esterilidad para evitar posibles contaminaciones. Puesto que las unidades de enfermería no disponen de lugares adecuados para su preparación aséptica, es necesario centralizar la elaboración de estas preparaciones en el Servicio de Farmacia ya que se dispone de cabinas de flujo laminar adecuadas para su correcta elaboración.

El objetivo fue instaurar un protocolo de elaboración de soluciones de sellado antibiótico de catéteres intravenosos permanentes y centralizar su preparación en el Servicio de Farmacia.

MÉTODOS: En enero de 2019, se decidió centralizar la elaboración de soluciones de sellado antibiótico en el Servicio de Farmacia. Se realizó una búsqueda bibliográfica para ver cuáles eran las soluciones antibióticas más utilizadas en la práctica clínica. Se redactaron los diferentes protocolos de elaboración de las soluciones antibióticas y se añadieron al programa de prescripción electrónica Farmatools® para que pudieran ser visualizados en la orden médica del paciente.
Una vez establecido el sistema, se midieron las siguientes variables: tipo de sellado antibiótico, nº de preparaciones por paciente, servicio clínico prescriptor, tipo de catéter, toma de muestra del catéter, microorganismo aislado en el cultivo y resolucion de la infeccion.

RESULTADOS: Durante 2019 se han elaborado 330 soluciones de sellado de catéter para 18 pacientes, un 83,6% (n=276) soluciones de sellado de vancomicina 5 mg/ml + heparina 2500UI/ml y un 16,4% (n=54) de ceftacidima 10 mg/ml + heparina 2500UI/ml. La mediana del número de preparaciones por paciente fue de 15 (RIC 8-26). Un 44,4% fueron del Servicio de Hematología, 33,3% Oncologia, 11,1% Digestivo, 5,6% Endocrino y 5,6% Nefrología. El 100% de los pacientes tenía colocado un catéter venoso central permanente (50% tipo port-a-cath®, 44,4% tipo Hickman® y 5,6% otro tipo).
Se extrajeron muestras del catéter en un 55,6% de los pacientes donde se cultivaron en un 60% estafilococos (66,7% S.epidermidis, 16,7% S.aurius y 16,7% S.haemolyticus), 20% Pseudomonas aeruginosa, 10% Streptococo pyogenes y 10% E. coli multisensible.
En un 72,2% de los pacientes se resolvió la infección, en un 22,2% fue necesaria la retirada del catéter y en un 5,6% se produjo el éxitus durante el ingreso.

CONSLUSIONES: Establecer un protocolo de preparación de sellado de cateter centralizado en el Servicio de Farmacia es muy beneficioso para asegurar condiciones asépticas en su preparación y por tanto garantizar la seguridad del paciente. Además, facilita el trabajo del personal sanitario en cuanto a la prescripción por parte de los médicos y la preparación y administración por parte de enfermería.

No existe conflicto de intereses
.

(Enlace al póster)

USO Y EFECTIVIDAD DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN LA ANEMIA PREOPERATORIA

Yuste Gutiérrez, A1; Sánchez de Castro, M1; Pérez Maroto, MT1; Amorós Alfonso, B2, Tardáguila Molina, P1; Horta Hernández, AM1. Servicio de Farmacia Hospitalaria1. Servicio de Anestesiología y reanimación2. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Describir el uso de hierro carboximaltosa intravenoso y evaluar la efectividad en pacientes con anemia preoperatoria en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo basado en el análisis de la prescripción de hierro carboximaltosa de enero de 2017 a diciembre de 2018.
Los datos recogidos a través del programa de historia clínica fueron: datos demográficos (sexo, edad), dosis de hierro carboximaltosa, tipo de cirugía, riesgo de sangrado, número de transfusiones y días de hospitalización.
El riesgo de sangrado se clasificó en: alto, moderado y bajo (según Documento Consenso de la Sociedad Española de Cardiología, 2018: "Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico").
Se consideró efectivo el tratamiento con hierro carboximaltosa si se producía un incremento en la hemoglobina (Hb)≥1g/dl desde la administración del fármaco hasta el día de la cirugía.
También se evaluó si los pacientes alcanzaban niveles óptimos de Hb (≥12g/dl en mujeres, ≥13g/dl en hombres) en el día de la cirugía y si la dosis administrada de hierro carboximaltosa era la adecuada para cada paciente según ficha técnica (1.000 mg, dosis máxima diaria).
El protocolo para la corrección de la anemia preoperatoria del Hospital de Guadalajara considera que se alcanza respuesta adecuada al tratamiento a las 2-4 semanas de la administración de hierro carboximaltosa.
Se utilizó la prueba estadística t de Student mediante el programa SPSS v15.0.

