

# LIBRO DE RESÚMENES

**SOCIEDAD CASTELLANOMANCHEGA  
DE FARMACIA HOSPITALARIA**

## **XVI JORNADA CIENTÍFICA DE LA SCMFH**

**TOMELLOSO, 6-7 DE MAYO DE 2022**

### **Lugar:**

Salón de Actos del  
Hospital General de Tomelloso

Vereda de Socuéllamos s/n

### **COMITÉ CIENTÍFICO**

**PRESIDENTE**

Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez

**VOCALES**

Dra. Ana Isabel Fernández Marchante

Dr. Francisco Miguel Ferrer Soler

Dra. Cristina Blázquez Romero

Dra. María Blanco Crespo

Dra. M<sup>a</sup> Teresa Franco Sereno

Dra. Inmaculada Martín Niño

Dra. Esther Domingo Chiva

Dra. Patricia Tardaguila Molina

Dra. Lorena Ruiz González

Dra. M<sup>a</sup> Mar Alañón Pardo

Dra. María Díaz Rangel

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

**PRESIDENTE:**

Dr. José Javier Márquez Nieves

**VOCALES:**

Dra. Piedad López Sánchez

Dr. Tomás Sánchez Casanueva

Dr. David García Marco

Dra. María Luisa Moreno Perulero

Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez

**SOCIEDAD CASTELLANOMANCHEGA DE FARMACIA HOSPITALARIA**

**Viernes, 6 de mayo de 2022**

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

17:00 h - 17:30 h. Reunión de Residentes. Hospital General de Tomelloso. Aula 2.

17:30 h. Bienvenida. Moderado por: Miembros del Comité Organizador.

- Presentación de la ONG Fundación Kirira. *Sra. D<sup>a</sup> M<sup>o</sup> Estrella Giménez Buiza, Presidenta de Fundación Kirira.*
- Presentación de los logos finalistas para la nueva imagen de la SCMFH. *Alumnos/as de la Escuela de Arte y Superior de Diseño Antonio López de Tomelloso.*

18:00 - 19:30 h. Compartiendo Experiencias en los Hospitales de Castilla La Mancha.

Moderado por: *Dr. Tomás Sánchez Casanueva, Servicio de Farmacia Hospitalaria. GAI de Manzanares.*

1. Implantación de la Red de Antídotos en Castilla La Mancha. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Dra Belén Serna Serrano.*
2. Implementación de la Prescripción Electrónica en el área de Pacientes Externos: VIH, enfermedades inmunomediadas, etc. Hospital General Universitario de Toledo. *Dra Araceli Fernández-Corada Sánchez.*
3. Telefarmacia en Pacientes Externos con envío a domicilio y de su evolución hasta el día de hoy. Hospital General de Tomelloso. *Dra. Piedad López Sánchez.*
4. Integración de dos CSS en la HC de MXXI a través de la PEA. Hospital General Universitario de Ciudad Real. *Dra Patricia Nieto Sandoval Martín de la Sierra.*
5. Resultados del proyecto No reenvases por desconocimiento. Hospital Nacional de Paraplégicos. *Dr David García Marco.*
6. Experiencia PROA en una Gerencia de Atención Integrada: coordinación entre niveles asistenciales. Hospital General La Mancha Centro. *Dra Clara Notario Dongil.*

21:30 h Cena de bienvenida.

**Sábado, 7 de mayo de 2022**

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

- Dra. Regina Leal Eizaguirre. Directora Gerente del SESCAM.
- Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Inmaculada Jiménez Serrano. Alcaldesa de Tomelloso
- D. Cesár Moreno Chocano. Director Gerente GAI de Tomelloso.
- Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Presidente SCMFH.
- Dr. José Javier Márquez Nieves. Presidente del Comité Organizador.

10:00 – 11:30 h Mesa Redonda: Esofagitis eosinofílica: abordaje interdisciplinar.

Modera: *Dra. Piedad López Sánchez, Servicio de Farmacia Hospitalaria. GAI de Tomelloso.*

- Dr. Alfredo J. Lucendo Villarín. Servicio de Digestivo. GAI de Tomelloso.
- Dr. Jesús González Cervera. Servicio de Alergología. GAI de Tomelloso.
- Dr. Francisco M. Ferrer Soler. Servicio de Farmacia Hospitalaria. GAI de Tomelloso.

11:30 – 12h: Café + Votación del logo.

12:00 h Presentación Oral de las Mejores Comunicaciones.

Modera: *Dra. Ana Isabel Fernández Marchante, Servicio de Farmacia Hospitalaria. GAI de Villarrobledo.*

13:00 – 13:15 h Presentación del Libro: “Farmacia Clínica y Terapéutica. Tomo II. El Farmacéutico Hospitalario en oncología”

*S. de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

13:15 – 13:30 h Entrega de Premios a la Mejor Comunicación Oral y al autor/a del nuevo logo de la SCMFH.

Presidentes de Comités científico y organizador: *Dr. Juan Carlos Valenzuela y Dr. José Javier Márquez Nieves.*

13:30 – 14:30 h Asamblea General Ordinaria de la SCMFH. Junta directiva SCMFH.

**COMUNICACIONES ORALES.....7**

ATENCIÓN FARMACEÚTICA TELEMÁTICA A PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN PANDEMIA COVID19: UN RETO PARA LA TELEFARMACIA ..... 7

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB VERSUS TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO ..... 8

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRESHAP EN EL LINFOMA DE HODKING REFRACTARIO O EN RECAÍDA ..... 9

REACCIÓN TOXICO-CUTÁNEA EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA TRAS EL USO DE VENETOCLAX..... 10

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ..... 11

**COMUNICACIONES PÓSTER.....11**

PEMBROLIZUMAB, ¿MÁS DOSIS, MÁS EFECTIVIDAD?..... 12

NUEVAS ARMAS FRENTE AL SARS-COV-2: PRIMEROS RESULTADOS EN LA VIDA REAL ..... 13

UN ALIADO EN LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS. FOSFOMICINA. .... 14

ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH ..... 15

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA..... 16

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON UNA FORMULACIÓN DE BUDESÓNIDA ..... 17

FORMULACIÓN DE MORFINA 0,1% EN GEL PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS TUMORALES DOLOROSAS. A PROPÓSITO DE UN CASO. .... 18

HUMANIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR MEDIO DE PACIENTES CORRESPONSABILIZADOS CON SU TRATAMIENTO ..... 19

EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENDOCRINOPATÍAS INMUNOMEDIADAS EN PACIENTES TRATADOS CON NIVOLUMAB..... 20

EXPERIENCIA CON MEDICAMENTOS CAR-T EN UN HOSPITAL DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA ..... 21

¿SE CUMPLE EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9?..... 22

ADECUACIÓN DEL PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 23

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA ...	24
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA .....	25
TERAPIA COMBINADA DE AGONISTAS DEL GLP-1 E INHIBIDORES DE LA DPP4. LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA APORTA VALOR. ....	26
PRIMERA EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA MONITORIZACIÓN DE CONCENTRACIONES DE VORICONAZOL .....	27
RESULTADOS EN SALUD DE GUSELKUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE	28
IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: RESULTADOS EN SEGURIDAD .....	29
DEXTROMETORFANO EN EL TRATAMIENTO/PROFILAXIS DE ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA POR METOTREXATO EN PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	30
ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS AL INGRESO EN GERIATRÍA. ....	31
EVALUACIÓN DE INDICACION, COSTES DE USO Y EFECTIVIDAD DE CEFIDEROCOL.....	32
EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.....	33
EXPERIENCIA DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....	34
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO .....	35
PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA INGRESADOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.....	36
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE FARMACIA ONCOLÓGICA. ....	37
EXPERIENCIA INICIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL .....	38
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN UN HOSPITAL GENERAL.....	39
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN UNHOSPITAL DE TERCER NIVEL	40
ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS .....	41
FORMULACIÓN DE UNA CREMA ANESTÉSICA TÓPICA PARA LA PREVENCIÓN DEL DOLOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN VAGINAL DE ÁCIDO HIALURÓNICO .....	42
IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA.....	43

ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO FARMACO-CLÍNICO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA Y RESULTADOS EN SALUD .....	44
EVALUAR LA ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO FÁRMACO-CLÍNICO (PFC) DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES DIRIGIDOS CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN LA PROFILAXIS DE MIGRAÑA, ASÍ COMO LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS.....	44
SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON REMDESIVIR EN CASTILLA-LA MANCHA .....	45
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RAMUCIRUMAB EN CÁNCER GÁSTRICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL .....	46
ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA Y CONCILIACIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS CON MÁS DE 20 PRINCIPIOS ACTIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	47
AGONISTAS DEL GLP-1. EN BUSCA DEL POSICIONAMIENTO ADECUADO.....	48
EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM MÁS AZTREONAM .....	49
EXPERIENCIA DE USO DEL REGIMEN SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. ¿QUE HA OCURRIDO CON LOS PACIENTES QUE HEMOS TRATADO? .....	50
¿CONOCEMOS LA REALIDAD DEL MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL? .....	51
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN DE QUIMIOTERAPIA MASINMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO .....	52
CARACTERÍSTICAS Y VACUNACIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 EN UN HOSPITAL TERCIARIO. 53	
ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN RELACIÓN A TRATAMIENTOS DISPENSADOS A NIVEL HOSPITALARIO PARA CENTROS SOCIOSANITARIOS.....	54
UTILIZACIÓN DE DARBEPOETINA Y EPOETINA ALFA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ANEMIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	55
ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE DURVALUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. PRIMEROS RESULTADOS DEL USO DE DURVALUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.....	56
USO DE DOSIS OFF-LABEL DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA MUCORMICOSIS.....	57
SUNITINIB VS TIVOZANIB. COMPARATIVA SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL .....	58
CEFIDEROCOL: NUEVO MECANISMO, NUEVA ESPERANZA.....	59
ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B. ....	60
EXPERIENCIA EN LA TERAPIA DIRIGIDA CON ALECTINIB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ALK POSITIVO. RESULTADOS DEL USO DE ALECTINIB EN LA VIDA REAL.....	61

“KEEP CALM AND ADAPT”¿ESTAMOS AVANZANDO EN EL ÁREA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES EXTERNOS? EVALUACIÓN DE LA APERTURA DE UNA NUEVA CONSULTA EN UNA GAI..... 62

ESTRATEGIA DE RESCATE EN LA ENFERMEDAD DE CHRON: REINDUCCIÓN INTRAVENOSA DE USTEKINUMAB..... 63

ANÁLISIS DE TOFACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN NUESTRA PRÁCTICA ACTUAL. UN PASO ADELANTE EN SEGURIDAD..... 64

## COMUNICACIONES ORALES

### ATENCIÓN FARMACEÚTICA TELEMÁTICA A PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN PANDEMIA COVID19: UN RETO PARA LA TELEFARMACIA

*Juliá Luna FJ, De la Calle Riaguas B, Piqueras Romero C, Gómez Espinosa P, Criado Rubio B, Alonso Salmerón FJ. Hospital Nuestra Señora del Pardo. Talavera de la Reina, Toledo.*

#### OBJETIVOS

El programa de telefarmacia (PTF) es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación. El objetivo de este estudio es analizar los envíos de antineoplásicos orales (AOs) a domicilio realizados en un PTF y evaluar el grado de satisfacción de los pacientes oncohematológicos (POH) incluidos en el mismo.

#### MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un Hospital General (abril 2020 – enero 2022) en POH adheridos a un PTF y envío a domicilio. Los criterios establecidos para incluir a POH en el PTF fueron: consulta médica (CM) telemática o tiempo entre CM superior a 5 meses, patología crónica estable, buena adherencia al tratamiento y dificultad de desplazamiento para recoger la medicación en el hospital.

Se utilizó la aplicación Dispensación de Pacientes Externos del programa Farmatools® y el programa Mambrino XXI® para recoger las variables: edad, sexo, número de dispensaciones realizadas (cada dispensación corresponde a un mes de tratamiento), AOs dispensados, localidad, año de inicio y duración del paciente en PTF.

Se realizó una encuesta anónima (enero de 2021) de manera telefónica. Ésta incluía cuatro ítems para valorar:

- Satisfacción con el PTF (si/no).
- Atención farmacéutica adecuada en consultas telefónicas (si/no).
- Método y entrega del envío de medicación (correcto/incorrecto).

Valoración global (1-10).

Se elaboró una tabla Excel para llevar a cabo el análisis de los datos.

#### RESULTADOS

Se valoraron 20 pacientes (80% hombres) con una media de edad de 75 años (rango (r)= 34-91).

Se realizaron un total de 145 dispensaciones, obteniendo una mediana de 5 (r=1-20) por paciente, correspondientes a 5 meses de tratamiento.

Se dispensaron 12 AOs diferentes, siendo los principales: ruxolitinib (20%), ibrutinib (20%), abiraterona (10%) y venetoclax (10%).

Los envíos se distribuyeron entre 15 localidades diferentes de una misma área integrada de salud.

En 2020 se incluyeron en el PTF al 65% (n= 13) de pacientes, con una mediana de 2 (r= 1-20) meses de duración en el PTF y en 2021 al 35% (n= 7), con una mediana de 10 (r= 2-12) meses.

Se realizaron encuestas telefónicas al 90% (n= 18) de pacientes. El 100% (n= 18) estuvo satisfecho con el PTF y la atención farmacéutica recibida. El 83% (n= 15) estuvo satisfecho con el método y entrega del envío de medicación. La media de la valoración global del PTF fue de 8.99 (r= 8-10).

#### CONCLUSIONES

El número de dispensaciones de AOs a POH fue elevado, siendo los principales fármacos dispensados ruxolitinib e ibrutinib. En 2021 se incluyeron menos pacientes, sin embargo, su duración en el PTF fue muy superior.

El PTF y dispensación de AOs ha tenido muy buena acogida en los POH, siendo el grado de satisfacción muy alto (8.99). Destaca el elevado porcentaje de pacientes satisfechos con el PTF y la atención farmacéutica recibida. En un futuro habría que optimizar el método y entrega del envío, ya que ha sido el ítem que peor valoración ha recibido.

#### CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB VERSUS TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

*Romera García JM, Torres Degayon E, Vicente Sanchez MP, Rodriguez Martinez M. Servicio de farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

### OBJETIVO

Regorafenib y trifluridina/tipiracilo (TAS-102) están indicados en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) cuando han progresado a otras líneas de tratamiento (fluoropirimidinas, anti-VEGF y/o anti-EGFR) o no son candidatos a ellas. El objetivo de este estudio fue comparar la efectividad y seguridad de ambos tratamientos para esta indicación en la práctica clínica real.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de CCRm tratados con regorafenib o TAS-102 (junio 2015-enero 2022). Variables: edad, sexo, número de metástasis al inicio del tratamiento, KRAS y duración. La efectividad se determinó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) y la seguridad se analizó registrando los efectos adversos (EA) según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v5.0).

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (Mambrino XXI®) y prescripción electrónica (Farmis\_Oncofarm®). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics®v23 utilizando para el análisis inferencial las pruebas Chi Cuadrado, U de Mann-Whitney y Long-Rank.

### RESULTADOS

Un total de 46 pacientes fueron tratados con estos fármacos (24 con regorafenib y 22 con TAS-102).

Ambos grupos resultaron comparables ( $p > 0,05$ ) en cuanto a sexo (hombres: 54% vs 68%), edad media (64 años vs 66), nº de metástasis (=1 en 62,5% y  $\geq 2$  en 37,5% vs =1 en 59% y  $\geq 2$  en 31,81%) y KRAS (50% mutado, 41,6% no mutado y 8,3% desconocido vs 59% mutado, 36,36% no mutado y 4,54% desconocido).

En el grupo de pacientes tratados con regorafenib el 100% progresaron, mientras que en el grupo de TAS-102 progresó un 90,91%. Por otro lado, un 95,83% de los pacientes de regorafenib falleció, siendo en el de TAS-102 del 86,36%.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a SLP y SG entre ambos grupos de tratamiento ( $p=0,209$  y  $p=0,570$ , respectivamente), las medianas de SLP para regorafenib y TAS-102 fueron de 2,33 meses (rango 0,73-23,37) vs 3,1 meses (rango 0,37-27,60), respectivamente y las de SG de 3,65 meses (rango 0,57-30,70) vs 5,3 meses (rango 0,37-38,07).

Un 83,34% de los pacientes con regorafenib experimentó efectos adversos de grado I-II: astenia (58,35%), hipertensión (16,67%), náuseas y vómitos (12,51%). En el caso de TAS-102, fueron el 86,36% de los pacientes, siendo también de grado I-II: astenia (45,44%), náuseas, vómitos y diarrea (31,81%) y neutropenia (13,63%).

### CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias en cuanto a efectividad y la seguridad entre TAS-102 y regorafenib, siendo ambos fármacos comparables en práctica clínica habitual. Los datos obtenidos fueron ligeramente favorables en términos de SLP con respecto a los ensayos clínicos pivotaes (1,9 y 2 meses vs 2,3 y 3,1 de nuestro estudio) aunque no en SG (6,4 y 7,1 vs 3,6 y 5,3), demostrando que la efectividad de estos medicamentos en práctica clínica habitual es muy limitada. Esto, añadido a la alta toxicidad que presentan, hace que su beneficio clínico aportado sea cuestionable.

**CONFLICTO DE INTERESES:** No

[\[Enlace al póster\]](#)

## EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRESHAP EN EL LINFOMA DE HODKING REFRACTARIO O EN RECAÍDA

*Luque Jiménez M<sup>1</sup>, Anguita Montenegro B<sup>1</sup>, Vicente Sánchez MP<sup>1</sup>, Franco Sereno MT<sup>1</sup>, Calle Primo C2, Rodríguez Martínez M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia del Hospital General de Ciudad Real. <sup>2</sup>Servicio de Hematología del Hospital General de Ciudad Real*

### OBJETIVO

En pacientes con Linfoma de Hodking (LH) en recaída hay pocas opciones terapéuticas. Uno de los tratamientos disponibles es ESHAP (etopósido, metilprednisolona, altas dosis de citarabina, cisplatino) combinado con Brentuximab Vedotin (BV), BRESHAP, previo a la realización de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH), seguido o no de tres ciclos de BV. El objetivo es describir efectividad y seguridad de BRESHAP en pacientes refractarios o en recaída de LH.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron BRESHAP en nuestro centro.

Se analizó la efectividad según tipo de respuesta tras dos ciclos de tratamiento, previo al TAPH, post-tratamiento y actual: respuesta completa (RC), parcial (RP) y progresión, así como SLP y SG. Se recogieron las toxicidades desarrolladas según CTCAE (v5).

### RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes; 60% (3) hombres. Mediana de edad de 28 años [24-51]. El 80% (4) fueron refractarios a la primera línea y el 20% (1) recaída tardía.

Un paciente presentó RP y progresó antes del TAPH. El 80%(4) restante presentó RC tras dos ciclos y siguieron en RC tras el tratamiento y pudieron ser sometidos a TAPH manteniendo la RC.

Tras el TAPH el 40% (2) recibieron 3 ciclos de BV, el 20% (1) a fecha de realización de estudio ha recibido sólo un ciclo y el 20% (1) ningún ciclo.

En la actualidad, de los pacientes trasplantados el 20% (1) presentó una recaída temprana, pasando a recibir otras líneas de tratamiento y el 60% (3) presentan RC. Falleció un paciente (único refractario al tratamiento).

Se obtuvo una mediana de SLP 19.76 [5.03-52.83] meses y SG 32.25meses [5.03-61.30].

La toxicidades desarrolladas fueron 100% neutropenia grado IV y 20% (1) neutropenia febril grado III, necesitando todos de factores estimulantes de colonias; 100% anemia (2 grado III, 2 grado II y 1 grado I), necesitando el de grado III transfusiones, y los demás eritropoyetina; 100% plaquetopenia (2 grado IV, 2 grado II y 1 grado III), siendo necesario transfusiones en el de grado IV; 20% (1) neuropatía grado III; 60% (3) infecciones de las vías respiratorias grado II.

### CONCLUSIÓN:

Aunque son pocos pacientes estudiados, el 60% respondieron de forma exitosa al tratamiento manteniendo la RC en el tiempo. El único paciente refractario presentó refractariedad desde el principio y finalmente falleció.

A pesar de ser un tratamiento altamente tóxico y presentar reacciones graves en el 100% de los pacientes (> grado III), se pueden manejar con medidas de soporte como factores estimuladores o transfusiones sanguíneas.

Aunque los datos del ensayo BRESHAP-GELTAMO fueron más positivos en términos de eficacia que nuestra serie (SLP a los 30 meses del 71% vs al 40% y una SG a los 36 meses del 91% vs al 60%, respectivamente), no se pueden extraer conclusiones comparativas debido al bajo número de pacientes que se trataron en nuestro centro y a la corta duración de seguimiento actual.