Resultados: 104 pacientes fueron tratados con Fe carboximaltosa (20 excluidos: 14 sin cirugía y 6 sin datos de Hb preoperatoria). El 44,2% fueron mujeres. La mediana de edad fue 72 años (RIC:59-81,8). La cirugía más frecuente fue digestiva (68,8%). El 23,3% de los pacientes tenían un riesgo de sangrado alto, el 73,3% riesgo moderado y el 2,3% riesgo bajo.
La mediana del incremento de Hb fue de 0,7g/dl (RIC:-0,15-1,5). La mediana de días transcurridos entre la administración de hierro carboximaltosa y el día de la cirugía fue 13 (RIC:7,5-23). El 35% de los pacientes alcanzaron un incremento en la Hb≥1g/dl. El 11% de los hombres y el 43,5% de las mujeres habían alcanzado niveles óptimos de Hb en el momento de la cirugía.
La dosis diaria prescrita de hierro carboximaltosa no fue adecuada en 4 pacientes, por sobredosificación.
El 38,4% de los pacientes fueron transfundidos tras la cirugía. La media de días de hospitalización en pacientes transfundidos fue 20,7 vs 6,2 en no transfundidos ($p<0,05$).

Conclusiones: La mediana de los días entre la administración de hierro carboximaltosa y el día de la cirugía no es suficiente para obtener un adecuado incremento de Hb, según el protocolo de actuación del Hospital de Guadalajara. Así como, tampoco es suficiente para alcanzar niveles óptimos de Hb.
Algunos pacientes tienen prescrita una dosis de hierro carboximaltosa superior a la máxima permitida para el día de administración según ficha técnica.
Los pacientes transfundidos permanecen más días hospitalizados frente a los que no reciben transfusiones.
Se va a realizar un estudio analizando si la dosis empleada de hierro es adecuada según las características basales de cada paciente.

Sin conflicto de intereses

(Enlace al póster)

EVALUACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

Juliá Luna FJ, Casamayor Lázaro B, García Esteban B, Romero Martin C, De la Calle Riaguas B, Gómez Espinosa P. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina

Objetivos: Clasificar y evaluar el riesgo tromboembólico según factores de riesgo de cada paciente y analizar la adecuación de la tromboprofilaxis farmacológica realizada en el momento de su ingreso en servicios quirúrgicos (Traumatología y Cirugía) de un Hospital General.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de un mes de duración (enero 2019), que incluyó a todos los pacientes en el momento de su ingreso. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, medicamento tromboprofiláctico prescrito, dosis y servicio.
Se identificaron los pacientes y su tratamiento a través de la aplicación Gestión de Unidosis del programa Farmatools®, se revisaron las historias clínicas para detectar los factores de riesgo mediante el programa Mambrino XXI® y las fichas técnicas para las dosis del tratamiento farmacológico.
Para evaluar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) se utilizó la Escala de Caprini modificada, basada en situaciones clínicas definidas y la presencia de factores de riesgo predisponentes en cada paciente.
En función del valor obtenido se clasifica al paciente: riesgo muy bajo (valor = 0), bajo (1-2), moderado (3-4), alto (≤5). En pacientes con riesgo moderado y alto se recomienda profilaxis farmacológica, mientras que en aquéllos con riesgo bajo se recomienda profilaxis mecánica.
Los datos fueron recogidos en tabla Excel.