*No se declara conflicto de intereses.*

[\(Enlace al póster\)](#)

## REACCIÓN TOXICO-CUTÁNEA EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA TRAS EL USO DE VENETOCLAX

*Alabort Ayllon H, Tebar Martinez E, Drozd Vergara A, Collado Sanz JM, Del Pozo Carlavilla C, Martinez Mayordomo J. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

### OBJETIVOS

Describir el caso y manejo de un paciente con reacción toxico-cutánea tras la administración de venetoclax para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica (LLC).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de un caso de reacción adversa no descrita en ficha técnica y consiguiente notificación a la agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). La información clínica se obtiene de la historia clínica electrónica a través de Mambrino XXI y de las diversas entrevistas que realizamos con él, en la consulta de pacientes externos.

### RESULTADOS:

Se trata de un hombre de 76 años, con los siguientes antecedentes personales de interés: alérgico a metamizol y exfumador. Es diagnosticado de LLC en febrero de 2008 y en junio de 2009 se realiza su primer tratamiento hematológico que consiste en 6 ciclos de Rituximab, Fludarabina y Ciclofosfamida (R-FC). Hasta que en abril de 2021 se observa progresión adenopática, junto a esplenomegalia y linfocitosis de 9.960 linfocitos B. Por ello, se inicia el ciclo de Rituximab-Venetoclax en junio de 2021.

El Venetoclax se administra con pauta ascendente semanal hasta alcanzar dosis de 400 mg/día. Durante el tratamiento el paciente empieza a sentir prurito que aumenta a medida que se sube la dosis produciéndole una dermatitis. Para intentar controlar dichas reacciones locales, se le pautan por parte de dermatología Clobetasol en pomada, junto a Ebastina 20mg/24h e Hidroxizina 25mg/24h vía oral. Además, se obtienen biopsias de las lesiones para poder analizar la causa de la dermatitis. La dosis plena de Venetoclax se alcanza a mediados de julio, al igual que los resultados de la biopsia, los cuales son poco específicos y por lo tanto no pudieron esclarecer la causa de la dermatitis. Por este motivo, se consideró como principal culpable el tratamiento con Venetoclax. Esto se debe a que la reacción se fue agravando a medida que se aumentaba la dosis de Venetoclax y antes de poner la primera dosis de Rituximab.

El manejo que se realizó fue el siguiente: se inició una reducción de la dosis de Venetoclax al 50% en agosto. Una vez la dosis se redujo a 200mg/24h las lesiones cutáneas empezaron a desaparecer progresivamente. Esta dosis se mantuvo hasta principios de octubre, momento en el que se realizó un TAC para monitorizar la respuesta al tratamiento. En el TAC se observó una marcada disminución de las adenopatías que pasaron a ser subcentimétricas y una pequeña reducción de la esplenomegalia. Los linfocitos bajaron hasta niveles de 1490.

Por último, comentar, que debido a la más que probable relación entre la dermatitis y el uso de Venetoclax, se decidió notificar a la AEMPS mediante la redacción de una tarjeta amarilla para sospecha de reacciones adversas.

### CONCLUSIÓN:

Estos nuevos tratamientos son una nueva esperanza para muchos pacientes con LLC por lo que ante la aparición de reacciones adversas no hay que tomar medidas precipitadas. Es necesaria la evaluación del beneficio/riesgo en cada situación. Esta es una tarea muy importante donde el farmacéutico de hospital puede aportar mucho conocimiento.

**CONFLICTO DE INTERESES:** No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEFARMACIA Y DISPENSACIÓN DOMICILIARIA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

*DOMINGUEZ BARAHONA, A; FERNANDEZ-CORADA SANCHEZ, A; TORRALBA FERNANDEZ, L; TOLEDO DAVIA, M.A; LOPEZ ALVAREZ, R; JIMENEZ MENDEZ, C. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO. TOLEDO*

### OBJETIVOS

Describir el diseño, etapas de desarrollo y resultados de la implantación de un programa de telefarmacia para pacientes con esclerosis múltiple (EM) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA), basado en consultas telefónicas de atención farmacéutica (AF) y envío domiciliario de medicación hospitalaria.

Facilitar la accesibilidad a la medicación hospitalaria a pacientes con dificultades de movilidad, desplazamiento o con domicilio alejado del hospital, sin perder la atención farmacéutica especializada.

### MÉTODOS

En enero de 2021 se obtuvo aprobación del programa por parte del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del centro (CEIm) y se implantó en mayo de 2021, hasta la actualidad. El equipo (dos farmacéuticos y una enfermera) desarrolló el circuito logístico y estableció contacto con la Asociación de pacientes con EM de la provincia para facilitar la comunicación entre el Servicio de Farmacia y los pacientes. Las etapas para la implantación fueron:

1. Diseño de circuitos: elección de empresa de envíos (EE) que asegure trazabilidad, confidencialidad y adecuado control de temperatura en el transporte. Selección de días de envío a la semana y periodicidad (cada 3 meses).
2. Establecimiento de criterios de estratificación de pacientes: se incluyó a los pacientes con Grado de Adherencia al tratamiento >95%, además de valorar su capacidad funcional/movilidad reducida/grado de dependencia (con valores en la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) >4,5), soporte social, condiciones socioeconómicas (distancia >50 km aproximadamente, medio de transporte) y situación laboral.
3. Contacto telefónico con paciente para explicación del proyecto/circuito, solicitud de consentimiento informado y realización de cuestionario de inicio por parte de la enfermera. Concretar día de envío.
4. Entrevista telefónica de AF estructurada con farmacéutico y validación del tratamiento por su parte, que ante cualquier duda contacta con equipo médico. Orden de preparación de envío.
5. Enfermera prepara los envíos y farmacéutico hace una segunda revisión. En el envío se incluye fecha del siguiente envío.
6. EE recoge los paquetes y entrega al paciente. Cualquier incidencia es comunicada por EE/pacientes.

### RESULTADOS

Desde la implantación del programa hasta enero 2022, se han incluido 129 pacientes, 24 (18,6%) con ELA y resto (81,4%) con EM. 63 (48,8%) presentaban valor de EDSS>4,5, 56 (43,4%) tenían su domicilio a más de 50 km del hospital y 6 (4,7%) se incluyeron por desfavorable situación social. En total se han realizado 371 envíos (2,88 envíos/paciente)

Como limitaciones del proyecto encontramos la necesaria financiación privada para poder llevarlo a cabo y los reducidos medios logísticos y recursos humanos, lo que limita que sea necesaria la estratificación y selección de pacientes.

### CONCLUSIONES

El programa consigue facilitar el acceso a la medicación hospitalaria a pacientes con dificultades para poder venir a recogerla. Próximamente, como segunda parte del programa, se enviará a los pacientes participantes un cuestionario para conocer su grado de satisfacción, así como sugerencias de mejora. También se ha enviado una enmienda del programa al CEIm para ampliar la cobertura a pacientes crónicos con independencia de la patología. Para ello será necesaria una nueva estratificación, mayores recursos, y coordinación de todo el equipo multidisciplinar.

### SE DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

[\(Enlace al póster\)](#)

## COMUNICACIONES PÓSTER

## PEMBROLIZUMAB, ¿MÁS DOSIS, MÁS EFECTIVIDAD?

*Mayo Canalejo B1, Vicente Sánchez MP1, Franco Sereno MT1, Villa Guzmán JC2, Gómez Díaz R2, Rodríguez Martínez M1. 1Servicio de Farmacia Hospitalaria. 2Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.*

**OBJETIVOS:**

Pembrolizumab en monoterapia (PMT) está indicado en primera línea de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico o localmente avanzado en adultos con expresión PD-L1 $\geq$ 50%, o con pemetrexed y quimioterapia basada en platino si PD-L1 $<$ 50%, sin mutaciones tumorales positivas EGFR/ALK. Los ensayos clínicos iniciales establecieron la posología 2mg/kg como segura y eficaz, aunque estudios posteriores avalaron cambiar a dosis fija (200mg/ciclo) generando controversia sobre la dosificación más eficiente.

Objetivo: analizar, en la práctica clínica real, la efectividad y seguridad de la dosificación por peso de PMT o pembrolizumab con quimioterapia (PQT), y el posible coste oportunidad (CO) con respecto a la dosificación fija.

**MÉTODOS:**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes con CPNM avanzado tratados con PMT o PQT con dosificación según peso en un hospital terciario, desde octubre/2017 (primer paciente) a febrero/2022.

VARIABLES: tratamiento, edad, sexo, dosis, ciclos, CO, progresión, exitus y seguimiento. La efectividad se analizó según supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG); la seguridad, registrando efectos adversos (EA) según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v5.0). Los datos se obtuvieron de historias clínicas (MambrinoXXI®) y prescripción electrónica (Farmis\_Oncofarm®).

**RESULTADOS:**

Se incluyeron 84 pacientes; 64,3% recibía PQT. Edad media 66,6 años, 85,7% varones. Los pacientes recibieron 147mg y 8,5 ciclos de media. Con mediana de seguimiento de 10,6 y 5,4 meses para PMT y PQT respectivamente, se obtuvieron medianas de SLP y SG 6,27 y 9,27 meses para PMT, y para PQT, SLP 2,95 meses (mediana de SG no alcanzada). Del total de pacientes, 27,4% continuaba tratamiento y 64,3% progresó.

Con PMT se obtuvieron tasas a 6 y 12 meses de SLP 73,3% y 43,3% y de SG 80% y 66,7%, respectivamente. Con PQT, tasas de SLP y SG a 12 meses de 42,6% y 57,4%. Durante el periodo de estudio, se obtuvo un CO de 709,93€/ciclo y 12.339,28€ por paciente/año, suponiendo un CO total de 429.838,66€.

El 56,7% de PMT desarrolló EA, frente al 57,4% de PQT. Se registraron EA grado I (eritemas, edemas, diarrea, náuseas, astenia, dolor músculo-esquelético, alopecia, toxicidad hematológica, estreñimiento, mucositis, prurito, mareos, uveítis, hiperglucemia, apetito disminuido, oncodistrofia, toxicodermia, artralgias, hipo/hipertiroidismo, insomnio) en 42,8% de pacientes, y EA grado II-III (astenia, toxicidad hematológica, mareos, náuseas/vómitos, neuropatía periférica, hiperglucemia, prurito, diarrea) en 22,6%. Fueron registrados dos EA grado IV (astenia, neutropenia). Se interrumpió el tratamiento en cinco pacientes (5,9%), recibiendo dos PMT (nefritis intersticial, dermatomiositis paraneoplásica) y tres PQT (síndrome febril tipo Lambert-Eaton, síndrome cerebeloso, miocarditis).

**CONCLUSIONES:**

Nuestros datos de efectividad son comparables a los de KEYNOTE-024 (tasas a 6 y 12 meses de SLP 62,1% y 47%, y SG 80,2% y 69,9%, respectivamente) y KEYNOTE-189 (tasas de SLP y SG a 12 meses 34,1% y 69,2%). Los datos de seguridad también fueron consistentes (KEYNOTE-024: EA en 73,4%, interrupción 7,1%; KEYNOTE-189: EA en 99,8%, interrupción 27,7%).

La dosificación de pembrolizumab por peso genera un CO relevante sin repercusión en efectividad o seguridad. En consecuencia, esta dosificación podría optimizar la eficiencia de estos tratamientos en la práctica clínica habitual.

No existen conflictos de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## NUEVAS ARMAS FRENTE AL SARS-COV-2: PRIMEROS RESULTADOS EN LA VIDA REAL

*Luque Jiménez M1, Pérez Serrano R1, Porras Leal ML2, Romera García JM1, Anguita Montenegro B1, González Gasca FJ2. 1 Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real. 2Servivio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVO:

La revisión de las prescripciones de los nuevos anticuerpos monoclonales frente a la COVID-19, sotrovimab (STR) y casirivimab/indevimab (CI) ha sido liderada en nuestro centro por el grupo PROA (programa de optimización de antibióticos). El objetivo es describir a los pacientes que han recibido STR o CI, su efectividad y seguridad.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo prospectivo. Se incluyeron pacientes que recibieron STR o CI desde el 19 de enero (primera prescripción) hasta el 19 de febrero de 2022.

Se recogieron las variables: variante (omicron/no omicron), hospitalizados (sí/no), condición de alto riesgo (de las priorizadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), otros fármacos anti-COVID19 (tocilizumab y/o remdesivir), número de factores de riesgo y la puntuación en escalas de riesgo específicas como MASS score y SEIMC score medidas el día de administración de los fármacos.

Se consideró efectivo el tratamiento en pacientes hospitalizados si estos no fallecían y en pacientes no hospitalizados si no llegaban a ingresar en el hospital. Se revisó historia clínica para detectar reacciones adversas que podrían relacionarse con el tratamiento.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 7 pacientes, mediana 64 años [52-71], 57% (4) mujeres. El 100% recibieron el tratamiento hospitalizados por COVID grave. La condición de alto riesgo fue en el 71.4% (5) receptores de trasplantes sólidos (100% trasplante renal), 14.3% (1) tratamiento CAR-T y 14.3% (1) linfoma en tratamiento con anti CD-20 (rituximab).

El 85.7% (6) recibió STR (variante omicron) y el 14.3% (1) CI (no omicron). El 100% presentaba otros factores de riesgo asociados, con una mediana de 4 [2-5]. La puntuación media en la MASS score fue de 8,1 (3-11), el 57.1% (4) presentaba riesgo alto de mala evolución. La puntuación media de la SEIMC score fue de 8,3 (6-10), presentando el 100% riesgo alto o muy alto de fallecer. El 28.6% (2) recibió tocilizumab y ninguno remdesivir. El 14.3% (1) necesitó estancia en UCI (10 días). La mediana de días de hospitalización fue de 9 [5-31]. En el 100% fue efectivo el tratamiento, siendo todos los pacientes dados de alta. No se observó ninguna reacción adversa relacionada con el tratamiento.

### CONCLUSIÓN:

Aunque se trata de una muestra muy reducida y sin grupo control, y por tanto no es posible obtener conclusiones definitivas, los resultados obtenidos en nuestra serie muestran una alta efectividad de los nuevos antivirales en pacientes hospitalizados con COVID-19 grave, inmunodeprimidos, con al menos 2 factores de riesgo de mala evolución y una alta probabilidad de fallecer. Además parecen fármacos bien tolerados no recogiéndose ninguna toxicidad.

Haber tenido la posibilidad de tratar a 7 pacientes en un mes es gracias a la importante labor del grupo PROA de nuestro centro, no solo revisando todas las prescripciones de estos fármacos y validando el cumplimiento de los criterios sino detectando todos los posibles pacientes que cumplen los criterios de priorización y pudieran beneficiarse de estos tratamientos.

*No se declara conflicto de intereses.*

[\(Enlace al póster\)](#)

## UN ALIADO EN LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS. FOSFOMICINA.

**Romera García JM1, González Gasca FJ2, Porras Leal ML2, Abdel-Hadi Alvarez H3, Franco Sereno MT1, Pérez Serrano R1. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.1 Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.2Servivio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.3Servivio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.**

### OBJETIVOS:

Uno de los objetivos del programa de asesoramiento antimicrobiano (PASA) en las infecciones es evitar la aparición de resistencias y un uso más eficaz y eficiente de los antibióticos disponibles. Para luchar contra las resistencias, se hace imprescindible buscar alternativas a carbapenémicos. El objetivo de este estudio fue evaluar el resultado de las recomendaciones del grupo PASA ante la desescalada de carbapenémicos a fosfomicina en infecciones por bacterias gramnegativas que eran sensibles a este antibiótico.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con patologías infecciosas provocadas por gramnegativas tratadas con carbapenémicos y a los cuales el grupo PASA recomendó desescalar a fosfomicina (enero 2020-diciembre 2021).

VARIABLES: Edad, sexo, servicio prescriptor, foco de infección y microorganismo aislado, duración del tratamiento carbapenémico y si fue prescrito en monoterapia o no, duración del tratamiento con fosfomicina, si fue en monoterapia y si hubo necesidad de escalar. También se recogieron las variables curación clínica y microbiológica, mortalidad y si tuvo relación con la infección.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (Mambrino XXI®) y de los programas de prescripción (Athos APD®, y Farmatools®).

### RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 21 pacientes. La edad media fue de 70 años, un 66,7% de ellos hombres. El 9,53% de los pacientes estuvieron a cargo de la unidad de cuidados intensivos (UCI). El foco de infección fue en su mayoría urológico (76,19%), intraabdominal (9,53%) y otros (14,28%). En cuanto al microorganismo aislado, el mayoritario fue *K. pneumoniae* (47,62%), *E. coli* (33,34%), *E. faecium* (14,28%), *P. aeruginosa* y *K. oxytoca* (9,52%), siendo de ellos un 33,34% productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). En el 4,76% no se llegó a aislar ningún microorganismo.

A todos se les prescribió un carbapenémico (71,43% meropenem y 28,57% ertapenem), con una mediana de duración de 2 días (rango 1-10), siendo el 57,14% en monoterapia y tras el aislamiento del patógeno se recomendó desescalar a fosfomicina (mediana de duración de 7 días (rango 3-14), el 61,9% en monoterapia). El 90,47% de los pacientes no necesitó escalar a un nuevo antibiótico. La tasa de curación clínica fue del 80,95% y solo se realizaron cultivos de reevaluación en un 14,28% (66,66% con cultivo negativo). La tasa de mortalidad fue del 19,04%, siendo en la mitad de los casos relacionada con la infección.

### CONCLUSIONES:

La recomendación del grupo PASA de desescalar el carbapenémico a fosfomicina en nuestros pacientes ha demostrado ser efectiva, con una alta tasa de curación clínica en infecciones por gramnegativas (urológicas fundamentalmente). Por otro lado, la alta tasa de mortalidad encontrada en el estudio, aunque no se ha medido, probablemente sea consecuencia de la gravedad de los casos.

Esto nos dice que la actuación de este grupo multidisciplinar para la optimización del tratamiento antimicrobiano ha sido esencial, ya que gracias a ello se ha reducido el uso de carbapenémicos, evitando así la aparición de multiresistencias y reservando este grupo de fármacos para cuando no hay otras opciones disponibles.

**CONFLICTO DE INTERESES:** No

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH

*Casarrubios Lázaro GI, Deán Barahona C, Lázaro López A, Corrales Krohnert S, Codonal Demetrio A, Miranda del Cerro A. Hospital universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

La profilaxis preexposición (PrEP) es una intervención dirigida a prevenir la transmisión del VIH en personas con alto riesgo de contraer la infección. El tratamiento aprobado por la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) es tenofovir disoproxil fumarato más emtricitabina 1 comprimido/día (pauta diaria). Las guías clínicas recogen también la pauta intermitente (2 comprimidos entre 2-24 horas previas a la exposición, 1 comprimido a las 24 horas de la primera toma y otro 24 horas después).

Los objetivos del estudio son: analizar las características de los pacientes que inician PrEP, evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de manejo clínico según las guías de referencia, así como la eficacia, adherencia y seguridad del tratamiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en pacientes que inician PrEP desde su financiación 1-noviembre-2019 hasta 20-febrero-2022 en toda la provincia. Se evaluó el seguimiento clínico en aquellos que llevaban  $\geq 3$  meses con la profilaxis.

Variables analizadas: sexo, edad, indicación PrEP (criterios:  $>10$  parejas sexuales diferentes, sexo anal sin preservativo, chemsex, profilaxis post-exposición, infecciones de transmisión sexual (ITS) en el último año), pauta (diaria/intermitente), serología basal (VIH, VHC, VHB, VHA), otras ITS, función renal (FR) (creatinina y fósforo) y seguimiento serológico y analítico trimestral. Se evaluó la seroconversión (infección por VIH), tolerancia al tratamiento según entrevista con el paciente y adherencia según registro de dispensaciones.

Para evaluar el cumplimiento del manejo clínico se utilizó el Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad "Profilaxis Preexposición al VIH en España" de enero-2018.

### RESULTADOS

15 pacientes varones iniciaron PrEP, mediana de edad 35 años (RIC 30-46). Todos presentaron indicación PrEP, cumpliendo  $\geq 2$  criterios ( $>10$  parejas sexuales diferentes en el último año y sexo anal sin protección en un 87%). Todos presentaban serología VIH negativa basal, pero en un 20% la analítica basal no era reciente. Al inicio, la media de creatinina fue 0,98 (DE $\pm$ 0,13), filtrado glomerular 97,79 (DE $\pm$ 15,85) y fósforo 3,18 (DE $\pm$ 0,75). 13 pacientes (87%) realizaron pauta diaria.

Del total de pacientes que iniciaron PrEP, 8 (53%) lo tomaron  $\geq 3$  meses (mediana de tiempo en tratamiento=11,11 meses (RIC 3,52-13,45)).

En el 75% se realizó monitorización serológica y cribado de otras ITS según recomendaciones. 100% presentaron resultados serológicos negativos y el 50% fueron positivos para alguna otra ITS.

25% presentó una adecuada monitorización de la FR. Se observó menor monitorización de la FR a los 6 meses de tratamiento.

Todos los pacientes presentaron muy buena tolerancia al tratamiento y mantuvieron una adecuada FR.

La infección por VIH se produjo en 2 pacientes (eficacia=86%), 1 con desarrollo de mutación M184mV. 1 paciente había realizado pauta intermitente y el otro presentaba abuso de chemsex.

92% de los pacientes con pauta diaria presentaron adherencia  $>90\%$ .

### CONCLUSIONES

Los pacientes con PrEP en la población estudiada son jóvenes, varones, con FR adecuada y elevadas prácticas sexuales de riesgo. Presentan una adecuada monitorización serológica durante el tratamiento pero existe una falta de monitorización de la FR.

La eficacia del tratamiento es similar a los estudios realizados en Europa, así como la adherencia y la seguridad del mismo.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON GALCANEZUMAB EN MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA

*Tardáguila Molina,P; Martínez Ruiz, E; Codonal Demetrio,A; Carrasco Corral, T; Dean Barahora,C, Blanco, Crespo, M. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara*

### OBJETIVO

Analizar la efectividad de galcanezumab en la profilaxis de la migraña crónica tras un año de seguimiento.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional-retrospectivo. Se identificaron los pacientes que iniciaron galcanezumab desde enero 2020 hasta enero 2022. Se incluyeron aquellos en los que desde el inicio del tratamiento hubiese pasado al menos un año.

VARIABLES ESTUDIADAS: demográficas, días migraña/mes(DMM) basal, tres meses después del tratamiento y actual, tasa de respuesta objetiva(TRO)>50%, duración del tratamiento, motivo de suspensión. Se realizó el test del impacto funcional(HIT-6) basal vs a los tres meses de tratamiento. Este test consta de 6 preguntas cuya puntuación presenta un rango entre 36 y 78 (considerando:<49=impacto pequeño, 50-55=leve, 56-59=moderado, >60=grave).

### RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes. Mediana de edad 50 años(RIC:43-58), 78,40% mujeres. Mediana de duración de galcanezumab: 6 meses(RIC:3-12). Mediana de DMM basal: 16(RIC 14-18) vs 5(RIC 3-9) tras tres meses de tratamiento. El 75% presentó TRO>50%. Mediana puntuación HIT-6 basal: 74(68-78) vs 48(48-58) a los tres meses.

El 17% continúan con tratamiento activo, mantenido eficacia en el 84% de los pacientes, con una mediana DMM de 3(RIC 3-4). Solo uno de ellos, refiere reducción en la efectividad, pero mejoría en la calidad de vida.

Un 83% discontinuaron el tratamiento. Los motivos fueron:

- Decisión del neurólogo(55%): De estos, el 35% reiniciaron galcanezumab. Mediana DMM previo al reinicio: 20(RIC 20-23) vs 4(RIC 3-4) tres meses después. Mediana de meses en tratamiento tras el reinicio: 6(RIC 5-7). El 100 % presentó TRO>50%. HIT-6 previo al reinicio: 76(RIC 73-77) vs 52(RIC 48-56) a los tres meses.

El 65% restante, no ha precisado iniciar de nuevo tratamiento con anti-CGRP. Mediana de meses sin tratamiento tras la suspensión: 7(RIC 6-8).

- Falta de efectividad(26%) o pérdida de respuesta a partir de los 3 meses de tratamiento(13%). De ellos, en el 75% se produjo un cambio de tratamiento.

Cambio a fremanezumab (50%): Mediana de DMM: 16(RIC 15-19) previo al cambio vs 10(RIC 5-19) tres meses después. Mediana duración del tratamiento: 3 meses(RIC 3-6): La mitad suspendieron fremanezumab por falta de efectividad. El 50% presentó una TRO>50%. HIT-6 basal: 60(RIC 58-65) vs 49(RIC 41-56) a los tres meses.

Cambio a Erenumab (25%): Mediana de DMM: 15(RIC 15-16) previo al cambio vs 15(RIC 7-16) tres meses después. Mediana duración del tratamiento: 6(RIC 4-7). El TRO> 50% solo se consiguió en un paciente. HIT-6 basal: 68(RIC 67-73) vs 67(RIC 60-73) a los tres meses.

- Toxicidad(6%): siendo la más frecuente vértigo.

### CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de pacientes presentaron respuesta a galcanezumab, con una mejoría en puntuación HIT-6 y un impacto funcional de la migraña bajo después de 3 meses.

Todos los pacientes que precisaron reintroducir galcanezumab tras la suspensión de la profilaxis, alcanzaron TRO>50%. Esto no se observó en pacientes con fracaso terapéutico con galcanezumab que reiniciaron terapia con un anti-CGRP diferente.

En el periodo de este estudio, un porcentaje elevado de pacientes que recibió profilaxis con galcanezumab de forma temporal, no requirió acudir de nuevo a la consulta de neurología.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON UNA FORMULACIÓN DE BUDESÓNIDA

*Drozdz Vergara A, Aldaz Francés R, Serna Serrano B, Del Pozo Carlavilla C, Tébar Martínez E, Valladolid Walsh A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS:

Desde 2019 se elabora en nuestro Servicio de Farmacia (SF) una fórmula magistral (FM) de budesónida 0,25 mg/ml suspensión para el tratamiento de la esofagitis eosinofílica (EEO). En junio de 2021 se reformuló a budesónida 0,25 mg/ml gel viscoso (BGV) para garantizar una mayor adherencia a la mucosa esofágica. El objetivo del estudio es evaluar el conocimiento de los pacientes con EEO sobre su tratamiento y el motivo de la reformulación, así como el grado de satisfacción (GS) con la nueva forma farmacéutica (FF) y el SF. Un segundo objetivo es identificar oportunidades de mejora a partir de los resultados obtenidos.

### MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes de un hospital de tercer nivel en tratamiento con BGV sometidos inicialmente a tratamiento con budesónida suspensión (n=7), se excluyeron los inicios de tratamiento. En octubre de 2021 se realizó una encuesta telefónica de manera voluntaria y anónima. Constaba de 4 bloques con 5 respuestas (escala tipo-Likert) siendo 1 totalmente de acuerdo y 5 totalmente en desacuerdo:

- Un primer bloque con los datos socio-demográficos.
- Un segundo bloque con 4 preguntas relacionadas con el conocimiento sobre el tratamiento y la razón de reformular la FM a gel viscoso.
- Un tercer bloque con 2 preguntas que evaluaban la satisfacción con la nueva FF y un apartado que recogía el motivo de acuerdo/desacuerdo.
- Un cuarto bloque con 7 preguntas que valoraban la satisfacción con el SF en cuanto a logística y atención farmacéutica.

### RESULTADOS:

Los 7 pacientes cumplimentaron la encuesta, media de edad: 35,4 años [15-50], 2 fueron mujeres (29%). El 100% (7) de los pacientes conocía la dosis (1mg/12h) y su conservación en nevera. El 43% (3) sabía que no debía ingerir líquidos ni sólidos hasta media hora tras la toma del fármaco. El 86% (6) refirió una resolución sintomática desde el inicio del tratamiento e informó conocer la razón de la reformulación. Solo el 29% (2) declaró estar satisfecho con la nueva FF. El principal motivo de insatisfacción fue la incomodidad en la deglución de la FM de mayor viscosidad.

Los ítems que evaluaron el GS con el SF (frecuencia con la que recoge la FM, comunicación con el SF, aviso del día de recogida, condiciones en las que recoge la FM, tiempo de espera durante la dispensación, amabilidad/cortesía del personal y eficiencia en resolución de problemas por el SF) obtuvieron una puntuación superior a 4 sobre 5.

### CONCLUSIONES:

Los usuarios muestran un elevado nivel de conocimiento sobre su tratamiento, con amplio margen de mejora en la forma de administración. El GS con el SF y el preparado original es excelente, no así con el cambio a gel viscoso. La causa que originó la reformulación (incrementar la viscosidad) coincide con el motivo de insatisfacción. Como oportunidad de mejora valoraremos buscar bibliografía sobre una nueva FM de budesónida viscosa.

Sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## FORMULACIÓN DE MORFINA 0,1% EN GEL PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS TUMORALES DOLOROSAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Alonso Salmerón FJ, De la Calle Riaguas B, Cortés Fernández R, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, Criado Rubio B. Hospital Universitario nuestra Señora del Prado.*

### Objetivos:

Las úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas. El tratamiento frente a las mismas suele ser paliativo, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

La morfina es un opioideagonista de receptores específicos situados en el cerebro, médula espinal y otros tejidos. Se utiliza como analgésico en dolor intenso o crónico maligno.

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Describir la formulación de morfina 0,1% en gel para el tratamiento de úlceras tumorales dolorosas.
2. Describir la efectividad y seguridad de la fórmula magistral (FM).

### Métodos:

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) solicitó al servicio de Farmacia la elaboración de una FM tópica de morfina para tratar úlceras tumorales dolorosas en un paciente que precisaba morfina oral como rescate para aliviar el dolor producido por estas.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed y fichas técnicas para hallar evidencias de una FM adecuada, así como para estudiar las propiedades físico-químicas del principio activo (PA), concentraciones y vehículo más adecuados.

Se definió la efectividad como disminución del dolor según la escala visual análoga (EVA) y reducción de la terapia analgésica concomitante tras un mes de tratamiento y la seguridad como ausencia de efectos adversos (EA) asociados a la FM. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y la consulta con UCP.

### Resultados:

Se encontraron diversos artículos en los que el uso de morfina 0,1% en gel presentaba buenos resultados para tratar esta patología, mediante su actuación sobre receptores periféricos presentes en tejidos inflamados, situación que mejora su penetración. Esta formulación permitiría actuar con dosis bajas proporcionando una analgesia prolongada, evitándose así la aparición de EA asociados al uso sistémico de opioides, como el letargo o el estreñimiento.

El vehículo utilizado (Intrasite gel®) es un hidrogel, compatible con el PA (hidrosoluble), de acción limpiadora y regeneradora, que aporta viscosidad y estabilidad, actuando como vehículo para la absorción.

La preparación de la FM se realizó añadiendo la morfina sobre una pequeña cantidad del vehículo, para posteriormente homogenizar la mezcla a medida que se iba incorporando el vehículo restante. Finalmente, se envasó el gel resultante protegido de la luz debido a la fotosensibilidad del PA.

El paciente presentaba úlceras tumorales en el antebrazo derecho asociadas a un liposarcoma. Pese a recibir curas semanales, refería dolor intenso, presentando EVA basal de 9 y requería cuatro rescates diarios con morfina oral. En noviembre de 2021, comenzó el tratamiento, aplicando 4 ml de gel en cada cura. En cuanto a la eficacia, tras un mes de tratamiento el paciente refirió mejoría del dolor, con una reducción en la EVA a 5 y no precisó morfina oral de rescate. No se observaron EA asociadas al tratamiento con la FM.

### Conclusiones:

La FM de morfina 0,1% en gel ha resultado ser efectiva, muestra buena tolerancia y puede ser una alternativa para tratar úlceras tumorales dolorosas.

La colaboración del servicio de Farmacia con la UCP permitió ofrecer una opción terapéutica eficaz para este paciente.

**CONFLICTO DE INTERESES:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## HUMANIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR MEDIO DE PACIENTES CORRESPONSABILIZADOS CON SU TRATAMIENTO

*Rueda Naharro1, A, Martínez Camacho, M2, Rodríguez Jiménez, E2, García Martínez, D1, García Marco, D1. 1 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo) 2 Hospital Virgen del Valle (Toledo)*

### OBJETIVOS

- Humanización de la práctica clínico-asistencial
- Reducir errores de medicación mediante empoderamiento del paciente ingresado, aumentando así la seguridad.

### MÉTODOS

De cara a mejorar tanto el conocimiento del tratamiento como los errores de medicación, el S de Farmacia define un proyecto colaborativo con prescriptores y enfermería, el cual consiste en imprimir las hojas de tratamiento farmacológico, y en las unidades de hospitalización se entrega a los pacientes ingresados, de forma que reciban por escrito los medicamentos que han de recibir. Se analiza por medio de encuestas el impacto de este proyecto tanto en la satisfacción de los pacientes, como en la percepción de errores. Se comienza en una planta de hospitalización “piloto” y se va ampliando a otras unidades. Como criterios de inclusión en el proyecto se establece un consenso con las unidades para que los pacientes que reciben el tratamiento por escrito, sean capaces de entender dicha información.

### RESULTADOS

En la planta B3: los 14 pacientes (100%) piensan que es útil recibir tratamiento por escrito, y perciben 3 errores (21,43%) en la administración de medicamentos. Además, se obtienen 5 sugerencias de mejora.  
En la planta C3: los 12 pacientes (100%) piensan que es útil recibir tratamiento por escrito, y perciben 3 errores (25%) en la administración de medicamentos. Además, se obtiene 1 sugerencia de mejora.  
Con la nueva ampliación en las plantas B2 y C2: 109 pacientes (92,37%) piensan que es útil recibir tratamiento por escrito, y perciben 31 errores (26,27%) en la administración de medicamentos.  
En 63 pacientes se añade otra pregunta referida a si el error se identifica tras la entrega de la hoja de medicación, con el objetivo de establecer una causalidad entre la entrega de la hoja de medicación y la detección de errores. En esta pregunta 8 pacientes (12,69%) responden afirmativamente.

### CONCLUSIONES

El porcentaje de percepción de errores de medicación por el paciente, en torno al 25%, es muy alto. Es necesario establecer medidas para disminuirlo.  
Un 12.69% de los pacientes que reciben por escrito su medicación perciben errores en el tratamiento gracias a saber la medicación que han de recibir.  
Informar acerca del tratamiento no sólo supone una disminución de los errores de medicación, sino una humanización de la práctica clínico-asistencial, como ha sido reflejado por los propios pacientes en las encuestas, ya que prácticamente el 100% desea conocer su tratamiento.

No existe conflicto de intereses en este trabajo.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENDOCRINOPATÍAS INMUNOMEDIADAS EN PACIENTES TRATADOS CON NIVOLUMAB

*Torralba Fernández, L, Toledo Davia, MA, Labrador Andújar, N, López Álvarez, R, Jiménez Méndez, C, Moya Gómez, P. Complejo Universitario de Toledo.*

### OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de reacciones adversas de tipo endocrinopatías inmunomediadas (EI) en pacientes oncohematológicos tratados con nivolumab.

### MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con nivolumab en un hospital de tercer nivel entre diciembre de 2018 y diciembre de 2021. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, ECOG al inicio de tratamiento, línea y duración del tratamiento, niveles de hormonas tiroideas (TSH: tirotropina, T3: triyodotironina, T4: tetrayodotironina) y cortisol; tipo de EI y tiempo hasta su aparición; tratamiento de la EI; necesidad de interconsulta al servicio de endocrinología (SE) e interrupción de tratamiento por EI, si procede.

La información se recogió a través de la base de datos Oncobass® y de la historia clínica electrónica (Mambrino®). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS® v.22.0.

### RESULTADOS

Se incluyeron 152 pacientes (69,1% hombres, 30,9% mujeres; edad media de 63,37± 11,85 años). Los diagnósticos fueron: cáncer de pulmón no microcítico (33,6%), melanoma (23,7%), carcinoma de células renales (16,4%), cáncer de células escamosas de cabeza y cuello (14,5%), carcinoma de células escamosas de esófago (2,6%), carcinoma del cuello uterino (2%), hepatocarcinoma (2%), linfoma de hodgkin (2%), mesotelioma pleural maligno (0,7%), colangiocarcinoma (0,7%), cáncer colorrectal (0,7%) y carcinoma de vagina (0,7%). El 96,7% de los pacientes presentaban ECOG 0-1 al inicio del tratamiento.

El 30,9% de los pacientes recibió nivolumab en primera línea, el 53,3%, en segunda línea y el 15,8%, en líneas sucesivas. La mediana de duración de tratamiento fue de 4,4 meses (Rango Intercuartílico (RIQ): 1,57-15,30).

La determinación de hormonas tiroideas se realizó en un 84,9% (129/152) de los pacientes y la de cortisol en un 48% (73/152). Los niveles de hormonas se alteraron en el 36,2% (55/152) de los pacientes, pero únicamente el 24,9% (38/152) de los casos se clasificaron como EI: hipotiroidismo (15,1%; 23/152), hipertiroidismo (2,6%; 4/152) e insuficiencia suprarrenal (7,2%; 11/152). La mediana de tiempo hasta la aparición de la EI fue de 3,86 meses (RIQ: 2,05-5,20). En el 13,2% (20/152) de los casos se realizó interconsulta al SE. El 10,5% (16/152) de los pacientes recibió tratamiento para la EI: levotiroxina (3,3%; 5/152) e hidrocortisona (7,2%; 11/152); y solamente en un caso (0,65%; 1/152) se interrumpió el tratamiento debido a la EI.

### CONCLUSIONES

Las alteraciones tiroideas son las EI más frecuentes en pacientes tratados con nivolumab. En concreto, el hipotiroidismo es la más prevalente. La insuficiencia suprarrenal también se ha detectado en un número considerable de pacientes, a pesar de que los niveles de cortisol se analizaron en menos de la mitad de los casos. Algunas de las alteraciones producidas precisaron tratamiento farmacológico sustitutivo y en ciertos casos hubo que recurrir al SE para el manejo diagnóstico y terapéutico de estas reacciones adversas.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA CON MEDICAMENTOS CAR-T EN UN HOSPITAL DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

Berrocal Javato, MA. González Joga, B. Iranzu Aperte, MC. García Esteban, B. Piqueras Romero, C. De La Calle Riaguas, B. Hospital General Universitario Ntra Sra del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

### OBJETIVOS

Describir la experiencia logística y respuesta clínica en pacientes con terapia CAR-T en un hospital del Servicio de Salud de Castilla-la Mancha (SESCAM).

### METODOS

Estudio retrospectivo de mayo 2019 a febrero 2022, en el que se incluyeron los pacientes candidatos a recibir medicamentos CAR-T. Los datos recogidos fueron sexo, edad, diagnóstico, medicamento, evolución clínica, coste. La información se obtuvo de VALTERMED, historia clínica electrónica MAMBRINO XXI, Farmatools®. La información sobre el pago fue proporcionada por los centros acreditados tras contactar nuestro Servicio de Farmacia para conocer si el CAR-T fabricado individualmente había cumplido especificaciones y el suministro se había realizado en plazo ( $\leq 30$  días).

### RESULTADOS

De mayo 2019 a junio de 2020, Hematología solicitó tratamiento para seis pacientes diagnosticados de linfoma B difuso de células grandes en recaída y/o refractarios con buen estado funcional y sin opción farmacológica. Tras evaluación previa por nuestro hospital, las solicitudes de valoración se remitieron al SESCAM tal como establece el circuito determinado por la comunidad autónoma. Los seis pacientes recibieron informe favorable por el grupo de expertos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los seis pacientes, 3 hombres y 3 mujeres, tenían una edad mediana de 66,5 años (rango 40-72), en estadio III Y IV y habían recibido al menos 2 líneas de tratamiento previas (2-5), ninguno fue candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos. Cuatro pacientes se canalizaron al Hospital Universitari Vall D'hebron y dos al Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Cinco pacientes recibieron tisagenlecleucel, a 2 de ellos se les administró fuera de especificaciones (inferior a  $1,2 \times 10^6$  a  $6,0 \times 10^6$  células dispersión para perfusión). Un paciente se incluyó en un ensayo clínico (no especificado por el centro acreditado, el grupo de expertos autorizó JCAR017-positive transfected viable T cells).

Tras la infusión de tisagenlecleucel, 3 pacientes progresaron a los 3 meses post-infusión y se les trató con nuevas líneas causando exitus a una mediana de 6,7 meses (5-10), los 2 pacientes que lo recibieron fuera de especificaciones fallecieron entre 1 a 2 meses. El paciente incluido en el ensayo clínico continúa en revisión a los 28 meses de la administración.

Los registros en VALTERMED fueron realizados por Hematología de nuestro hospital.

El coste supuso 479.232,00€ correspondiente a tres pacientes con tisagenlecleucel.

### CONCLUSIONES

- De los 5 pacientes tratados con tisagenlecleucel, 3 de ellos progresaron a los 3 meses tras la infusión, otros 2 la recibieron fuera de especificaciones.
- Un paciente continúa en revisión tras la administración de un ensayo clínico.
- Es necesario que el registro en VALTERMED se realice en los centros autorizados ya que disponen de la información completa.
- El hospital pagó el primer plazo, 479.232,00€, de 3 pacientes por infundirse cumpliendo especificaciones y plazo de suministro.

Conflictos de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## ¿SE CUMPLE EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9?

*Anguita Montenegro B, Luque Jiménez M, Areas del Águila VL, Palacios Moya E, Nieto-Sandoval Martín de la Sierra P, Rodríguez Martínez M. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

### **OBJETIVO:**

Alirocumab y evolocumab son fármacos hipolipemiantes inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9). Una de sus indicaciones es pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (ECV) con niveles de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) superiores a 100mg/dL con dosis máxima de estatina, siendo esta última condición necesaria si no hay contraindicación ni intolerancia. El objetivo de tratamiento para esta indicación en prevención secundaria en pacientes de muy alto riesgo (MAR) ha variado en las últimas Guías Europeas para el Manejo de Dislipemias (GEMD), disminuyendo de 70 a 55mg/dL.