Resultados: Ingresaron 111 pacientes (57 del servicio Traumatología y 54 de Cirugía), con una media de 67 años (rango 20-94 años) siendo 63 mujeres (57%).
Los pacientes con riesgo bajo fueron 21 (19%): 12 de Cirugía y 9 de Traumatología; con riesgo moderado fueron 33 (30%): 19 de Cirugía y 14 de Traumatología; y con riesgo alto 57 (51%): 23 de Cirugía y 34 de Traumatología.
De los pacientes con riesgo moderado tuvieron tratamiento profiláctico 21 (66,6%): 11 pacientes de Cirugía y 10 de Traumatología; y con riesgo alto 51 (89,5%): 19 de Cirugía y 32 de Traumatología.
Entre los pacientes que cumplían criterios y no se les prescribió tratamiento profiláctico fueron 12 con riesgo moderado (36.4%): 8 de Cirugía y 4 de Traumatología y con riesgo alto 3 (5,3%) todos de Cirugía. Del total de pacientes sin pauta tromboprofiláctica, el 80% pertenecían al servicio de Cirugía.
Todos los pacientes recibieron enoxaparina como fármaco tromboprofiláctico, cuya dosis en riesgo moderado es 2000 UI (20 mg) cada 24 horas y en riesgo alto 4000 UI (40 mg) cada 24 horas. Entre los pacientes con riesgo alto 3 (5,3%) tuvieron prescritas dosis superiores a las profilácticas.

Conclusiones: Tras realizar una valoración individualizada de los factores de riesgo de ETEV se observó que en el 13,51% de pacientes su tratamiento no fue adecuado a pesar de tener factores de riesgo para la introducción de pauta tromboprofiláctica, siendo el servicio de Traumatología el que mejor adecuó la prescripción de tratamientos a los riesgos del paciente.
En base a nuestros resultados, sería importante establecer pautas de actuación para identificar desde el ingreso el riesgo individualizado de ETEV y realizar un seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes para evaluar y evitar riesgos asociados.

Conflicto de intereses: ninguno.

(Enlace al póster)

UN ANUNCIO EN LAS AFUERAS: EFECTOS ADVERSOS DE PLEINVUE®: CASOS Y NOTIFICACIONES A FARMACOVIGILANCIA

González Suárez, S., Martínez Camacho, M., Carmona Lambooy, S.M., Santos Azorín, A., Rodríguez Jiménez, E., García Marco, D.

Objetivo: Ante la notificación de una enfermera del hospital al farmacéutico por 2 pacientes con efectos adversos graves asociados a Pleinvue® (utilizado en la preparación para la evacuación intestinal previa a un procedimiento diagnóstico), se decide revisar estos casos comunicados y ver la prevalencia de efectos adversos en el sistema español de notificación de Farmacovigilancia.

Métodos: Entre abril y noviembre de 2019 se dispensaron 36 Pleinvue®, de ellos sólo se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les prescribió a través de la prescripción electrónica. En aquellos casos en los que se encontró un efecto adverso grave, se decide revisar la historia clínica de los pacientes afectados junto con el médico prescriptor. Posteriormente, se consulta la base de datos FEDRA (Farmacovigilancia Española: Datos de las sospechas de Reacciones Adversas) para analizar las notificaciones registradas asociadas a Pleinvue®.