El objetivo de este estudio es describir la efectividad del tratamiento con iPCSK9 en esta indicación y analizar si se alcanza el objetivo definido en las distintas actualizaciones de la GEMD.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional retrospectivo, incluye todos los pacientes de MAR con ECV en prevención secundaria no controlada con cLDL > 100mg/dL o pacientes intolerantes a estatinas o no controlados con cLDL < 100mg/dL que iniciaron tratamiento con iPCSK9 en la consulta hospitalaria de atención farmacéutica de nuestro centro. Se recogieron: edad, sexo, iPCSK9, posología, duración del tratamiento, tratamiento hipolipemiante concomitante, cLDL basal (cLDLpre) y cLDL actual (cLDLpost), definida como última determinación antes de la realización del estudio. Toda esta información fue obtenida a través de la historia clínica informatizada y los programas de prescripción electrónica. Las variables principales del estudio fueron porcentaje medio de reducción de cLDL (PMRcLDL), eventos cardíacos tras el inicio del tratamiento (EC) y cumplimiento del objetivo terapéutico basados en las GEMD 2016 y 2019.

### **RESULTADOS:**

Se reclutaron 36 pacientes, incluidos 33 (por no disponer de cLDLpre o cLDLpost), edad media 65 años (DE 10), 76% hombres. El iPCSK9 más frecuente fue alirocumab (76%) y las dosis pautadas fueron 150mg (52%) vs 75mg (48%). Estatina+ezetimiba fueron asociados a iPCSK9 en el 52% de los pacientes. La mediana del tiempo de tratamiento fue 36 meses (RIC 11-53), continuando activos todos los pacientes, excepto uno, en el momento de la realización del estudio (evolocumab suspendido por intolerancia). La mediana cLDLpre fue 123mg/dL (RIC 109-192), iniciando cuatro pacientes con cLDL < 100, y la mediana del cLDLpost fue 50mg/dL (RIC 24-71.5). El PMRcLDL fue del 60% (DE 25%). Se registró un EC (cLDL=110mg/dL). En relación al objetivo del tratamiento, 12 pacientes (36%) no cumplen cLDLpost < 55mg/dL: el 27% no cumple con el objetivo < 70mg/dL y el 9% oscila entre los valores intermedios definidos. De estos, 7 tienen pautado alirocumab 150mg (58%), 3 alirocumab 75mg (25%) y 2 evolocumab 140mg (17%). Estatina y ezetimiba fueron asociados en el 42%, 33% solo ezetimiba, 17% sin tratamiento y 8% estatina+fenofibrato.

### **CONCLUSIONES:**

El tratamiento con iPCSK9 en pacientes de MAR con ECV en prevención secundaria puede considerarse efectivo a largo plazo. Sin embargo, a pesar de que la mediana de cLDLpost está dentro del objetivo marcado por las GEMD, existen pacientes que no alcanzan el objetivo. Esto puede ser debido a la imposibilidad de usar tratamiento oral con estatinas y/o ezetimiba. Sería recomendable reevaluarlos en un comité multidisciplinar donde se revise la necesidad de continuidad del tratamiento, modificación de dosis y/o revisión de la terapia oral.

No se declaran conflictos de interés

[\(Enlace al póster\)](#)

## ADECUACIÓN DEL PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

*Codonal Demetrio, A; Lavandeira Pérez, M; Martínez Ruiz, E; Casarrubios Lázaro, GI; Carrasco Corral, T; Pérez Rodríguez, I. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.*

### OBJETIVOS

La rabia es una encefalomiелitis causada por un virus RNA de la familia Rhabdoviridae que causa la muerte en la mayoría de los casos. Todos los animales de sangre caliente pueden ser reservorio de la enfermedad. La saliva del animal enfermo es el vehículo de transmisión sobre piel no intacta o mucosas.

La vacuna antirrábica está indicada para la inmunización activa frente a la rabia en la profilaxis pre y post-exposición. En 2018 la OMS emitió un documento con la recomendación de reducir el régimen Essen de 5 a 4 dosis en individuos inmunocompetentes en la profilaxis pre y post-exposición.

El objetivo del estudio fue analizar el grado de adecuación al protocolo de vacunación antirrábica.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que recibieron la vacuna antirrábica desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020.

Las variables analizadas mediante la historia clínica fueron demográficas y clínicas (tipo de exposición, animal y su estado de vacunación, número de dosis recibidas de la vacuna, administración de inmunoglobulina y notificación a Epidemiología/Medicina Preventiva).

La profilaxis postexposición se divide en: categoría I (lamedura que no requiere profilaxis), categoría II (mordisco en piel descubierta que requiere la administración inmediata de la vacuna) o categoría III (mordedura transdérmica, contaminación de mucosas o exposición a murciélagos, que requiere administración de vacuna inmediata e inmunoglobulina).

### RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes. El 53,8% fueron mujeres. La mediana de edad fue de 40,5 años (RIC 24-55). El 100% fue profilaxis postexposición: 69% categoría II y 31% categoría III.

Los animales implicados fueron: 75% perros, 13,9% gatos, 5,6% murciélagos, 2,8% ratas y 2,8% tejones. Solo en el 14,8% de los casos se conocía con seguridad el estado de vacunación del animal.

El régimen Essen reducido se completó en el 47,2% de los pacientes. El 16,7% de los pacientes rechazaron la pauta completa de vacunación; el 11,1% recibió una dosis única en urgencias debido a que el animal estaba correctamente vacunado; un 19,4% recibió una dosis única por causa no registrada en la historia clínica; y en el 5,6% de los casos se perdió el seguimiento por traslado a otra Comunidad Autónoma.

En el 55% de los casos fue administrada la inmunoglobulina.

Se notificó a Epidemiología/Medicina Preventiva en el 89% de los casos.

### CONCLUSIONES

- En la mayoría de los casos se cumplió el protocolo y se informó a Epidemiología/Medicina Preventiva.
- La administración de inmunoglobulina quedó en la mayoría de los casos a criterio médico. Muchos de los casos no eran categoría III.
- En los casos en los que no se había comunicado a Medicina Preventiva, no se completó la pauta de vacunación. Desde el Servicio de Farmacia se enviará un email a Medicina Preventiva/Epidemiología cada vez que se dispense una vacuna antirrábica, para intentar mejorar el seguimiento de los pacientes y lograr completar la pauta de vacunación en todos los casos.

**CONFLICTO DE INTERESES:** ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

*Corrales Krohnert, S; Tardáguila Molina, P; Carrión Madroñal, IM; Miranda del Cerro, A; Martínez Ruiz, E; Casarrubios Lazaro, GI. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### Objetivo

La existencia de variabilidad inter/intraindividual en los pacientes ante las pautas posológicas estándares de determinados fármacos, en muchas ocasiones, da como resultado diferente respuesta terapéutica. De ahí la importancia que toma la monitorización farmacocinética (MFC) de niveles plasmáticos permitiendo optimizar y garantizar niveles terapéuticos y disminuir la posible toxicidad.

Los objetivos del estudio fueron:

- Describir la actividad de la MFC tras su implantación en un hospital de segundo nivel;
- Analizar los pacientes que presentaban niveles plasmáticos fuera de rango con el uso de la pauta posológica estándar, y aquellos que obtuvieron niveles plasmáticos en rango durante dicha MFC.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo desde octubre de 2020 hasta diciembre de 2021. Se analizaron las MFCs de los pacientes en tratamiento con vancomicina y digoxina realizadas desde el servicio de farmacia.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio que solicita interconsulta (ITC), niveles plasmáticos previos y durante la MFC, recomendaciones farmacéuticas (cambio de posología, modificación de dosis...).

Se establecieron como rangos terapéuticos para vancomicina: 10-15 mg/L en infecciones leves/moderadas y hasta 20 mg/L en infecciones graves, mientras que los rangos de digoxina fueron 0,8-1,6 ng/mL.

Los datos se recogieron a través de historia electrónica Mambrino XXI®. Para llevar a cabo la monitorización se utilizó el programa PKS®. El registro de datos se hizo a través de una base de datos *Access ad-hoc* y fueron tratados con Excel Microsoft Office 2010®.

### Resultados

Se monitorizaron un total 308 pacientes (174 fueron de vancomicina y 134 de digoxina) y se realizaron un total de 595 monitorizaciones farmacocinéticas. El 47,5 % fueron hombres y 52,5% mujeres, con una mediana de edad de 80 años (RIC 19-101).

En relación a la MFC de vancomicina, los servicios clínicos que más ITCs solicitaron fueron Cirugía General y Digestiva (30,9%), Geriátrica (16,4%) y Oncología (11,8%). 133 pacientes estaban fuera de rango terapéutico cuando se realizó la ITC. El 36% suspendieron el tratamiento tras la primera recomendación farmacéutica sin llegar a observar si alcanzaban niveles terapéuticos. De los pacientes que continuaron con MFC, el 79% presentaron niveles plasmáticos en rango terapéutico tras las intervenciones farmacéuticas. El nivel de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas fue del 98%.

En el caso de la MFC de digoxina, los servicios clínicos que más ITCs solicitaron fueron Geriátrica (63,5%) y Medicina Interna (13,3%). 66 pacientes presentaron niveles plasmáticos fuera de rango terapéutico, aunque el 64% de los mismos no continuaron con la monitorización. Entre los pacientes monitorizados, un 79% alcanzaron niveles plasmáticos terapéuticos, siendo el porcentaje de aceptación del 100%.

### Conclusiones

Este estudio demuestra que la mayoría de los pacientes monitorizados, que no estaban en rango terapéutico, consiguen niveles óptimos tras las recomendaciones farmacéuticas.

Cabe destacar que casi la totalidad de recomendaciones fueron aceptadas por los diferentes servicios clínicos.

Será necesario realizar un estudio posterior para poder evaluar y medir la respuesta terapéutica tras las modificaciones posológicas realizadas desde farmacia.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IBRUTINIB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

*Codonal Demetrio, A; Carrasco Corral, T; Casarrubios Lázaro, GI; Tardáguila Molina, P; Mendoza Acosta, I; De  
Juán-García Torres; P. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.*

### Objetivos

Ibrutinib es un potente inhibidor de la tirosin quinasa de Bruton utilizado en el tratamiento de la leucemia linfática crónica (LLC). El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de ibrutinib en la LLC.

### Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con LLC tratados con ibrutinib desde enero de 2016 hasta enero de 2022 en un hospital de segundo nivel.

Las variables analizadas fueron demográficas y clínicas (edad al inicio del tratamiento, delección 17p/mutación TP53, delección 13q, línea de tratamiento, fecha inicio y fin de tratamiento, motivo suspensión, reacciones adversas (RA) y éxitus).

La efectividad se evaluó utilizando la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) y mediana de supervivencia global (SG). La seguridad se valoró mediante las RA detectadas, fecha en que se produjeron, motivo y fecha de suspensión de ibrutinib. El análisis estadístico se realizó mediante Spss®v15.0.

### Resultados

Se incluyeron 23 pacientes (57% hombres) con una mediana de edad al inicio del tratamiento de 75 años (60-83). Un 26% de los pacientes presentó delección 17p/mutación TP53 (en 10 pacientes no se determinó) y un 43,5% la delección 13q (10 pacientes sin determinar). El 47% de los pacientes recibieron ibrutinib como primera línea de tratamiento y un 52% en líneas posteriores.

En primera línea de tratamiento, la mediana de seguimiento fue de 14 meses (8,24-19,8), sin alcanzar la mediana de SLP. Al final del periodo de estudio seguían vivos un 63,6% de los pacientes, sin alcanzarse la mediana de SG.

En segunda línea y posteriores, la mediana de SLP es de 44,4 meses (0-91,2). Al final del estudio seguían vivos un 58,3% de los pacientes, sin alcanzarse la mediana de SG.

Un 70% de los pacientes presentaron RA, siendo las más frecuentes: hemorragias (6), diarrea (5), astenia (4). Las RA ocurrieron durante los tres primeros meses (68,7%), en el primer año (18,7%) y a partir de 12 meses (12,5%). Un 13% de los pacientes necesitaron reducción de dosis, y un 17% (4) de ellos suspendieron el tratamiento por fibrilación auricular (1), insuficiencia cardíaca (1), tos persistente (1) o trombopenia severa (1).

### Conclusiones

- En la mayoría de pacientes no se determinó la delección 17p/mutación TP53, ya que ibrutinib es efectivo en cualquiera de los dos escenarios.
- No se alcanzaron la mediana de SLP en primera línea, ni la mediana de SG en primera línea como en líneas posteriores por lo que sería necesario aumentar el tiempo de seguimiento de estos pacientes.
- El porcentaje de reducción de dosis y suspensión del tratamiento por toxicidad fue pequeño, lo que indica buena tolerancia al tratamiento, especialmente relevante en un tratamiento crónico.
- La mayor parte de las reacciones adversas ocurrieron en los tres primeros meses, siendo las hemorragias lo más frecuente.

**Conflicto de intereses:** ninguno

[\[Enlace al póster\]](#)

## TERAPIA COMBINADA DE AGONISTAS DEL GLP-1 E INHIBIDORES DE LA DPP4. LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA APORTA VALOR.

*Lafarga Lapieza, V; Caniego Rodrigo, MD; Martín Niño I; Meroño Saura, MA; Hernando Martínez, P; Barreda Hernández, D. Servicio de Farmacia. GAI Cuenca.*

### OBJETIVO

La combinación de hipoglucemiantes se establece como uno de los principales problemas relacionados con los medicamentos. En concreto, la asociación de inhibidores de la DPP4 (iDPP-4) y agonistas del receptor GLP-1 (aGLP-1) debido a su similar mecanismo de acción, pueden aumentar la toxicidad sin adicionar ventajas. Actualmente, ni los estudios disponibles ni las guías de práctica clínica recomiendan dicha combinación.

Las recomendaciones para la conciliación de la medicación en Atención Primaria (AP) cobran en el 2022 gran importancia debido a la declaración de “Medicación sin daño” como tercer reto mundial de seguridad del paciente de la OMS. A su vez, en enero 2020 se actualizó el documento consenso del SESCAM sobre el posicionamiento de los antidiabéticos insulínicos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo-2 (DM-2).

El objetivo del presente trabajo fue identificar el tratamiento concomitante con iDPP-4 y aGLP-1 en pacientes con DM-2 y evaluar la aceptación de la intervención farmacéutica (IF) y la contención de costes en un área de salud.

### METODOLOGÍA

Mediante la plataforma de explotación de datos Digitalis® se seleccionaron hasta julio 2021 todos los pacientes en tratamiento combinado con iDPP-4 y aGLP-1 durante al menos tres meses. Se realizó una revisión de la historia clínica electrónica (Mambrino® de AE y Turriano® de AP) en noviembre 2021 para confirmar la continuidad de ambos tratamientos. Se informó al médico de AP, a través de la hoja informativa de Turriano®, y al médico responsable en caso de ingreso de la contraindicación de dicha biterapia, recomendado la desprescripción o el cambio de terapia antidiabética. Tres meses después, se evaluó el grado de aceptación de la IF y el ahorro económico anual que han supuesto según el PVPiva.

La población adscrita a la GAI de Cuenca es 138.646 habitantes.

### RESULTADOS

Al inicio del estudio se seleccionaron 19 pacientes en terapia combinada con iDPP-4 y aGLP-1. Tras la revisión de la historia clínica electrónica, 5 pacientes fueron excluidos: dos pacientes por exitus, un paciente por desprescripción del aGLP-1 y otros dos pacientes por desprescripción del iDPP-4. Finalmente, 14 pacientes requirieron IF.

El grado de aceptación por parte de los médicos prescriptores fue del 29% (4/14). En todos, el tratamiento suspendido fue iDPP-4. A un paciente se le añadió metformina al tratamiento activo de aGLP-1 mientras que a otro paciente se le prescribió una combinación de metformina/inhibidor SGLT2. A los dos pacientes restantes no se les añadió nueva medicación.

Las IF han supuesto un impacto económico de contención de costes anuales de 1.919,64€.

### CONCLUSIÓN

La revisión del uso inadecuado de dichos fármacos y la correspondiente IF a los médicos prescriptores ha supuesto la aceptación y por tanto, retirada, de un tercio de los casos. Se pone de manifiesto la necesidad de mejora de comunicación entre los farmacéuticos de distintos niveles asistenciales y los médicos de AP a través de las plataformas disponibles para lograr un mejor uso del medicamento.

## PRIMERA EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA MONITORIZACIÓN DE CONCENTRACIONES DE VORICONAZOL

Vila Torres E, Mayo Canalejo B, Torres Degayon E, Pérez Serrano R, Sánchez Cadena A, Rodríguez Martínez M.  
Hospital General Universitario Ciudad Real.

### OBJETIVO:

Voriconazol presenta elevada variabilidad interindividual de sus concentraciones plasmáticas por lo que su monitorización se ha convertido en un estándar de práctica clínica para aumentar la probabilidad de éxito terapéutico minimizando los efectos adversos. El objetivo del estudio fue analizar la variabilidad de las concentraciones de voriconazol y la relación entre las concentraciones observadas y los parámetros de efectividad y seguridad en pacientes con infección fúngica (IF).

### MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes adultos hospitalizados en tratamiento con voriconazol por infección fúngica (IF) durante 2021 a los que se les había realizado  $\geq 1$  determinación de niveles valle. Las concentraciones plasmáticas de voriconazol se analizaron mediante inmunoensayo fotométrico. El fallo de tratamiento se definió como persistencia de IF en base a resultados clínicos/radiológicos o persistencia de cultivos/galactomanano positivos o exitus por IF tras  $\geq 7$  días de tratamiento. Se analizaron variables demográficas, clínicas, relativas al tratamiento con voriconazol y medicamentos concomitantes relevantes por potencial interacción y las concentraciones plasmáticas. Análisis estadístico: T-Student o U de Mann-Whitney.

### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 23 pacientes, 82,6% hombres y una media de edad 65,7 (IC95%: 61-70,3) años y peso 75,7 (IC95%: 70,6-80,8) Kg. El 73,9% eran pacientes con COVID-19 y de éstos, el 76,5% eran críticos. La mortalidad hospitalaria fue 39,1%. Todos los casos analizados fueron IF respiratorias (95,7% con oxígeno: 60,9% con ventilación mecánica). Un 69,6% eran IF probadas/probables mayoritariamente por *Aspergillus sp.* La duración media del tratamiento con voriconazol fue 18 días (IQR: 8-26). El 78,3% iniciaron voriconazol a dosis estándar y el 21,7% a dosis superiores. Se analizaron un total de 47 determinaciones. El 51,1% se situaron dentro del intervalo terapéutico (IT) (2-5,5 mcg/ml), 34% subterapéuticas y 14,9% supraterapéuticas. El promedio de tiempo hasta primera determinación fue 5,5 días (IQR: 4-16) y nº determinaciones/paciente fue 2 (IQR: 1-3). Tras la determinación: 70,2% no ajuste dosis, 23,4% ajuste dosis (45,5% alcanzan IT) y 6,4% suspenden voriconazol. No hubo diferencias en las concentraciones de voriconazol entre vía administración ( $p=0,948$ ), edad $>65$  años ( $p=0,249$ ), peso $>80$  kg ( $p=0,425$ ), pantoprazol ( $p=0,244$ ) o corticoides concomitantes ( $p=0,055$ ). El tratamiento fue evaluable en 12 pacientes: 4 pacientes fracasaron al tratamiento; el 60% de los pacientes que alcanzaron concentraciones  $\geq 1$  mcg/ml no fracasaron. Hubo 4 pacientes con elevación de transaminasas (solo 1 con niveles supraterapéuticos). La causa mayoritaria de suspensión del tratamiento fue: cambio a isavuconazol (26,1% de los pacientes) por paso a vía intravenosa en insuficiencia renal o niveles subterapéuticos de voriconazol.

### CONCLUSIONES:

Nuestros resultados muestran alta variabilidad de las concentraciones de voriconazol con tan solo la mitad de los pacientes con niveles terapéuticos a pesar de inicios de tratamiento a dosis superiores a las estándar. La implicación del Servicio de Farmacia en estrategias de optimización del tratamiento, como monitorización farmacocinética y revisión de interacciones, suponen una herramienta fundamental en el tratamiento con voriconazol. Debido al número de pacientes evaluables, la frecuente coinfección por COVID-19 y la gravedad de los mismos, se hace complejo valorar la efectividad real de voriconazol en la serie estudiada.

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## RESULTADOS EN SALUD DE GUSELKUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE

*de la Calle Riaguas B, Cortés Fernández R, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, Criado Rubio B, Alonso Salmerón F. Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo.*

### OBJETIVOS

Guselkumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-23 utilizado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave (PPMG). El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de guselkumab en PPMG en la práctica clínica.

### MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital General (junio 2019 - febrero 2022) en pacientes con PPMG en tratamiento con guselkumab. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tratamiento previo, posología y duración del tratamiento.

Para evaluar la efectividad se utilizó el Psoriasis Area Severity Index (PASI) que mide área afectada y gravedad; se puntúa de 0-72 (una mayor puntuación indica una mayor gravedad). La psoriasis moderada-grave se define por PASI > 10. La variable principal utilizada fue PASI-75 (pacientes con disminución del 75 % del PASI basal), y como variables secundarias PASI-90 (pacientes con disminución del 90 % del PASI basal) y PASI-100 (pacientes con remisión completa de las placas de psoriasis), medidos a la semana 12 y 36. No alcanzar PASI-75 se definió como ausencia de respuesta.

La seguridad se analizó con el registro de efectos adversos (EA) y suspensiones del tratamiento.

Los datos se obtuvieron del módulo de pacientes externos de Farmatools® e historia clínica electrónica.

### RESULTADOS

Se evaluaron 12 pacientes (58,3% hombres) con edad media 52,4 años (36 - 67).

El tratamiento previo de los pacientes incluyó metotrexato (75%), ciclosporina (75%) y terapia biológica (100%). La media de los fármacos biológicos previos fue de 2,5 (1 – 5) por paciente, incluyendo anti-TNF: adalimumab (66,7%), etanercept (33,3%) e infliximab (25%); anti-IL12-23: ustekinumab (66,7%) y anti-IL17A: secukinumab (16,7%) e ixekizumab (33,3%).

La dosis de guselkumab en el 75% (n=9) de pacientes fue de 100 mg en semana 0, seguido de 100 mg en semana 4 y posteriormente una dosis de mantenimiento de 100 mg cada 8 semanas. En el 25% (n=3) fue de 100 mg cada 8 semanas desde el inicio. La duración media del tratamiento fue 18 (9 – 31) meses.

El 100% (n=12) de los pacientes presentaron un PASI basal  $\geq 5$  y el 75% (n=9)  $\geq 10$ .

A las 12 semanas, el 100% (n=12) alcanzaron al menos PASI-75; consiguiendo además el 16,7% (n=2) PASI-90 y el 33,3% (n=4) PASI-100. A las 36 semanas, un 83,3% (n=10) mantuvieron al menos PASI-75; alcanzando el 25% (n=3) PASI-90 y el 41,7% (n=5) PASI-100; el 16,7% (n=2) no respondieron.

En cuanto al perfil de seguridad, el 16,7% (n=2) presentaron EA; un paciente presentó artralgias y otro reacción en el lugar de la inyección. No se produjo ninguna suspensión del tratamiento.

### CONCLUSIONES

La efectividad de guselkumab en pacientes con PPMG fue elevada a las 12 semanas de tratamiento, alcanzándose al menos PASI-75 en todos ellos y un tercio consiguió remisión completa de las placas de psoriasis. A las 36 semanas, la respuesta se mantuvo en la mayoría de los pacientes. Guselkumab presentó buena tolerancia, con baja incidencia de EA.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: RESULTADOS EN SEGURIDAD

Pérez Fácil A; Marcos de la Torre A; Saiz Molina JJ; Alañón Pardo MM; Notario Dongil C; Proy Vega B. Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

### OBJETIVOS:

- Describir el perfil de seguridad de *immune checkpoints inhibitors* en pacientes de edad avanzada.
- Analizar los motivos de suspensión de la inmunoterapia en esta población.

### MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo en pacientes de edad avanzada que recibieron *immune checkpoints inhibitors* frente a tumores sólidos (enero 2016-enero 2022) en el Servicio de Oncología de un hospital general. Criterios de inclusión:  $\geq 75$  años; tratamiento con anticuerpos frente a la proteína de muerte celular 1 (PD-1) o ligando de muerte programada (PD-L1); número de ciclos  $\geq 3$ . Criterios de exclusión: tratamiento con fármacos anticancerosos concomitantes.

Variables recogidas: sexo, edad, inmunoterapia, tipo de cáncer, número de ciclos, escala de estado funcional basal *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), número de fármacos concomitantes, escala de comorbilidad *Charlson index score*, eventos adversos según *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), motivo de suspensión y mortalidad tras 1 año de finalizar el tratamiento.

Fuentes de información consultadas: módulo de dispensación a pacientes ambulantes de Farmatools® 3.0 e historia clínica electrónica Mambrino XXI®.

### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 25 pacientes (96% hombres;  $80,16 \pm 2,96$  años de media al inicio del tratamiento). Inmunoterapia: atezolizumab (15), nivolumab (7), pembrolizumab (2), cemiplimab (1); tipo de cáncer: pulmón no microcítico (14), vejiga (9), renal (1), cabeza y cuello (1). La mediana [rango] de ciclos fue de 6 [3-53]. ECOG basal ( $1,24 \pm 1,07$  de media), fármacos concomitantes ( $7,76 \pm 2,95$  de media), *Charlson index score* ( $9,36 \pm 3,49$  de media).

Se registraron los siguientes eventos adversos: anemia (G1: 5; G2: 2; G3: 2), astenia (G1: 1; G2: 5; G3: 1), infección del tracto urinario (G2: 3; G3: 3), hematuria (G1: 1; G3: 2), neumonitis inmunomediada (G2: 1; G5: 1), candidiasis oral (G1: 1) prurito (G1: 6), dermatitis (G2: 1; G3: 1), hepatitis (G1: 1), elevación de creatinina (G2: 1; G3: 1), diarrea (G1: 2; G2: 1), estreñimiento (G1: 2), náuseas (G1: 2), mareo (G1: 1), disgeusia (1), síndrome de Sjögren (2). 3 pacientes no experimentaron eventos adversos. 19 pacientes suspendieron el tratamiento por los siguientes motivos: progresión de la enfermedad (11), muerte (5), toxicidad (3; 1 de ellas neumonitis inmunomediada fulminante). 16 pacientes fallecieron tras 1 año de la suspensión de la inmunoterapia, 1 paciente sobrevivió más de 1 año tras la suspensión.

### CONCLUSIONES:

Los eventos adversos descritos en pacientes de edad avanzada tratados con *immune checkpoints inhibitors* no difirieron a los descritos en los estudios de comercialización. Normalmente dichos eventos adversos no implicaron la discontinuación del tratamiento, por lo que pueden considerarse seguros en pacientes de edad avanzada.

Limitaciones del estudio: estudio con tamaño de muestra muy reducido y retrospectivo; es por esto, se considera necesario la realización de más estudios confirmatorios de los resultados expuestos.

Conflicto de intereses: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## DEXTROMETORFANO EN EL TRATAMIENTO/PROFILAXIS DE ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA POR METOTREXATO EN PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*López Álvarez, R, García Palomo, M, Aguado Barroso, P, Toledo Davia, MA, Torralba Fernández, L, Jiménez Méndez, C. Complejo Universitario de Toledo.*

### OBJETIVOS

El metotrexato (MTX) es un agente quimioterápico que forma parte esencial en el tratamiento de pacientes pediátricos diagnosticados de leucemia aguda linfoblástica (LAL) y otras neoplasias. Se utiliza por vía oral, intravenosa e intratecal y ha demostrado aumentar la supervivencia, a pesar de asociar como efecto adverso la neurotoxicidad. El objetivo es describir la pauta de profilaxis y tratamiento con dextrometorfano en un paciente con leucoencefalopatía por metotrexato.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del manejo terapéutico de un paciente diagnosticado de LAL de alto riesgo que presentó dos episodios clínicos que incluyeron agitación, afasia motora, parálisis facial y déficit motor de forma súbita, durante un ingreso hospitalario por neutropenia febril. Revisión de la literatura sobre las opciones terapéuticas en toxicidad neurológica por metotrexato.

### RESULTADOS

Paciente varón de 16 años, diagnosticado de LAL de riesgo intermedio y tratado según el protocolo LAL SEHOP-PETHEMA 2013 versión 2.0, que tras finalizar la fase de inducción IA pasó a alto riesgo en el día +15 por resultado de enfermedad mínima residual >10% en médula ósea. En el día +3 de la fase de inducción IB de alto riesgo, sufre un episodio de afasia motora y déficit motor súbito.

Debido a la situación clínica, se realizó una tomografía axial computerizada en la que no se observaron hallazgos agudos, y punción lumbar ante sospecha de infección de sistema nervioso central, tras lo cual tuvo un nuevo episodio de focalidad neurológica.

Los hallazgos analíticos iniciales se normalizaron y los resultados de hemocultivos y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos. Por tanto, debido a los resultados de las pruebas de imagen, se pudo sugerir como causa el tratamiento con MTX que había recibido el paciente (cuatro dosis intratecales en el mes anterior). La resonancia magnética cerebral mostró afectación multifocal y bilateral de ambos centros semioviales y de la sustancia blanca subcortical frontal posterior en forma de edema citotóxico.

Tras la revisión de series de casos, se decidió comenzar profilaxis con dextrometorfano (1-2 mg/kg) debido a que se describe en la bibliografía su uso para el tratamiento y profilaxis de la leucoencefalopatía por MTX. Se trata de un antagonista de los receptores NMDA que impide la unión de la homocisteína y sus metabolitos, cuyos niveles están elevados en plasma y LCR tras administración de MTX. Se instauró profilaxis con levetiracetam (500mg c/12h) y con dextrometorfano en gotas orales en dosis única previa a la administración de MTX y siete días después.

Tras la estabilización de los déficits neurológicos, también se pautaron rescates con piridoxina, ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub> y tetrahidrobiopterina. En el caso del ácido fólico, éste se retiró antes para evitar interacciones con la siguiente dosis de MTX.

### CONCLUSIONES

Hasta la actualidad, y tras meses de tratamiento (5 administraciones intratecales y 2 intravenosas a altas dosis) acompañado de profilaxis con dextrometorfano, no han tenido lugar nuevos episodios de encefalopatía ni otras alteraciones neurológicas. El dextrometorfano puede ser una alternativa segura y eficaz para tratamiento y profilaxis, aunque se necesitan estudios multicéntricos, aleatorizados y controlados para demostrar la eficacia de este régimen terapéutico.

No existen conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS AL INGRESO EN GERIATRÍA.

*Carrasco Corral, T. Codonal Demetrio, A. Martínez Ruiz, E. Mendoza Acosta, I. Corrales Krohnert, S. Martín Alcalde, E. Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara)*

### OBJETIVO:

Las reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) son una de las diez principales causas de mortalidad a nivel mundial. Aquellas que causan ingreso o prolongan la estancia hospitalaria presentan mayor impacto sanitario y económico. Las RAM son más frecuentes y graves en ancianos. Se ha estimado que causan entre el 10-20% de los ingresos en unidades de geriatría.

Los objetivos de este estudio fueron conocer la incidencia y las características de las RAM en pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría de un hospital de segundo nivel y registrar las intervenciones aplicadas.

### MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes conciliados desde el servicio de farmacia desde el 1 de enero hasta el 15 de enero de 2022.

Las variables recogidas fueron: demográficas, analíticas, comorbilidad, nº de fármacos, grado de dependencia y deterioro cognitivo, periodo de ingreso, motivo de ingreso, complicaciones, RAM, fármacos sospechosos e intervención aplicada.

Para ello, se revisó la historia clínica electrónica, fichas técnicas de medicamentos, se calculó carga anticolinérgica e índice de comorbilidad de Charlson (puntuación  $\geq 3$  puntos = alta comorbilidad). Los datos se explotaron a través de hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2007.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 35 pacientes. El 51% fueron hombres. La mediana de edad fue de 90 años (RIC 86,5-91,5).

El 100% de los pacientes estudiados presentaban una alta comorbilidad ( $\bar{x} = 8$ ). Un 14% era dependiente total. 23% presentaba deterioro cognitivo moderado-grave. El 89% eran polimedicados ( $> 5$  fármacos).

En 28 pacientes (80%) se detectó alguna RAM al ingreso, de las cuales el 25% fue causa directa del ingreso hospitalario. Las RAM más frecuentes fueron: desequilibrio electrolítico (21%), hemorragias digestivas (15%), alteraciones gastrointestinales (15%), caídas (8%), edemas (8%). Los grupos terapéuticos causantes de RAM más frecuentes fueron: diuréticos (12%), antidepresivos (12%), anticoagulantes orales (12%), IECA/ARA-II (10%), hierro oral (7%), antagonistas calcio (7%), antiagregantes (5%), opioides (5%), antipsicóticos (5%).

De los pacientes con RAM, 11 presentaban insuficiencia renal (39%) y 21 carga anticolinérgica con riesgo medio-alto (75%).

La media de fármacos sospechosos de RAM/paciente fue 1,68. La estancia media fue 6 días/paciente.

Se intervino en un 57% de los fármacos sospechosos de RAM: 71% correspondió a retirada del fármaco, 17% reducción de dosis, 8% aumento de dosis y 4% inicio de tratamiento.

### CONCLUSIONES:

Nuestro estudio ha detectado una proporción importante de RAM al ingreso, pese a la limitación de tener una muestra pequeña y de haberse realizado en un corto periodo de tiempo.

Destacar que un elevado porcentaje eran pacientes polimedicados, con deterioro de la función renal y elevada carga anticolinérgica, por lo que serían candidatos a realizar una monitorización más estrecha de su tratamiento.

Se ha podido intervenir en más de la mitad de los fármacos sospechosos de producir RAM.

Sería recomendable analizar una muestra de pacientes mayor, en la que poder identificar posibles factores de riesgo y fármacos, para disminuir y prevenir la incidencia de RAM en pacientes geriátricos.

CONFLICTO DE INTERESES: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE INDICACION, COSTES DE USO Y EFECTIVIDAD DE CEFIDEROCOL

*Collado Sanz, JM., Del Pozo Carlavilla, C., Serna Serrano, B., Alabort Ayllón, H., Tébar Martínez, E., Drozd Vergara, A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### INTRODUCCIÓN:

Cefiderocol es una cefalosporina siderófora de sexta generación utilizada para el tratamiento de infecciones por bacterias gram negativas aerobias multirresistentes. Se trata de un antibiótico de alto impacto económico de reciente autorización (abril de 2020)

### OBJETIVOS:

Evaluar las condiciones y costes de utilización de cefiderocol, así como su efectividad tras aproximadamente 2 años de experiencia de uso en un hospital de tercer nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional de 2 años de duración, en el que se incluyeron todos los pacientes que han estado en tratamiento con cefiderocol. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, comorbilidades, duración del tratamiento y pauta prescrita, coste total del tratamiento por paciente, patógeno implicado, foco infeccioso, indicación según antibiograma y según criterio clínico, alternativas de tratamiento según antibiograma, duración del ingreso y resultado de alta, reingreso en los 3 meses posteriores o exitus.

### RESULTADOS:

Durante el período de estudio se solicitó tratamiento con cefiderocol para 10 pacientes, de los cuales 9 fueron tratados. El 90% fueron hombres, la media de edad fue 60 años, y el 70% del total presentaba alguna comorbilidad (diabetes, inmunosupresión, patología hematológica), la duración media del tratamiento fue 15 días y la pauta más prescrita 2g/8h. El coste medio del tratamiento por paciente tratado fue de 11042 euros. Los microorganismos implicados fueron *Pseudomonas aeruginosa* (7 pacientes), *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* (1 paciente cada uno). Los focos de infección principales fueron urinario y respiratorio (3 pacientes cada uno), osteoarticular (2), sangre (1 paciente) y piel y partes blandas (1 paciente). En 7 de los 9 pacientes tratados, cefiderocol se encontraba indicado y testado por antibiograma; en aquellos que no se testó o existía alternativa se utilizó por criterio clínico (mala penetrancia de los antibióticos alternativos en el tejido afectado por la infección o función renal comprometida). En 8 de los 9 pacientes tratados existía sensibilidad a colistina, y en 4 de los 9, a más antibióticos aparte de colistina. La duración media del ingreso fue de 46 días, 7 pacientes (78%) recibieron el alta con mejoría clínica tras el tratamiento, 2 (22%) precisaron reingreso al menos 3 meses después del alta y 1 (11%) falleció durante su estancia en el hospital consecuencia de la infección.

### CONCLUSIONES:

Si bien el uso de cefiderocol no siempre se ha justificado por antibiograma, por la existencia de alternativas en algunos pacientes, sí que se ha usado de forma adecuada entendiendo el contexto clínico de cada paciente. Su uso ha supuesto un elevado coste directo para el hospital desde que se comenzó a utilizar (99375 euros en total). Sin embargo, de entre los pacientes tratados con cefiderocol, el éxito clínico ha sido muy elevado, de manera que su uso cumpliendo las condiciones adecuadas, podría estar justificado, si bien es necesario verificarlo con estudios que incluyan mayor número de pacientes que evalúen más profundamente la adecuación, beneficio y justificación de su uso frente a otros antibióticos.

Los autores no declaran conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

*Hernando Martínez P, Meroño Saura MA, Fernández-Bravo Rodrigo J, Lafarga Lapieza V, Canales Ugarte S, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. GAI de Cuenca.*

### OBJETIVOS

Sacubitrilo/Valsartán es una combinación de un inhibidor de neprilisina y un antagonista del receptor de angiotensina-II, indicada en insuficiencia cardiaca crónica sintomática (ICC).

El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación del uso y la prescripción de sacubitrilo/valsartán en un hospital de III-nivel según los criterios de uso establecidos en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la AEMPS.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron pacientes hospitalizados con dispensaciones de sacubitrilo/valsartán en sus diferentes dosis 24/26mg, 49/51mg y 97/103mg entre agosto'21-enero'22, utilizando como fuentes de datos el programa Farmatools® y la historia clínica informatizada Mambrino XXI®. Se recopilaron variables demográficas (sexo, edad), indicación, primera prescripción, dosis prescrita y titulación de dosis. Para valorar la adecuación al IPT se analizó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), péptido natriurético cerebral (NTproBNP) y tratamiento previo con IECAs/ARA-II combinado con beta-bloqueantes. La seguridad se estableció evaluando la aparición de efectos adversos y continuación de tratamiento tras el alta hospitalaria.

### RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, 29(71%) hombres y 12(29%) mujeres, con una mediana de edad de 71 años (40-93). Los servicios prescriptores fueron cardiología (56,1%), medicina interna (34,1%) y otros (9,8%).

En relación a la dosis prescrita, el 85,4% de los pacientes recibieron la pauta de 24/26mg, siendo 57% primeras prescripciones. Mientras que el 14,6% que recibieron la pauta de 49/51mg eran en su totalidad dosis de continuación. El 41,5% de los pacientes toleraron una titulación de la dosis, de los cuales, el 23,5% alcanzó la dosis objetivo de 97/103mg.

El 70,7% presentaban una FEVI<35% frente a un 24,4% con FEVI>35% y en el 4,9% no estaba filiada. El criterio de NTproBNP>400pg/ml se cumplió en un 87,8% y no se analizó en un 7,3%. El 83% había recibido tratamiento previamente con IECA/ARA-II combinado con beta-bloqueantes frente a un 17% de pacientes naïve.

Aparecieron reacciones adversas en 11(26,8%) pacientes principalmente hipotensión e hiperpotasemia, de los cuales 8(72,7%) suspendieron el tratamiento. Del total, 31,7% suspendieron el tratamiento y en un 7,3% de los pacientes se redujo la dosis.

### CONCLUSIONES

En el IPT establecen los siguientes criterios de uso: FEVI<35%, NTpro-BNP>400pg/ml en pacientes ingresados y mal control sintomático con dosis estables de IECAS/ARA-II asociado a betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona.

Se observa una adecuación al IPT en todos los aspectos mencionados en, al menos, un 70% de los pacientes, con un menor cumplimiento en la FEVI.

Destaca el uso continuado de las dosis más bajas, a pesar de que, en ficha técnica se indica únicamente como tratamiento de inicio, pudiendo relacionarse en parte, a la incidencia de efectos adversos. Solo una décima parte del total toleró la titulación de dosis hasta alcanzar la dosis objetivo.

Reforzar el cumplimiento del IPT por parte de los prescriptores resulta necesario para lograr una mayor eficiencia en el uso de este fármaco, así como realizar estudios de efectividad, seguridad y adherencia a largo plazo, para evidenciar el verdadero papel de sacubitrilo/valsartán en el tratamiento de la ICC.

### CONFLICTO DE INTERESES

No se declaran.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DEL FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*Serna Serrano B, Ortiz Navarro MR, Del Pozo Carlavilla C, Alabort Ayllón H, Tébar Martínez E, Drozd Vergara A.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS.

En los últimos años el rol del Farmacéutico Hospitalario (FH) ha ido adaptándose a las nuevas necesidades clínicas de los pacientes, formando parte de los equipos multidisciplinares y optimizando el manejo de la medicación para mejorar la calidad asistencial-farmacoterapéutica. El objetivo es evaluar el resultado de la actividad del FH mediante el análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en un Servicio de Urgencias (SU).