Resultados: De los 6 pacientes prescritos con Pleinvue® a través de la prescripción electrónica durante el ingreso se excluyó 1 porque no llegó a tomarse ninguna dosis. Los 5 pacientes estudiados eran todos ellos hombres con una media de edad de 84 años (77-92). 2 (40%) de ellos presentaron efectos secundarios graves: en el primero tras tomar el primer sobre comenzó con náuseas, vómitos y dolor abdominal, tan intensos que no pudo continuar con la siguiente dosis; el segundo paciente tras la toma presentó vómitos y dolor abdominal sin conseguir deposición efectiva, presentando posteriormente incarceración de hernia inguinal y perforación abdominal secundaria con acidosis metabólica severa y deterioro de función renal con el consiguiente fallecimiento del paciente. Se notifican ambos casos a Farmacovigilancia.
Desde la comercialización de Pleinvue® (25 de mayo de 2018) se han registrado en la Base de datos FEDRA 14 notificaciones en 6 hombres, 6 mujeres y 2 registrados como desconocidos, con una edad media de 67 años (31-91) y presentando un total de 29 reacciones adversas de 20 tipos diferentes. Las más frecuentes han sido trastornos gastrointestinales 13 (44,82%) y trastornos de piel y tejido subcutáneo 6 (20,68%). Excluyendo las 2 nuestras, figuraban 2 notificaciones graves (síncope e hipotensión y mareo), haciendo un total de 4 notificaciones de casos graves (28,57%).
Tras estos hallazgos se decidió sustituir éste preparado por otro Macrogol 3350.

Conclusiones: Se debe tener precaución con las preparaciones que se utilizan para la evacuación intestinal en el anciano, ya que pueden ser más susceptibles a presentar efectos adversos graves. Además, la importancia de la vigilancia de los medicamentos una vez comercializados en condiciones reales de uso nos aportará información sobre su seguridad, especialmente en circunstancias y poblaciones excluidas en los ensayos clínicos. Destacar también, el valor y la repercusión de notificar para difundir los hallazgos en FEDRA como fuente de conocimiento para cualquier profesional sanitario.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

(Enlace al póster)

INTERCAMBIO TERAPÉUTICO DE TAMSULOSINA POR DOXAZOSINA EN HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Perez Alpuente, I. Ruiz Sanchez, S. Mora Lucas, C. Serna Serrano, B. Del Pozo Carlavilla, C. Collado Sanz, JM. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO: El tratamiento de los síntomas asociados a la hiperplasia prostática benigna (HPB) incluye fármacos inhibidores del receptor α1. Entre estos, tamsulosina actúa selectivamente a los receptores α1, mientras que doxazosina no presenta esta selectividad de manera que produce una reducción clínicamente significativa de la presión arterial. El programa de intercambio terapéutico de nuestro hospital incluye el intercambio de tamsulosina por doxazosina, lo que puede afectar a la tensión arterial (TA) de los pacientes. El objetivo del estudio es conocer la utilización del intercambio terapéutico de tamsulosina por doxazosina en pacientes ingresados en base a sus efectos sobre la TA.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron pacientes ingresados desde el 15 de enero 2020 hasta el 15 de febrero de 2020 con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna y tratamiento domiciliario con tamsulosina. Las variables que se recogieron incluyen: diagnóstico de HPB, diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), reintroducción de tamsulosina, intercambio de tamsulosina por doxazosina por parte del médico o farmacéutico, TA sistólica media durante el ingreso, TA diastólica media durante el ingreso, % de pacientes que reintroducen tratamiento tamsulosina, % de pacientes en los que el médico sustituye directamente por doxazosina y el % de pacientes donde el farmacéutico intercambia a doxazosina. Se monitorizaron las TA durante el ingreso, clasificándose como pacientes con TA elevada si mantenían la TA sistólica media (TASM) por encima de 140 mmHg y/o TA diastólica media (TADM) por encima de 90 mmHg; TA correcta si mantenían la TASM entre 120 y 139 mmgHG y/o TADM entre 60 y 89 mmHG; y TA baja si mantenían TASM por debajo de 120 mmHg y/o TADM menor de 60 mmHg.

RESULTADOS: 51 pacientes con diagnóstico de HPB y tratamiento con tamsulosina domiciliaria. 2 pacientes no toleraban medicación por vía oral. Se reintrodujo tamsulosina en 29 pacientes (57%), de estos, el farmacéutico lo intercambio por doxazosina en 14 pacientes y los 15 restantes lo aportaron ellos. El médico intercambió a doxazosina en 5 pacientes. TA en pacientes con doxazosina e HTA diagnosticada: 2 pacientes (10,5%) TA baja, 6 pacientes (31,6%) TA correcta y 14 pacientes (73,7%) TA alta. TA en pacientes con doxazosina sin HTA diagnosticada: 1 paciente TA correcta y otro paciente TA baja. TA en pacientes con tamsulosina e HTA diagnosticada: 3 pacientes (20%) TA alta, 10 pacientes (67%) TA correcta y 2 pacientes (13%) TA alta.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con doxazosina mantenían TA elevadas o correctas. Esto podría deberse a que los médicos preferían el intercambio terapéutico de tamsulosina por doxazosina en pacientes con TA no controladas durante el ingreso que podrían beneficiarse del efecto hipotensor. Los pacientes que mantenían tamsulosina presentaban mayoritariamente TA correctas o bajas. El médico podría preferir mantener tamsulosina para evitar el efecto hipotensor de doxazosina que empeorase los niveles de TA. La introducción de tamsulosina en la guía farmacoterapéutica del hospital podría ser una opción deseable por los médicos en base a los resultados obtenidos.

No existe conflicto de intereses

(Enlace al póster)

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA: EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN AL PROTOCOLO

Mayo Canalejo B, Romera García J M, Pérez Serrano R, Franco Sereno M T, Rodríguez Martínez M. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Objetivos: Una adecuada profilaxis antibiótica es la principal medida de prevención de infecciones de lugar quirúrgico. Por contra, prolongar excesivamente su duración puede derivar en un aumento de efectos adversos y del riesgo de adquirir una infección por *Clostridium difficile* sin reducir el riesgo de contraer otras infecciones, principal objetivo de esta intervención. Además, un uso apropiado de los antibióticos es crucial para reducir el riesgo de aparición de posibles resistencias, un problema actual y relevante en nuestro medio.
El objetivo de este estudio fue conocer el grado de adecuación de la profilaxis antibiótica pautada en los diferentes servicios quirúrgicos de nuestro hospital, respecto al actual protocolo local consensuado en la Comisión de Infecciones, Política Antibiótica y Profilaxis, publicado en el mes de mayo de 2017.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado durante los meses de octubre y noviembre de 2019 en un hospital de tercer nivel. Se estableció un plan de revisión diario según servicio quirúrgico: Traumatología (lunes), Ginecología (martes), Cirugía Maxilofacial (CMF), Otorrinolaringología (ORL) y Urología (miércoles), Cirugía General y Digestivo (CGD), Neurocirugía, Angiología y Cirugía Vascular (ACV) y Oftalmología (viernes). Mediante revisión de la prescripción electrónica y la historia clínica se recogieron los siguientes datos: servicio, tipo de cirugía, antibiótico, pauta posológica, duración, alergias y médico prescriptor. La prescripción se consideró correcta si los tres parámetros: antibiótico, pauta posológica y duración, eran correctos. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en algún servicio quirúrgico durante un postoperatorio. Criterios de exclusión: pacientes con tratamiento antibiótico previo a la cirugía, cirugías sin ingreso, y embarazadas con tratamiento profiláctico para estreptococo B.

Resultados: Se incluyó un total de 261 pacientes. Los servicios mayoritarios fueron CGD (37,93%) y Traumatología (26,05%). La profilaxis se consideró inapropiada en 177 cirugías (67,8%): antibiótico inapropiado (24,1%), pauta posológica inapropiada (21,8%) y duración inapropiada (57,3%). El mayor porcentaje de error se observó en la duración de la profilaxis, excesiva en 122 cirugías (91%) y demasiado corta en 12 (9%). Los servicios que más prolongaron la profilaxis fueron Traumatología (73%) y Urología (77%). La distribución de servicios quirúrgicos, de menor a mayor tasa de error, fue: CGD (51,51%), Ginecología (54,54%), ACV (60%), Neurocirugía (71,43%), Traumatología (73,53%), CMF (88,89%), ORL (100%), Urología (100%).