### MÉTODOS.

Estudio prospectivo de 30 días de duración (entre septiembre y octubre de 2021) que incluyó a todos los pacientes revisados en horario de mañana del área de observación del SU de un hospital de tercer nivel. Los datos clínicos se obtuvieron de la entrevista clínica con el paciente y su historia clínica (Mambrino XXI®). Las IF se comunicaron por vía oral y escrita al médico responsable. Las variables estudiadas fueron: número de pacientes y características demográficas, promedio de estancia en el SU y registro de IF realizadas y aceptadas (conciliación en el SU (CSU); adecuación farmacoterapéutica (AF); solicitud de pruebas (SP); cambios en la terapia por revisión de interacciones farmacológicas (CT-RIF)). Las IF de los pacientes procedentes del SU que ingresaron, se reevaluaron de nuevo en el proceso de transición asistencial (IF-TA) al alta del SU. Los datos recogidos se registraron en Excel.

### RESULTADOS.

- Se revisaron 181 pacientes, de los cuales se intervino en n=37(54% varones – 46% mujeres; mediana de edad 76 años (rango 38-96); estancia en SU  $\bar{x}$ = 13 ± 9,6 horas.
- En n=37 pacientes, las IF realizadas en el SU fueron n=49 (92% aceptadas): CSU n=35 con 89% de aceptación (n=31 por defecto vs n=4 exceso); AF n=3, SP n=3 y CT-RIF n=8 con 100% de aceptación respectivamente. En el 81% de los pacientes intervenidos en el SU, fue necesaria su reevaluación al alta del SU.
- En n=30 pacientes reevaluados al alta del SU, las IF-TA realizadas fueron n=34 (74% aceptadas): conciliación n=30 con 70% de aceptación (n=29 por defecto vs n=1 exceso) y AF n=4 con 100% de aceptación.
- **Del total de intervenciones realizadas(n=83), el 84% de ellas fue aceptada.**

### CONCLUSIONES.

Son numerosos los estudios que demuestran que la participación activa del FH en los SU, ha conseguido resultados satisfactorios en la mejora de la seguridad y calidad asistencial de los pacientes, por ello, nos vimos en la necesidad de poner a prueba esto en nuestro medio. El grado de acogida de este programa piloto en nuestro hospital, tuvo una grata aceptación como demuestran los resultados preliminares de este estudio: en tan sólo 30 días se realizaron un total de 83 intervenciones, de las cuales, el 84% fueron aceptadas. Los SU son un punto crítico de actuación en el que el FH, formando parte activa del equipo multidisciplinar, puede colaborar en esta estrategia de seguridad y garantía de calidad.

### CONFLICTO DE INTERESES.

Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ATEZOLIZUMAB EN CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO

*Deán Barahona, C; Casarrubios Lázaro, GI; Corrales Kronherth, S; Miranda del Cerro, A; Mendoza Acosta, I; De Juan-García Torres, P. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

Atezolizumab está indicado en monoterapia en pacientes adultos con carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico que han progresado a quimioterapia basada en platinos o que no son aptos para cisplatino. El objetivo del estudio es analizar la efectividad y seguridad de atezolizumab en pacientes con CU en un hospital de segundo nivel.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado entre mayo de 2018 y enero de 2022. Se incluyeron los pacientes con CU metastásico tratados al menos con dos ciclos de atezolizumab. Variables recogidas del programa de prescripción electrónica de antineoplásicos y de historia clínica: edad, sexo, línea de tratamiento, duración de tratamiento, número de ciclos, causa finalización tratamiento. Variables evaluadas de efectividad y seguridad: supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y efectos adversos y gravedad según criterios CTCAE v.4.0. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM-SPSS-Statistics®v25.0.

### RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes (100% hombres) con una mediana de edad de 71 años (RIC 67-75). 17 pacientes recibieron atezolizumab en 2ª línea y 1 paciente en 3ª línea. El periodo de estudio fue de 44 meses. En la fecha fin de estudio 3 pacientes (17%) continuaban con el tratamiento. Las causas de suspensión del tratamiento con atezolizumab fueron progresión de la enfermedad (n=12), *exitus* (n=2) y toxicidad por neumonitis inmunorrelacionada (n=1). La mediana de duración de tratamiento fue de 3,2 meses (RIC 1,2-9). La mediana de ciclos de atezolizumab fue de 6 (RIC 3,25-14) y 9 pacientes (50%) recibieron más de 6 ciclos. La mediana de SLP fue de 4,14 meses (RIC 2,8-5,4) y la mediana de SG fue de 11,82 meses (RIC 9,6-13,9). El 100% de los pacientes presentó alguna reacción adversa. Como toxicidad hematológica el 77% de los pacientes sufrió anemia G1-2 y el 11% trombopenia G1-2. Solo un paciente tuvo anemia G3. Las reacciones adversas no hematológicas más frecuentes fueron: hiperglucemia G1-2 (67%), toxicidad renal (61%), astenia G1-2 (50%), hiponatremia (50%), aumento de transaminasas (22%), aumento de TSH (22%) y diarrea (22%). Dos pacientes presentaron neumonitis y uno nefritis después de haber finalizado el tratamiento, probablemente secundarias a atezolizumab. Un paciente presentó neumonitis durante el tratamiento precisando la suspensión definitiva.

### CONCLUSIONES

- La SLP y SG son superiores a las del ensayo pivotal (SLP: 2,1 meses y SG: 9,2 meses).
- El elevado porcentaje de pacientes que no alcanzó 6 ciclos de tratamiento apoya la necesidad de disponer de biomarcadores que permitan identificar qué pacientes se pueden beneficiar más del tratamiento.
- Todos los pacientes presentaron efectos adversos aunque la mayoría fueron leves y no conllevaron la interrupción del tratamiento.

Sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA INGRESADOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

*Alañón Pardo, MM, Sáiz Molina, JJ, Pérez Fácila, A, González Escribano, C, Marcos de la Torre, A, Conde García, MC. Servicio de Farmacia. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

### OBJETIVOS:

Analizar el consumo de fármacos con carga anticolinérgica en pacientes con edad avanzada ingresados en un servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

### MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes cuya medicación crónica fue conciliada por el farmacéutico a su ingreso en el servicio de COT de un hospital general desde 1 noviembre 2021 hasta 15 febrero 2022 (exceptuando el período 23 diciembre 2021 - 15 enero 2022). Criterios de inclusión: edad  $\geq$  65 años,  $\geq$  tres medicamentos crónicos (exceptuando analgésicos y/o antiinflamatorios) y motivo de ingreso en el que se estimaba media-larga estancia hospitalaria. Criterios de exclusión: pacientes con dificultad en la comunicación y sin acompañante durante la entrevista farmacéutica.

Variables recogidas: sexo, edad, comorbilidades, lugar de residencia (domicilio / centro sociosanitario), motivo de ingreso, tipo de ingreso (urgente/programado), medicamentos prescritos de manera crónica (según clasificación Anatómica, Terapéutica y Química), medicamentos con carga anticolinérgica (evaluada mediante la escala *Drug Burden Index*, DBI) y riesgo anticolinérgico total según puntuación de la escala DBI (riesgo "bajo": 0 puntos; riesgo "moderado":  $> 0$  y  $< 1$  puntos; riesgo "alto"  $\geq 1$  puntos).

Fuentes de información consultadas: programa de prescripción en receta electrónica (Fiebrabrás®), historia clínica electrónica (Mambrino XXI®) y entrevista farmacéutica presencial con el paciente y/o familiar/cuidador. La herramienta "Anticholinergic Burden Calculator" fue utilizada para calcular el riesgo anticolinérgico según DBI (disponible en: <https://www.anticholinergicscales.es/>).

### RESULTADOS:

La muestra del estudio fue constituida por 73 pacientes (72,6% mujeres), con una media  $\pm$  desviación estándar de edad de  $80,0 \pm 7,1$  años y  $3,9 \pm 2,7$  comorbilidades/paciente (rango: 2-9). La mayoría (97,3%) residía en sus domicilios; el resto, en centros sociosanitarios. Motivos de ingreso mayoritarios: fractura de cadera (46,6%), gonartrosis (28,8%), coxartrosis (5,5%) y fractura de fémur (5,5%). El 54,1% de los ingresos fueron urgentes.

Se evaluaron un total de 581 medicamentos crónicos al ingreso hospitalario ( $7,9 \pm 3,9$  medicamentos/paciente; rango: 3 - 25). Los grupos terapéuticos mayoritarios fueron: N - "Sistema Nervioso" (25,6%), C - "Aparato Cardiovascular" (24,4%), y A - "Tracto Alimentario / Metabolismo" (24,3%). 113 (19,4%) medicamentos crónicos presentaban carga anticolinérgica, siendo los más frecuentes: tramadol (13,3%), lorazepam (9,7%), trazodona (6,2%), alprazolam (5,3%), diazepam (3,5%), amitriptilina (3,5%), quetiapina (3,5%), sertralina (2,7%) y citalopram (2,7%).

El riesgo anticolinérgico fue "bajo" en el 35,6% de los pacientes; "moderado" en el 38,4% de los pacientes y "alto" en el 26,0% de los pacientes.

Distribución de prevalencia de riesgo anticolinérgico "alto" según características de la muestra estudiada: mujeres (26,4%) vs. hombres (25,0%),  $< 80$  años (29,4%) vs. edad  $\geq 80$  años (22,5%), residentes en domicilio (11,3%) vs. centros sociosanitarios (100%), ingresos por fracturas óseas (30,0%) vs. osteoartrosis (20,0%), ingresos programados (21,2%) vs. urgentes (30,0%),  $< 10$  medicamentos/paciente (20,8%) vs.  $\geq 10$  medicamentos/paciente (38,1%).

### CONCLUSIONES:

La prescripción de fármacos anticolinérgicos es frecuente en pacientes con edad avanzada ingresados en COT, destacando los analgésicos opioides, las benzodiazepinas y los antidepresivos.

Existe una mayor prevalencia de riesgo anticolinérgico "alto" en los pacientes procedentes de centros sociosanitarios y en los pacientes consumidores de  $\geq 10$  medicamentos.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE FARMACIA ONCOLÓGICA.

Mendoza Acosta I, de Juan-García Torres P, Deán Barahona C, Pérez Maroto MT, Martínez Ruiz E, Horta Hernández AM. Hospital Universitario de Guadalajara.

### OBJETIVOS

Analizar los resultados de actividad y satisfacción de los pacientes que acuden a una consulta de Farmacia oncológica presencial en el hospital de día oncohematológico.

### MÉTODOS

Estudio transversal de un mes de duración que incluyó a todos los pacientes o cuidadores que acudieron a la consulta en junio de 2021. La actividad se midió mediante el número de primeras visitas y visitas sucesivas registradas en el sistema de citaciones del Hospital. Para medir la actividad de atención farmacéutica se registraron las intervenciones realizadas en el programa de dispensación electrónica y/o en la historia clínica del paciente. La satisfacción de los pacientes se midió mediante una encuesta previa firma del consentimiento informado.

Se recogieron datos demográficos, diagnósticos, servicios y tipo de tratamientos.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Evaluación e Investigación del hospital. Los datos se presentan como medianas y rangos intercuartílicos para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

### RESULTADOS

Se realizaron 270 visitas siendo el 20% primeras visitas. La mediana de edad fue de 69 años (RIC:59-77) y un 54% hombres. Los servicios prescriptores fueron: oncología 65%, hematología 28% y urología 7%. Al 91% de los pacientes se les dispensó un tratamiento antineoplásico y al 9% tratamiento de soporte. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de mama 16%, cáncer de pulmón 12% y mieloma múltiple 10%. Los fármacos más dispensados fueron capecitabina 13%, lenalidomida 9% y palbociclib 6%.

Se realizaron un total de 245 intervenciones farmacéuticas en 112 pacientes (2,2 intervenciones/paciente). Estas intervenciones fueron: revisión del tratamiento habitual 31%, entrega de información oral y escrita sobre efectos adversos 23%, revisión de interacciones 18%, entrega de información oral y escrita sobre su tratamiento en primera visita 15% y 7% en visitas sucesivas, detección de falta de adherencia y educación para su mejora 3%, suspensión de medicación por interacción 2% y detección de efectos adversos no detectados por el médico 1%.

Los resultados de satisfacción de los pacientes y/o cuidadores según las encuestas realizadas fueron:

- Acceso de la consulta: muy buena 66%, buena 32% y regular 2%.
- Horario: muy buena 50%, buena 40%, regular 9% y muy mala 1%.
- Tiempo de espera: muy buena 48%, buena 38%, regular 13% y muy mala 1%.
- Privacidad: muy buena 71%, buena 26%, regular 2% y muy mala 1%.
- Trato del farmacéutico: muy buena 90%, buena 9% y muy mala 1%.
- Información recibida: muy buena 86%, buena 13% y muy mala 1%.
- Tiempo dedicado: muy buena 72% y buena 28%.
- Satisfacción general: muy buena 81%, buena 18% y regular 1%.

### CONCLUSIONES

Existe un porcentaje importante de primeras visitas a la consulta de Farmacia oncológica. La mayoría de los pacientes atendidos pertenecen al servicio de oncología. La revisión del tratamiento habitual, junto con la información sobre efectos adversos y revisión de interacciones son las intervenciones farmacéuticas más realizadas. La satisfacción general fue muy buena destacando el trato del farmacéutico como el aspecto mejor valorado y el tiempo de espera como el peor.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA INICIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

*Pardo Sánchez R1, Sirvent Segovia AE2, Miralles Moragrega R2, Ruiz Sánchez S1, Córcoles Ramírez A1, Pagán Nuñez FT1. Servicio de Farmacia1, Servicio de Endocrinología2. Hospital General de Almansa.*

### OBJETIVOS:

Describir la implantación de la nueva unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UdNut) en un Hospital Comarcal y detallar la actividad inicial desde su constitución.

### MÉTODOS:

Creación de la UdNut en septiembre de 2021. Se recogieron los datos clínicos de los pacientes valorados por la nueva unidad entre septiembre y diciembre de 2021. Se midieron los "seguimientos" en días (pacientes por días de seguimiento). Del programa de gestión de farmacia se obtuvieron los datos de consumo de nutrición artificial y comparamos los promedios mensuales asociados al periodo pre-implantación (enero-agosto de 2021) y post-implantación (septiembre-diciembre de 2021).

### RESULTADOS:

La UdNut está compuesta por un equipo multidisciplinar integrado por facultativos de Endocrinología, dietista-nutricionista, farmacéutico hospitalario y personal de enfermería, encargados de realizar intervención nutricional tras valoración de peticiones de interconsulta de los diferentes servicios del hospital (principalmente medicina interna, cirugía general y anestesia/reanimación). El servicio de Farmacia participa principalmente en la valoración, seguimiento y diseño de las nutriciones parenterales y en la selección de la nutrición artificial incluida en guía.

Durante los cuatro primeros meses de trabajo, se siguieron durante 887 días a 110 pacientes (media de seguimiento: 8,06 días/paciente; 27,5 pacientes/mes). De estos días, el 41,1% fueron de pacientes que precisaron adaptación de la dieta; 25,7% nutrición parenteral, 21,2% dieta más suplementos nutricionales orales y 11,9% nutrición enteral por sonda.

Respecto al consumo de nutrición enteral, el promedio mensual en el periodo de pre-implantación fue de 272,13 unidades/mes y en post-implantación de 439,75 unidades/mes (incremento del 61,6%). Específicamente destaca el aumento del consumo de unidades de suplementos nutricionales orales hiperproteicos e hipercalóricos que se incrementó en un 101,4%, la nutrición enteral por sonda normoproteica y normocalórica aumentó un 231,8%; así como la disminución del consumo de suplementos nutricionales orales y nutrición enteral por sonda para diabéticos que se redujo en un 58% y 78% respectivamente.

Respecto al consumo de nutrición parenteral, el promedio mensual pre-implantación fue de 25 unidades/mes y post-implantación de 44 unidades/mes (incremento 76%), atendiendo a un promedio mensual de 5 pacientes/mes pre-implantación vs 9 pacientes/mes post-implantación. El consumo medio mensual de nutriciones parenterales estándares se incrementó un 63,2% y el de nutriciones personalizadas aumentó un 116,7% (excluyendo una NP domiciliaria personalizada).

### CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos ponen de manifiesto la importancia de la desnutrición en el hospital y la necesidad de un equipo multidisciplinar que optimice las intervenciones nutricionales de los pacientes ingresados y de los que precisan continuar tratamiento tras el ingreso. Se observa un incremento del consumo de fórmulas de nutrición artificial, que se puede relacionar con la detección precoz de la desnutrición por cribado (incluyendo pacientes que antes pasaban desapercibidos) y soporte adecuado. Destaca la disminución de consumo de fórmulas específicas para diabetes, para las que no existe una evidencia clara y el aumento de la individualización de las nutriciones parenterales.

**CONFLICTO DE INTERESES:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN UN HOSPITAL GENERAL

*Cortés Fernández R, de la Calle Riaguas B, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, Criado Rubio B, Alonso Salmerón FJ. Hospital universitario nuestra señora del Prado. Talavera de la Reina.*

### OJETIVO

Alirocumab es un anticuerpo monoclonal perteneciente a los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9).

El objetivo es comparar el perfil de efectividad y seguridad de alirocumab en los pacientes de nuestro hospital.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo en un Hospital General (Noviembre 2016-Febrero 2022) en pacientes con hipercolesterolemia y/o enfermedad cardiovascular en tratamiento con alirocumab. Variables registradas: sexo, edad, servicio médico, duración de tratamiento, terapia previa con iPCSK9 y tratamiento hipolipemiente concomitante.

Para evaluar la efectividad se comparó el valor de c-LDL basal, a las 12 y 52 semanas. Como variable principal se midió la reducción del valor medio de c-LDL en semana 12 y 52 comparado con el valor c-LDL medio basal.

Al inicio del tratamiento se establecieron tres intervalos: c-LDL >200 mg/dL, 100-200 mg/dL y <100 mg/dL. En semana 12 y 52, los intervalos establecidos fueron c-LDL >100 mg/dL, 50-100 mg/dL y <50 mg/dL.

Como variables secundarias se analizaron: % de pacientes con cambio de dosis y % con tratamiento hipolipemiente concomitante (estatina+ezetimiba/estatina/ezetimiba).

La seguridad se analizó con el registro de efectos adversos (EA) a alirocumab y suspensiones de tratamiento. Los datos se obtuvieron del módulo de pacientes externos de Farmatools® e historia clínica electrónica.

### RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes (74% hombres) con edad media 62,5 años (42-86).

El 58% (n=11) a cargo de Endocrinología y el 42% (n=8) de Cardiología. La duración media del tratamiento fue de 40,4 meses (2-63). En semana 12 y 52, se excluyó 1 paciente del análisis por no alcanzar 12 semanas con alirocumab. El 16% (n=3) había recibido terapia previa con evolocumab: 2 cambiaron por falta de eficacia y 1 paciente por c-LDL de 5 mg/dL. La media global de c-LDL basal, en semana 12 y 52 fue de 155, 75 y 73 mg/dL respectivamente. Supone una reducción de c-LDL del 80 mg/dL (51,7%) en semana 12 y 82 mg/dL (53%) en semana 52 con respecto al c-LDL basal medio.

En cuanto a los intervalos establecidos, al inicio, el 16% (n=3) presentó c-LDL >200 mg/dL (211-301), el 79% (n=15) c-LDL 100-200 mg/dL (100-177) y el 5% (n=1) c-LDL <100 mg/dL (85).

En semana 12, el 22% (n=4) tenía c-LDL >100 mg/dL (102-154), el 28% (n=5) c-LDL 50-100 mg/dL (66-92) y el 50% (n=9) c-LDL <50 mg/dL (5-49). En semana 52, el 28% (n=5) presentó c-LDL >100 mg/dL (109-143), el 28% (n=5) c-LDL 50-100 (52-100) y el 44% (n=8) c-LDL <50 mg/dL (5-45).

El 26% (n=5) sufrió aumento de dosis de 75 mg c/15 d a 150 mg c/15 d y 1 paciente, reducción de 150 mg c/15 d a 75 mg c/15 d por síndrome pseudogripal y disnea que derivó en suspensión del tratamiento. El 74% (n=14) estaba con tratamiento hipolipemiente concomitante [32% (n=6) estatina+ezetimiba, 26% (n=5) estatina y 16% (n=3) ezetimiba].

### CONCLUSIONES

Alirocumab redujo significativamente los niveles de c-LDL y fue bien tolerado.

La efectividad puede estar influida por la falta de adherencia con estatinas y/o ezetimiba, relajación del cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas o niveles basales muy elevados de c-LDL que dificulta conseguir niveles objetivo.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN UNHOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Criado Rubio B, Lomares Manzano I, De la Calle Riaguas B, Gómez Espinosa P, Juliá Luna FJ, Alonso Salmerón FJ. Hospital universitario nuestra señora del Prado. Talavera de la Reina.*

### OBJETIVOS:

La Anfotericina B Liposomal (ABL) es un antifúngico aprobado para el tratamiento de las micosis sistémicas graves y como tratamiento empírico en pacientes neutropénicos.