Conclusiones: El grado de adecuación de la profilaxis antibiótica quirúrgica al protocolo local es mejorable, siendo la duración excesiva el principal problema relacionado con la medicación (PRM) detectado. Como limitación del estudio, no se recogieron datos referentes a infecciones o colonizaciones previas, que podrían justificar la prescripción de antibióticos al margen del protocolo. Otro sesgo es que no se ha evaluado la hora de administración ni si excepcionalmente existió necesidad de segunda dosis profiláctica, lo cual probablemente reduciría el grado de adecuación al protocolo. Dos posibles estrategias que podrían ayudarnos a mejorar los resultados son: 1) revisar y actualizar el protocolo para incorporar nuevas evidencias que hubieran aparecido desde su publicación, y 2) desarrollar un plan de formación periódico y difusión del protocolo para los profesionales sanitarios responsables de pautar el tratamiento profiláctico.

Conflicto de intereses: ninguno.

(Enlace al póster)

ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN NO INCLUIDA EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA: SEGUIMIENTO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Gómez Espinosa, P; Romero Martín, C; de la Calle Riagüas, B; Juliá Luna, FJ; García Esteban, B. Servicio de Farmacia. Hospital General Nuestra Señora del Prado.

OBJETIVOS: Analizar la medicación prescrita como no incluida en guía farmacoterapéutica (MNGFT) en un sistema de prescripción electrónica de reciente implantación, evaluando las causas de esa prescripción así como servicios prescriptores y grupos terapéuticos.

MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, analítico e intervencionista en un hospital de segundo nivel en el periodo de un mes (12-03-19/11-04-19) en pacientes ingresados con MNGFT.
Se recogen: datos del paciente (número de historia), servicio, medicación prescrita y grupo terapéutico, e intervenciones farmacéuticas.
Las intervenciones farmacéuticas fueron clasificadas en: Explicativas, cuando el farmacéutico valida la línea de prescripción MNGFT y ve en la descripción que si está en GFT; Programa intercambio terapéutico (PIT), cuando en la descripción es un medicamento no incluido y se puede sustituir según PIT por un equivalente terapéutico incluido en guía o en su defecto su adquisición.
Los datos se obtuvieron del módulo de unidosis Farmatools® e historia clínica Mambrino XXI® y se recogieron en tabla Excel 2007®.

RESULTADOS: Se evaluaron 92 prescripciones MNGFT:
El 64.1% (59) no estaban incluidas en guía. Se realizaron 18 intervenciones PIT con un grado de aceptación del 55.5% (10). De las no aceptadas el 75.0% (6) estaban siendo aportadas por el paciente. El 13.5% (8) no se pudieron sustituir según PIT y tampoco eran aportadas. El 55.9% (33) eran medicaciones domiciliarias aportadas por el paciente.
El 35.9% (33) estaban incluidas en GFT. Se hicieron 16 intervenciones explicativas. El 51.5% (17) las aportaba el paciente. Los grupos mayoritarios fueron: vitaminas 9.8% (9), inhaladores antiasmáticos 9.8% (9), antihipertensivos y diuréticos 7.6% (7), presentaciones férricas 6.5% (6), antidepresivos 6.5% (6), premedicación para quimioterapia (montelukast) 6.5% (6), colirios 5.4% (5), antirretrovirales 5.4% (5), antineoplásicos hormonales 4.3% (4), fármacos para la hipertrofia benigna de próstata 4.3% (4), laxantes 4.3% (4) y antidiabéticos 3.2% (3).
El 36.9% (34) pertenecieron al servicio de Traumatología, siendo el 58.8% (20) de sus prescripciones aportadas por el paciente. El 17.4% (16) fueron de Medicina Interna, el 13.0% (12) de Hematología, el 7.6% (7) de Cirugía general y Digestiva y el 25.0% (23) restante por otros servicios.