Se pretende evaluar el perfil de utilización, efectividad y seguridad en un hospital de tercer nivel.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en tratamiento con ABL desde Enero-2021 hasta Enero-2022.

Se han empleado los programas informáticos Farmatools e ICIP para recoger las variables del estudio: Sexo, edad, peso, servicio de hospitalización, indicación terapéutica, dosis/kg pauta, creatinina basal y uso concomitante con otros antifúngicos. La efectividad se cuantificará según la negativización de los cultivos positivos para hongos. El perfil de utilización se medirá conforme a las indicaciones y posologías descritas en ficha técnica (FT). La seguridad se evaluará en función de los efectos adversos (EA) notificados.

### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 60 pacientes (65% hombres), con una mediana de edad de 62 años (22 – 83) y un peso medio de 79 kg (46 – 150). Del total de los pacientes, el 51,6% pertenecen a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 18,4% a Oncohematología, el 10% a Neumología y el 20% a Medicina Interna. El 26,7% de los pacientes fueron diagnosticados de aspergillosis, el 11,7% de candidiasis, el 6,7% de leishmaniasis, el 3,3% de criptococosis.

EL 16,7% recibieron ABL como tratamiento empírico en paciente neutropénico y el 35% como indicación fuera de FT (siendo el 81% de los pacientes de UCI). El ABL ha sido prescrito a una dosis media de 4,2 mg/kg durante 12 días (1 – 65).

Al final del estudio, 5 pacientes continuaban con ABL y en 55 se había suspendido. Las causas más frecuentes de suspensión fueron: 38,2% por curación, 29% por éxitus y 12,8% por fin de tratamiento profiláctico.

Los EA más frecuentes fueron hipopotasemia (28,3%), fiebre y reacciones asociadas a la perfusión (16,7%), alteraciones hepáticas y elevación de la fosfatasa alcalina (13,3%) y plaquetopenia (10%). EA como la uremia, hiperglucemia, vasodilatación, artralgias y somnolencia fueron notificados en un porcentaje <6,7%. 2 pacientes experimentaron una elevación de la creatinina sérica del doble o más a la basal.

Un total de 9 pacientes fueron tratados concomitantemente con Isavuconazol y 2 con Andiulafungina, formando una doble terapia. 8 pacientes usaron una combinación de los 3.

### CONCLUSIONES:

La efectividad del ABL ha sido de aproximadamente la mitad en los pacientes que han presentado un cultivo positivo. No obstante hemos observado, principalmente en UCI, un uso de ABL fuera de indicación en un porcentaje considerable de pacientes. Es utilizado como primera línea de tratamiento en combinación con otros antifúngicos, además de ser prescrito a dosis máxima.

Pese a ser un fármaco potencialmente nefrotóxico, en nuestra experiencia de uso se ha observado un elevado número de EA descritos en FT que, generalmente, no han sido valorados cínicamente o se han corregido favoreciendo la cascada terapéutica.

Es de vital importancia identificar qué pacientes pueden verse beneficiados del tratamiento con ABL, evitando su empleo en indicaciones sin evidencia científica suficiente.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

*Jiménez Méndez C., López Álvarez R., Toledo Davia M.A., Torralba Fernández L., Blázquez Romero C., Moya Gómez P. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo*

### OBJETIVOS

Evaluar la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa (ACODs) en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel, así como analizar el grado de adecuación de la prescripción en pacientes con deterioro de la función renal.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 7 meses de duración (agosto 2021-febrero 2022) en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados con prescripción de ACOD. Se usaron como criterios de adecuación de la prescripción las recomendaciones posológicas de los ACODs según ficha técnica.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, fármaco prescrito y su dosis, creatinina sérica pre-ingreso y fármacos prescritos de forma concomitante que impliquen la modificación de la posología del ACOD. Para el cálculo del filtrado glomerular se utilizó la fórmula MDR/CKD-EPI (Modification of Diet in Renal Disease/Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Las fuentes de información empleadas fueron el programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y la historia clínica informatizada (Mambrino®). Los datos se trataron y se analizaron en una hoja Excel®.

### RESULTADOS

Se analizaron 409 pacientes, 203 hombres (49.63%) y 206 mujeres (50.37%). La mediana fue de 83 años [17-99] años.

El 46.9% (192) de los pacientes estaban en tratamiento con apixabán. De éstos, el 3.6% de los pacientes estaban sobredosificados, 71.4% por no realizar ajuste renal y 26.8% por cumplir criterios de reducción de dosis: edad mayor de 80 años y creatinina mayor o igual a 1.5 mg/dl. Un 1% de los pacientes estaban infradosificados a pesar de no cumplir criterios de reducción de dosis. El 57.3% de pacientes cumplían uno de los criterios (edad o creatinina) y dependían del factor peso, que no pudo ser evaluado.

Respecto a dabigatrán 10.7% (44) pacientes con este tratamiento, de los cuales 11.4% con una edad mayor de 80 años y función renal normal estaban infradosificados. Ninguno de los 44 pacientes estaba en tratamiento concomitante con fármacos que impliquen una reducción de dosis (verapamilo, ketoconazol, ciclosporina).

Se analizaron 96 (23.5%) pacientes en tratamiento con edoxabán. El 8.3% estaban siendo sobredosificados, ya que no necesitaban ajuste según su función renal. En cambio, el 30.2% de los pacientes estaban infradosificados, ya que su función renal no estaba alterada, ni estaban en tratamiento concomitante con fármacos que impliquen un ajuste de dosis.

Al 18.8% (77) de los pacientes se les prescribió rivaroxabán. Un 3.9% estaban sobredosificados, por no realizar ajuste renal. Sin embargo, el 31% de los pacientes estaban infradosificados, puesto que no tenían criterios de ajuste por función renal.

### CONCLUSIONES

En general, el manejo de los ACODs se realiza adecuadamente en función de la edad, función renal y aclaramiento de creatinina. Los tratamientos concomitantes con fármacos que exigen la adecuación de la dosis de ACODs no son frecuentes, por ello no podemos llegar a conclusiones sobre el manejo de estos fármacos en este supuesto.

## FORMULACIÓN DE UNA CREMA ANESTÉSICA TÓPICA PARA LA PREVENCIÓN DEL DOLOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN VAGINAL DE ÁCIDO HIALURÓNICO

*Miranda del Cerro, A1; Martín Alcalde, E1; González Segura, Ga2; Crespo Criado, M2; Tardágil Molina, P1; Deán Barahona, C1 Servicio de Farmacia 1. Servicio de Ginecología2. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVO:

El ácido hialurónico (AH) es un glucosaminoglucano que inyectado por vía intramucosa vaginal está indicado para mejorar y corregir los síntomas de la atrofia vulvovaginal (sequedad e irritación). Previo a su aplicación, se recomienda administrar un anestésico local para reducir el dolor de esta terapia. El objetivo es describir una fórmula magistral (FM) anestésica tópica elaborada por el servicio de farmacia y evaluar su eficacia.

### MÉTODOS:

El Servicio de Ginecología solicitó una FM tópica para mejorar el manejo del dolor en pacientes en los que se administra AH vía vaginal. Se realizó una búsqueda bibliográfica para estudiar las evidencias existentes en el uso de anestésicos locales a diferentes concentraciones. Para seleccionar el vehículo idóneo, se revisaron las fichas técnicas de los principios activos y de diversos excipientes de uso tópico. Así como, los procedimientos de varias formulaciones tópicas anestésicas descritas en la literatura. Para valorar la efectividad y tolerancia de la FM se realizó un estudio descriptivo y prospectivo desde 11 Marzo del 2021. Desde la consulta de Ginecología se registraban todos los pacientes a las que se les aplicaba la FM y se les realizaba una encuesta para valorar el dolor a través de la escala visual analógica EVA. Además, se recogieron variables demográficas, fecha de administración y número de administraciones.

### RESULTADOS:

En base a diversos artículos encontrados, sobre la combinación de diferentes anestésicos locales a distintas concentraciones, se elaboró una fórmula magistral compuesta por Prilocaína 6%, Tetracaína 6% y Lidocaína 6%. El vehículo seleccionado fue Ginebase®: emulsión hidratante O/W ligera, de tipo no iónica, compuesta por una mezcla adecuada de palmito estearatos, que presentan una excelente tolerancia en mucosas (sobre todo la mucosa vaginal). Para su elaboración, se adicionan los principios activos junto con glicerol para humectar la mezcla. Una vez homogeneizado en el mortero, se añade la Ginebase® hasta obtener una emulsión sin grumos. Durante el periodo de estudio de la FM se ha administrado en 34 pacientes, de los cuales 6 recibieron dos administraciones de AH con un intervalo entre administraciones de 6 meses. La mediana de edad fue de 56 (RIC: 52-60) años. La mediana de la puntuación obtenida en la escala EVA fue de 5 - dolor moderado (RIC: 3-7) en la primera administración, y 4 - dolor moderado (RIC: 2-7) en los 6 pacientes que recibieron una segunda dosis de AH. Ninguna paciente presentó intolerancia a la crema anestésica.

### CONCLUSIONES:

La formulación de una crema anestésica compuesta por Prilocaína 6%, Tetracaína 6% y Lidocaína 6% en Ginebase® presenta unas características reológicas y organolépticas adecuadas para ser administrada de manera tópica por vía vaginal. Permite una adecuada analgesia en la mayoría de paciente durante la administración de AH y con buena tolerancia.

**CONFLICTO DE INTERESES:** ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA

*Ruiz Sánchez, S; Pardo Sánchez, R; Pagán Núñez, FT; Ramírez Córcoles, A. Hospital General Almansa (Albacete)*

### OBJETIVOS

Describir la implantación de un sistema personalizado de dosificación de medicamentos (SPD) a un centro sociosanitario (CSS) desde el servicio de farmacia (SF) previamente suministrado por oficinas de farmacia.

### MÉTODOS

Se propone el desarrollo de SPD a un CSS que facilite la administración de medicamentos. El SF se reúne con la dirección de la residencia y se establece en que pacientes puede implantarse. Se excluyen aquellos pacientes con medicación no incluida en la guía farmacoterapéutica del hospital y que no pueden adaptarse a la guía mediante el intercambio terapéutico propuesto por el SF. Se establece acondicionamiento para la medicación que consta de un carro con bandejas semanales dividido desayuno – comida – cena con toda la medicación en dosis unitaria. La medicación que por espacio no puede incluirse en el SPD se dispensa por botiquín.

### RESULTADOS

La implantación se inicia en marzo de 2021 con 13 residentes del CSS aumentando progresivamente. Actualmente se dispensa la medicación a 44 de los 57 pacientes. En el servicio de farmacia se reciben las prescripciones médicas de los pacientes a los que se les preparan las bandejas en dosis unitarias. El farmacéutico revisa la prescripción médica y da de alta a los pacientes nuevos y su medicación en el programa de gestión de unidosis de farmatools® en un carro con el nombre de la residencia. Si existe cambio de tratamiento, el personal de enfermería de la residencia envía la nueva prescripción al correo corporativo del SF. Igualmente nos informan de altas o bajas de residentes. El farmacéutico consulta posibles dudas con el médico propio del CSS y viceversa.

El día de la semana asignado el farmacéutico proporciona al personal auxiliar el listado con toda la medicación necesaria para el llenado que se almacena en una unidosis destinada este proceso y otro día asignado se entrega al personal auxiliar los tratamientos semanales por paciente obtenido del programa de gestión de unidosis. Finalizado el llenado el personal de enfermería del SF revisa toda la medicación y se registran el indicador con el número de residentes preparados, número de medicamentos dispensados y número de fallos producidos. El personal de la residencia recoge el carro el día establecido y devuelve el de la semana anterior.

### CONCLUSIONES

Con el desarrollo de SPD se optimiza los procesos de dispensación y administración de medicamentos. El papel del farmacéutico añade al proceso seguimiento farmacoterapéutico (conciliación, cumplimiento de adherencia, interacciones, adecuación del tratamiento y desprescripción). Económicamente, aunque los datos todavía no nos permiten obtener conclusiones debido al corto periodo de tiempo desde la implantación es evidente que se produce un importante ahorro para el sistema sanitario.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

## ADECUACIÓN A UN PROTOCOLO FARMACO-CLÍNICO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA Y RESULTADOS EN SALUD

*González Escribano MC, Notario Dongil C, Pérez Fácila A, Alañón Pardo MM, Saiz Molina JJ, Moreno Perulero ML. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*

### OBJETIVOS

Evaluar la adecuación a un protocolo fármaco-clínico (PFC) de los anticuerpos monoclonales dirigidos contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina en la profilaxis de migraña, así como la efectividad de los tratamientos.

### MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de 23 meses de duración (5 marzo 2020 – 18 febrero 2022) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de migraña crónica (MC) o episódica (ME) que habían iniciado tratamiento con erenumab o galcanezumab según el PFC del centro.

En base al protocolo establecido, una buena respuesta se definió como pacientes que alcanzaron >50% de reducción en los días mensuales de migraña (DMM) desde el inicio hasta la semana 12 de tratamiento. En ellos, el tratamiento se mantuvo, como máximo, 12 meses. También se definió la respuesta parcial como la reducción de 30-50% en los DMM. A los pacientes considerados como no respondedores (<30% de reducción en los DMM), se les suspendía el tratamiento. Los pacientes que habían presentado una respuesta parcial mantuvieron el tratamiento hasta la semana 24. Si tras ese tiempo no alcanzaban una buena respuesta, finalizaban el tratamiento. Los sujetos debían cumplimentar un calendario de cefaleas. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tipo de migraña, duración de tratamiento, adecuación al protocolo, tasa de respuesta, causa discontinuación de tratamiento.

Los datos fueron recolectados a través del módulo de pacientes externos del programa informático Farmatools® y la historia clínica informatizada, Mambrino XXI®.

### RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes (92% mujeres, 8% hombres), con una mediana de edad de 50 años (22-72). De ellos, el 66% presentaba MC y el 34% ME. La duración media del tratamiento fue de 8 y 9 meses para erenumab y galcanezumab, respectivamente. Del total, el 100% se adecuaron al PFC. El 48% y 52% de pacientes recibieron erenumab (90% MC, 10% ME) y galcanezumab (44% MC, 56% ME), respectivamente. En cuanto a la evaluación de la respuesta, el 53% presentaron buena respuesta al tratamiento (60% galcanezumab, 40% erenumab), el 15% respuesta parcial (56% galcanezumab, 44% erenumab) y el 32% no presentaron respuesta (35% galcanezumab, 65% erenumab).

De los pacientes con respuesta parcial tras la reevaluación a las 24 semanas, el 33% presentó finalmente una buena respuesta (67% galcanezumab, 33% erenumab). El 10% discontinuaron el tratamiento por reacciones adversas al mismo.

### CONCLUSIONES

En base a los resultados de nuestro estudio, se observó una reducción de >50% de los DMM en la semana 12 en el 53%. De aquellos con respuesta parcial (15%), se consiguió inducir una buena respuesta en el 33%. Todos los pacientes se adecuaron al PFC, sin superar los 12 meses de tratamiento establecidos. El 10% de los pacientes suspendieron el tratamiento por reacciones adversas, siendo la principal causa de discontinuación la ineffectividad. Los PFCs constituyen una herramienta fundamental para la toma de decisiones, fomentando la adecuación a los tratamientos. El farmacéutico de hospital supone una figura clave en el proceso de evaluación y seguimiento de los resultados en salud.

**CONFLICTO DE INTERESES:** No

[\(Enlace al póster\)](#)

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON REMDESIVIR EN CASTILLA-LA MANCHA

*Anguita Montenegro B1, Ruiz Martín de La Torre R2, Vila Torres E1, Rodríguez Martínez M1, Pérez Serrano R1, Valenzuela Gámez, JC2.Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de cumplimentación de los registros en VALTERMED de pacientes hospitalizados con neumonía grave por COVID-19 tratados con Remdesivir en Castilla-La Mancha (CLM) durante los años 2020-2021, así como el grado de adherencia al protocolo farmacoclínico.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes de CLM que fueron tratados con Remdesivir y registrados en VALTERMED (desde septiembre 2020-diciembre 2021).

Variables analizadas: adherencia y cumplimentación de criterios de selección y exclusión del protocolo farmacoclínico y cumplimentación de campos obligatorios.

El número de registros en VALTERMED se comparó con los datos de consumo (fuente: Montesinos, SESCAM). Se excluyeron las áreas de Albacete y Hellín.

### RESULTADOS:

Se han registrado en VALTERMED 449 pacientes en CLM, mediana edad 64 años (RIC 53-76).

El cumplimiento de criterios de inclusión fue: edad  $\geq 12$  años (96,9%), peso  $\geq 40$  kg (96,9%), necesidad de oxigenoterapia de bajo flujo (95,8%), infección confirmada por PCR con un máximo de siete días con síntomas (96,9%) y presencia de dos de los siguientes criterios: frecuencia respiratoria  $\geq 24$ rpm, saturación de oxígeno  $< 94\%$  en aire ambiente y cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno  $< 300$  mmHg (96,2%). Los criterios de exclusión (necesidad de oxigenoterapia de alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación mecánica invasiva, ECMO, enfermedad hepática grave, enfermedad renal grave, necesidad de dos ionotrópicos, fallo multiorgánico, embarazo o lactancia) se cumplieron en el 97,4%, 92,2%, 97,3%, 97,1%, 97,3%, 97,1%, 97,3%, 97,3%, 97,3% y 97,3% respectivamente. Alguno de estos campos no fue registrado en el 2,7% de los pacientes (12).

La cumplimentación de los campos obligatorios fue: número de viales administrados (62%), suspensión temprana del tratamiento (5,6%), tiempo hasta el alta hospitalaria (57,9%), empeoramiento del estado clínico (59,1%) y éxitus (59,2%).

El porcentaje de registro en VALTERMED global fue del 23,9% durante el periodo analizado (373 VALTERMED vs 1.558 Montesinos). Si se considera el global de consumo de Remdesivir en 2020-2021, la media de cumplimentación fue del 35 %, observándose variabilidad en este porcentaje entre distintas Gerencias (mínimo 0%- máximo 100%).

### CONCLUSIONES:

El registro de los resultados en salud en vida real nos permite disponer de información de la práctica clínica como herramienta para la toma de decisiones. En este estudio se observa una correcta adherencia al protocolo farmacoclínico con un elevado cumplimiento de los criterios de selección y exclusión, no obstante, se debe revisar su cumplimentación así como la de campos obligatorios. El grado de cumplimentación del registro en VALTERMED de pacientes en tratamiento con Remdesivir en CLM es mejorable y muestra variabilidad entre las distintas Gerencias. Es necesario considerar que se trata de un fármaco con un seguimiento a largo plazo limitado y realizado por diferentes profesionales sumado a la situación de pandemia, que podrían condicionar la escasa cumplimentación. Por tanto, se debería impulsar el trabajo en equipo para aumentar la cumplimentación, para conseguir una mayor veracidad de los datos así como fomentar la cultura de registro de resultados en salud, como base para la toma de decisiones en la práctica clínica.

No se declara ningún conflicto de interés

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE RAMUCIRUMAB EN CÁNCER GÁSTRICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

*Torres Degayón E, Romera García JM, Vicente Sánchez MP, Rodríguez Martínez M. Hospital General Universitario de Ciudad Real .*

### OBJETIVO:

Evaluar la efectividad y seguridad de ramucirumab en el tratamiento de cáncer gástrico avanzado.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron a todos los pacientes tratados con ramucirumab desde su comercialización hasta diciembre de 2021.

Las variables recogidas a través de la historia clínica electrónica fueron: fecha de nacimiento, sexo, fecha de diagnóstico, estadio de la enfermedad al diagnóstico, estadio HER2, líneas de tratamiento previas, dosis inicial y final de ramucirumab, SLP, SG y toxicidades.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 29 pacientes, el 38% fueron mujeres y la mediana de edad al inicio del tratamiento con ramucirumab fue de 64 años. El 75,8% presentaban un estadio IV al diagnóstico y el 89,6% eran HER2 negativo.

En cuanto a los esquemas de tratamiento anteriores, el 100% recibieron fluoropirimidinas y platinos, el 21% recibió irinotecan y el 17% taxanos. Todos los pacientes recibieron ramucirumab en combinación con paclitaxel: el 55,1% en 2ª línea, el 34,5% 3ª línea y el 10,3% 4ª línea.

El 72,4% progresaron y el 38% de estos recibieron un tratamiento posterior (FOLFIRI o irinotecan en monoterapia). Un 65,5% fallecieron. La mediana de SLP fue de 4,1 meses y la de SG fue de 4,4 meses.

El 37,9% de los pacientes sufrieron una reducción de la dosis. Atendiendo a la seguridad, el 69% presentó algún efecto adverso. Los más observados fueron: astenia (34,5%), neutropenia (24,1%), diarrea (10,3%), mucositis (10,3%) y trombopenia (10,3%).