CONCLUSIONES: De la medicación prescrita MNGFT el 64.1% no estaba incluida en guía. De dicha medicación el 55.9% la aportaba el paciente. Las intervenciones PIT tuvieron un grado de aceptación del 55.5%. Del 13.5% no se pudo proponer una sustitución según PIT, en su mayoría fueron antidepresivos y fibratos.
El 35.9% estaban en guía. De éstas, el 51.5% las aportaba el paciente. Se realizaron 16 intervenciones explicativas poniéndose de manifiesto un desconocimiento de los principios activos incluidos en guía.
Es importante mantener una formación continuada de los facultativos tras la implantación de una prescripción electrónica.
Debido al alto porcentaje de medicación procedente del domicilio es importante una adecuada gestión de la misma.
Sería interesante mejorar el sistema de difusión de la medicación incluida en guía farmacoterapéutica.

No existe conflicto de intereses
.

(Enlace al póster)

MANEJO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS SIN PELIGRO

González Suárez S., Labrador Andújar N., Domínguez Barahona A., López Álvarez R., Toledo Davia M.A., Moya Gómez P.

Objetivo: Los medicamentos peligrosos (MP) se consideran aquellos que representan una o más de las siguientes características: carcinogenicidad, teratogenicidad, toxicidad reproductiva, toxicidad en los órganos a dosis bajas, genotoxicidad y nuevos medicamentos con perfiles de estructura y toxicidad similar a medicamentos existentes que se determinaron como peligrosos. La NIOSH (Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional) creó en 2014 una guía donde clasifica los MP en 3 grupos: MP1: fármacos antineoplásicos. MP2: medicamentos no antineoplásicos que cumplen al menos uno de los criterios anteriores. MP3: medicamentos que presentan riesgo para el proceso reproductivo, (hombres y mujeres, mujeres embarazadas o en lactancia), pero que no conllevan ningún riesgo para el resto del personal. El Servicio de Salud de Castilla la Mancha creó una guía local, adaptada de la información sobre el manejo de los MP recogida en el documento del Ministerio de Sanidad de España basado en la guía NIOSH. El objetivo es establecer en nuestro hospital las medidas propuestas en la guía con el fin de minimizar la exposición de los trabajadores y formar al personal implicado en el manejo de los MP.

Métodos: Se revisaron todos los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica y se clasificaron en MP1, MP2 y MP3. Se adoptaron diferentes medidas sobre identificación y manipulación de los MP. Para la identificación se etiquetó individualmente cada MP y se identificó las estanterías donde se encontraban ubicados. Según su manipulación, clasificamos los MP en administración intravenosa u oral y se buscaron alternativas en las que el manejo y la administración de los MP fuera más seguro.

Resultados: Se obtuvieron 301 MP (167 MP1, 69 MP2, 65 MP3). En las estanterías y en el embalaje individual, incluimos pegatinas de advertencia con siglas y símbolos que representan cada grupo. Los MP1 (167) a su vez se separaron de los otros MP en un área diferente (nevera (63) y estantería (104)). De acuerdo con la manipulación, cuando sea necesario fraccionar o triturar los comprimidos de MP (80) se buscaron alternativas comercializadas, como suspensiones orales (17) para reducir la exposición al polvo del personal sanitario. En aquellos sin una alternativa comercializada (63), 19 se prepararon como fórmula magistral y 44 se propuso la dispersión de los comprimidos en jeringa. Los MP1 (73) y MP2 (3) intravenosos se preparan en CSBIIA utilizando un dispositivo cerrado de transferencia de fármacos, excepto la fenitoína (MP2) por su corta estabilidad diluida. Por este motivo para el uso de fenitoína en las unidades de hospitalización, se recomienda utilizar equipos de protección individual para su preparación. Además de las medidas llevadas a cabo, se impartieron 8 sesiones formativas, a todo el personal involucrado en la manipulación o preparación.

Conclusiones: Estas medidas proporcionan una mayor seguridad a todo el personal sanitario gracias a la información que se aporta sobre los MP y los procedimientos llevados a cabo para el correcto manejo de estos fármacos. Aunque conlleva un aumento de trabajo establecerlas, aportan un gran beneficio al evitar efectos indeseables.

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses

(Enlace al póster)