### CONCLUSIONES:

Casi la mitad de los pacientes de nuestro estudio recibieron ramucirumab más allá de la segunda línea, mientras que los pacientes incluidos en el ensayo pivotal RAINBOW solo habían progresado a una línea previa de tratamiento. Además, la edad de nuestra serie era sensiblemente mayor a los pacientes del ensayo (el 37-38% de los pacientes tenían una edad  $\geq$  65 años en comparación con el 48,3% de nuestro centro). A pesar de estas consideraciones, los resultados obtenidos de SLP son similares al ensayo pivotal RAINBOW, si bien en el ensayo se hicieron pruebas de imagen cada 6 semanas lo que posiblemente pudo condicionar la detección precoz de progresión. Sin embargo, la SG obtenida en nuestro estudio fue inferior. Las reacciones adversas observadas se corresponden con las descritas como más frecuentes en el ensayo, aunque la tasa de reducción de dosis fue superior en nuestro estudio (37,9% vs el 5% en el ensayo). En la práctica clínica habitual, ramucirumab muestra escasa efectividad en términos de SG con un perfil desfavorable de toxicidad en comparación al ensayo clínico pivotal.

Conflicto de intereses: no

[\(Enlace al póster\)](#)

## ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA Y CONCILIACIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS CON MÁS DE 20 PRINCIPIOS ACTIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Gómez Espinosa P, De la Calle Riaguas B, Juliá Luna FJ, Criado Rubio B, Alonso Salmerón FJ, De La Hija Díaz MB. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.*

### OBJETIVOS

Adeuar el tratamiento farmacológico de un paciente polimedicado con más de 20 principios activos que acumula prescripciones con sucesivas visitas a Urgencias.

### MÉTODOS

Información recogida de historia clínica electrónica (Mambrino-XXI®) y programa de prescripción de Atención Primaria (Turriano®). Datos recogidos: edad, antecedentes, últimas analíticas, diagnósticos, tratamientos activos e interacciones.

Para realizar este estudio se trabajó conjuntamente con Servicio Farmacia de Atención Primaria.

### RESULTADOS

Varón de 68 años con múltiples diagnósticos, destacándose: hipertensión arterial mal controlada, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica (4-5A3), trombosis venosa y múltiples antecedentes de patología coronaria. Presenta 30 principios activos prescritos en el momento del estudio.

Se comunicó la siguiente información y recomendaciones a su médico de Atención Primaria:

- Se detectan errores de conciliación, ya que, presenta medicación previamente suspendida en diferentes visitas a especializada: suspender hierro, paricalcitol y de forma gradual amitriptilina y pregabalina.
- Antidiabéticos:
  - Suspender dulaglutida: no está siendo eficaz en la reducción del IMC y está contraindicada en insuficiencia renal (IR) moderada a grave.
  - Suspender insulina aspártica: tiene una duplicidad de insulinas rápidas (aspártica y lispro). Mantener insulino terapia solo con lispro y glargina (lenta)
  - Furosemida y olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida puede reducir el efecto terapéutico de la terapia antidiabética.
- Anticoagulantes orales:

El paciente está muy anticoagulado (actividad de protrombina 25%), esto está favorecido por interacciones con warfarina, alopurinol, metamizol y acetilsalicílico. Suspender metamizol y monitorizar coagulación.
- Antihipertensivos y anti diuréticos:
  - Suspensión de hidroclorotiazida: en filtrados menores a 30 ml/min no es eficaz.
  - La combinación olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida está contraindicada en IR grave.
  - El uso concomitante de IECA y ARA-II (ramipril y olmesartan) está contraindicado por un balance beneficio/riesgo desfavorable. Solo está autorizado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca en aquellos pacientes que no pueden utilizar antagonistas de los mineralcorticoides, pero el ARA-II recomendado sería candesartan o valsartan.
  - Tiene pautados IECA/ARA-II, AINE y diuréticos, se recomienda la retirada de metamizol (reduce el efecto diurético) y monitorizar el efecto triple Whammy.
  - Proposición de ajustar terapia diurética y antihipertensiva con: IECA (si fuera estrictamente necesario añadir valsartan), amlodipino y furosemida.
  - Labetalol en este paciente puede enmascarar los signos de hipoglucemia. Se recomienda control estricto de la glucemia.
  - Vigilar hipotensión ortostática por uso concomitante de labetalol y doxazosina.
- Vitamina D: el uso concomitante con paricalcitol está contraindicado. Se recomienda monitorizar periódicamente los niveles y adecuar.
- Reducción de la elevada carga anticolinérgica. Principales implicados sobre los se actúa: olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida, amitriptilina e ipratropio.
- Recomendación de manejar analgesia con paracetamol.
- Otros ajustes por filtrado (11 ml/min):
  - Ramipril no sobrepasar 5 mg/día
  - Olmesartan: su uso no se recomienda. Si fuese necesario usar valsartan que no requiere ajuste posológico.
  - Alopurinol: Reducir dosis de 100 mg/24h o ampliar intervalo a más de un día.

### CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de hacer en los pacientes una correcta adecuación y conciliación del tratamiento durante intercambios entre diferentes niveles asistenciales. Así como la importancia de una adecuada comunicación y trabajo conjunto entre los diferentes niveles.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## AGONISTAS DEL GLP-1. EN BUSCA DEL POSICIONAMIENTO ADECUADO.

*Lafarga Lapieza, V; Caniego Rodrigo, MD; Hernando Martínez, P; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Marcos Pérez, G; Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. GAI Cuenca.*

### OBJETIVO

Los agonistas del receptor GLP-1 (aGLP-1) son una alternativa a la insulinización o a la triple terapia con antidiabéticos orales si es ineficaz, no se tolera o está contraindicada, y existen problemas médicos asociados con obesidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Semaglutida, liraglutida y dulaglutida a pesar de tener indicación en ficha técnica en monoterapia cuando la metformina no se considera apropiada por intolerancia o contraindicación, su financiación está restringida a pacientes con IMC > 30kg/m<sup>2</sup> y en terapia combinada con otros antidiabéticos, incluyendo insulina. Los aGLP-1, para su dispensación en oficina de farmacia precisan visado de inspección.

Los aGLP-1 son medicamentos de alto coste y prevalencia. Según el informe farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha publicado en 2017, el SESCOAM los considera fármacos sujetos a seguimiento de su adecuación terapéutica. Por todo ello, su correcta utilización en el ámbito de atención especializada (AE) como en atención primaria (AP) cobra especial importancia.

El objetivo del presente trabajo fue identificar tratamientos con aGLP-1 en monoterapia (no financiado) y comprobar el estado éstos tras la intervención farmacéutica (IF) en un área de salud.

### METODOLOGÍA

Mediante la plataforma de explotación de datos Digitalis® se seleccionaron los pacientes en tratamiento con aGLP-1 en monoterapia hasta julio de 2021. Se revisó la historia clínica electrónica (Mambrino® de AE y Turriano® de AP) en noviembre de 2021 confirmando la continuidad del tratamiento. Se realizó una IF informando acerca de la prescripción de aGLP-1 en monoterapia mediante la hoja informativa de Turriano® al médico prescriptor de AP responsable del paciente y a la Inspección de Farmacia. Tres meses después, se comprobó el estado de los tratamientos.

### RESULTADOS

Al comienzo del estudio se identificaron 19 pacientes con aGLP-1 en monoterapia. Tras la revisión de la historia clínica electrónica se excluyeron a 12 pacientes. De los 12, 5 pacientes ya no continuaban con aGLP-1, a 6 pacientes se les había añadido metformina al tratamiento y a un paciente insulina. La IF se realizó a 7 pacientes.

Tres meses después de la IF y de compartir la información con la Inspección de Farmacia se observó la retirada o denegación del visado de inspección en el 71% (5/7) de los tratamientos debido a la ausencia de incorporación de un nuevo antidiabético oral o insulina. Los dos pacientes restantes aún continúan con el tratamiento de aGLP-1 en monoterapia activo, a la espera de la retirada del visado o inclusión de un nuevo tratamiento antidiabético.

### CONCLUSIONES

El seguimiento, análisis de los tratamientos de aGLP-1 en monoterapia y la correspondiente IF ha reducido las prescripciones incorrectas, respecto a la financiación y visado, en más de dos tercios de los casos. La colaboración de los farmacéuticos de los diversos niveles asistenciales pone de manifiesto la importancia de la revisión de los tratamientos para lograr una mejor adecuación terapéutica en términos de eficacia, seguridad y coste en los pacientes con aGLP-1.

Sin conflicto de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM MÁS AZTREONAM

*Torres Degayón E1, Pérez Serrano R1, Abdel-Hadi Álvarez H2, Franco Sereno MT1, Porras Leal ML3, González Gasca FJ3. Servicio de Farmacia Hospitalaria1. Servicio de Medicina Intensiva2. Servicio de Medicina Interna3. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVO:

Analizar la experiencia del uso de ceftazidima-avibactam más aztreonam en un hospital con Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con ceftazidima-avibactam más aztreonam desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2021.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, función renal, servicio en el que se inicia el tratamiento, sensibilidad a aztreonam, tipo de infección, infección por COVID, microorganismo al que va dirigido el tratamiento, si es empírico o dirigido, antibióticos concomitantes para ese microorganismo, duración del tratamiento, nº de ciclos, si hubo resolución microbiológica y/o curación clínica, mortalidad UCI/hospitalaria, estancia en UCI/hospitalaria y recomendaciones hechas por el PROA.

### RESULTADOS:

Durante el período de estudio 12 pacientes recibieron tratamiento con ceftazidima-avibactam más aztreonam. De éstos, se excluyeron dos (uno por traslado prematuro a otro hospital y otro por ser empírico y suspenderse a los 4 días) a la hora de analizar algunas variables (tipo de infección, antibiograma, duración del tratamiento, resolución microbiológica, curación, mortalidad, estancia).

El 75% de los pacientes fueron hombres, la mediana de edad fue de 63 años y el 66,7% presentaban función renal conservada. El 83,3% de los tratamientos se iniciaron desde el servicio de UCI. Al 66,7% de los pacientes le hicieron un antibiograma para aztreonam, de los cuales un 25% eran sensibles, un 25% resistentes y un 50% sensibles a dosis elevadas.

El tipo de infección predominante fue neumonía (80%) de los cuales solo el 25% eran por COVID. Los microorganismos responsables fueron un 66,7% *Pseudomonas* y un 33,3% *Enterobacter* (el 91,7% productoras de carbapenemasas tipo VIM y el 8,3% tipo IMP). El tratamiento fue dirigido en todos los pacientes menos uno y un 40% llevó algún antibiótico concomitante para esa infección (75% colistina).

El tiempo medio de tratamiento fue de 13,2 días y un 30% recibieron dos ciclos de tratamiento. En el 90% de los casos se obtuvo resolución microbiológica, sin embargo, solo en el 70% se obtuvo la curación clínica. En cuanto a la mortalidad, un 20% falleció en UCI y un 10% en planta. El tiempo medio de estancia en UCI fue de 46,6 días mientras que la total fue de 65,9 días.

Todos los pacientes fueron evaluados por el PROA, siendo el 90% de las revisiones favorables a continuar el tratamiento.

### CONCLUSIONES:

Debido a que estos antibióticos los suelen prescribir especialistas en infecciosas o después de ser consultados, las recomendaciones suelen ser la continuación del tratamiento.

Ante la falta de alternativas para el tratamiento de infecciones por metalobetalactamasas, y a la espera de la comercialización de aztreonam/avibactam, la combinación de aztreonam con ceftazidima-avibactam ha demostrado ser un tratamiento útil, teniendo en cuenta que se trata de infecciones graves en pacientes la mayoría críticos y con un tiempo de estancia largo.

Conflicto de intereses: no.

[\[Enlace al póster\]](#)

## EXPERIENCIA DE USO DEL REGIMEN SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. ¿QUE HA OCURRIDO CON LOS PACIENTES QUE HEMOS TRATADO?

*Toledo Davia MA, Domínguez Barahona A, Fernández-Corada Sánchez, A, López Álvarez R, Torralba Fernández L, Moya Gómez P. Hospital Universitario de Toledo, Toledo*

### OBJETIVOS

Analizar los resultados obtenidos del tratamiento con el régimen sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir en los pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C (VHC).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital de tercer nivel, donde se analizó la respuesta al tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir en los pacientes a los que se les prescribió el régimen antiviral desde su inclusión en la guía terapéutica hasta fin del estudio (Abril 2018-Junio 2021). Se consultaron las historias clínicas y los registros de dispensación de los pacientes. Se recogieron datos de carga viral al inicio del tratamiento y se hizo un seguimiento hasta la actualidad. La variable principal de estudio fue la Respuesta Viral Sostenida alcanzada a las 12 semanas (RSV12).

### RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo estudiado se trataron a 15 pacientes, 12 hombres (80%) y 3 mujeres (20%); con una mediana de edad de 58 (41-83) años. El 100% de los pacientes fueron tratados previamente con otros regímenes antivirales. que además en todos los casos se incluía un inhibidor de NS5A (6 con glecaprevir/pibrentasvir; 3 con elbasvir/grazoprevir), 2 con daclatasvir/sofosbuvir, 2 con ledipasvir/sofosbuvir y 2 con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir).

El número total de pacientes con "carga viral baja" (<800.000 UI/mL) antes de iniciar el tratamiento fue de 3 (20%), con una media de carga viral de todos los pacientes de  $4,3 \times 10^6$  (SD  $5,3 \times 10^5$ ) UI/mL; además 1 paciente se encontraba coinfestado con VIH y otro paciente con VHB.

En cuanto a los genotipos de los pacientes: 8 pacientes presentaban genotipo 1A, 5 pacientes 1B y 2 pacientes genotipo 3A.

Grados de fibrosis obtenidos por técnica Fibroscan: 2 pacientes F0-F1, 3 pacientes F2, 4 pacientes F1-F2, 1 paciente F3-F4 y 1 paciente F4.

La RSV12 fue alcanzada en el 86% (13/15) de los pacientes; 1 paciente interrumpió del tratamiento por trasplante y otro paciente presentó fracaso terapéutico antes de finalizar el tratamiento. Una vez alcanzada la RSV12 ningún paciente aumentó la carga viral (tiempo máximo de seguimiento de 3 años para uno de los pacientes y tiempo mínimo de seguimiento de 1 año para otro de los pacientes).

### CONCLUSIONES

El tratamiento con el régimen SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR parece eficaz en los pacientes que han sido tratados previamente con otros antivirales, incluyendo inhibidores de NS5A, e independientemente de su carga viral inicial. Este estudio analiza si la RVS es alcanzada o no en los pacientes tratados a las 12 semanas y si es mantenida posteriormente en el tiempo.

Serían necesarios más estudios que nos permitan conocer de forma más detallada los diferentes regímenes de tratamiento para la selección del más óptimo para cada paciente.

### CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ¿CONOCEMOS LA REALIDAD DEL MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL?

*Amores del Rey, L; Cebrián Carrascosa, C; Vila Torres, E; Contreras Rey, B; Palacios Moya, E; Rodríguez Martínez, M. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.*

### OBJETIVO:

La intoxicación por paracetamol es una de las más frecuentes en los Servicios de Urgencias debido a errores de administración en niños e intentos autolíticos.

El objetivo del estudio ha sido identificar diferentes oportunidades de mejora en el manejo de la intoxicación aguda por paracetamol en un hospital de tercer nivel en unidades de críticos y urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de los casos de sospecha de intoxicación aguda por paracetamol atendidos entre enero-octubre 2021. Se analizaron fuentes de variabilidad y errores más frecuentes en cuanto a:

- Lavado gástrico y administrar carbón activo si ha transcurrido un tiempo menor a 2 horas.
- Cumplimiento del protocolo de administración de N-acetilcisteína (NAC) de la guía de antidotos del centro: "pauta clásica" (150 mg/kg en 1 hora, 50 mg/kg en 4 horas y 100 mg/kg en 16 horas).
- Inicio de administración de NAC según valor de concentración de paracetamol en sangre a las 4 horas de la ingesta siguiendo el nomograma Rumack-Matthew (conocido como "línea 150" o "línea 100" en caso de factores de riesgo).

Por otro lado se anotaron las reacciones adversas más frecuentes asociadas a la perfusión de NAC.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 5 pacientes, 100 % mujeres con una mediana de edad de 16 años [rango 14-55]. El motivo de la ingesta, en todos los casos, fue el intento autolítico. La cantidad media de paracetamol ingerida fue de 18,75 gramos y en 1 caso desconocida.

- En 2 pacientes se realizó lavado gástrico y/o carbón activo habiendo transcurrido más de 5 horas post-ingesta.
- En 4 pacientes existió variabilidad en la "pauta clásica" de NAC, siendo el tiempo de perfusión el error más frecuente. Uno de ellos no recibió el ciclo completo de NAC y el otro recibió una primera dosis muy superior a la establecida (384 mg/kg) por un error en el cálculo haciendo referencia a la presentación antigua de NAC, 2g/10ml.
- En 2 casos no se interpretó de forma correcta el nomograma. En uno se inició la perfusión tomando como referencia la "línea 200" y el segundo fue tratado de manera innecesaria debido a la extracción temprana del nivel de paracetamol en sangre antes de las 4 horas sin asegurar su absorción y distribución.
- Hubo reacciones adversas a la perfusión de NAC, vómitos y reacciones anafilácticas, en 3 de los 5 pacientes que precisaron medicación de rescate.

### CONCLUSIONES:

Las acciones de mejora implantadas han sido:

- Consensuar el cambio de la pauta clásica a pauta SNAP (100 mg/kg en 2 horas + 200 mg/kg en 10 horas) por menor riesgo de RAM y menor tiempo de tratamiento.
- Protocolizar perfusión de NAC (pauta SNAP) en el programa de prescripción electrónica.
- Consensuar con el Servicio de Análisis Clínico el texto a pie de resultados analíticos de paracetamol haciendo referencia a la "línea de 150".
- Los resultados nos dirigen a un próximo trabajo multidisciplinar con Urgencias en el que compararemos la efectividad y seguridad de la pauta clásica (histórico de pacientes) vs pauta SNAP.

**Conflicto de interés:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN DE QUIMIOTERAPIA MASINMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

*Labrador Andújar, N1; Salas Jarque, J2; Bustos Morell, C3; Blázquez Romero, C1; Domínguez Barahona, A1; Moya Gómez, P1. 1Servicio de Farmacia. Complejo hospitalario universitario de Toledo. 2Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro (Huesca).3 Servicio de Farmacia. Hospital de Barbastro (Huesca).*

### OBJETIVOS

El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) representan aproximadamente el 80-85% de los cánceres de pulmón. Un 50-60% de los casos se diagnostica en estadios avanzados cuyo tratamiento es terapia sistémica. Actualmente la combinación de quimioinmunoterapia es de primera elección.

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento de quimioinmunoterapia en el CPNM no escamoso metastásico, y comparar los resultados obtenidos con los del ensayo pivotal KEYNOTE 189.

### MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y analítico en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de CPNM metastásico no escamoso que recibieron quimioinmunoterapia en primera línea, entre septiembre 2019 y septiembre 2021.

Se recogieron, revisando la historia clínica electrónica Mambrino XXI® y el programa de prescripción electrónica oncohematológica Oncobass®, datos demográficos (edad, sexo, hábito tabáquico, calidad de vida mediante la escala ECOG), características del tumor [estadio, histología, presencia de mutaciones target (EGFR, ALK, ROS1, BRAF), valor de PDL1], fármacos utilizados, tiempo de respuesta al tratamiento hasta progresión y efectos adversos.

El análisis de la efectividad se realizó calculando la supervivencia libre de progresión (SLP) con el programa estadístico SPSS v15.0 mediante el método de Kaplan-Meier.

### RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes [20 hombres (64.52%), 11 mujeres (35.48%)]. Mediana de edad: 64 años. Hábito tabáquico: 10 pacientes fumador (32.26%), 4 no fumador (12.9%) y 17 exfumador (54.84%). El valor de la escala ECOG fue: 17 pacientes ECOG 0 (54.84%), 13 ECOG 1 (41.94%) y 1 ECOG 2 (3.23%). Todos presentaron un estadio IV y una histología de adenocarcinoma. Las mutaciones target fueron: EGFR 1 paciente (3.23%), ALK 0, BRAF 2 (6.45%), ROS1 1 (3.23%), ninguna en 24 pacientes (77.42%) y 3 desconocido (9.68%). Valor de PDL-1: 15 (48.39%) pacientes PDL-1 < 1%, 8 (25.81%) PDL-1= 1-49%, 0PDL-1 > 49% y 8 (25.81%) PDL-1 desconocido. Todos recibieron tratamiento de inducción con pembrolizumab + pemetrexed + carboplatino y de mantenimiento con pembrolizumab + pemetrexed. La mediana del tiempo de respuesta al tratamiento fue de 4 meses. 20 pacientes (64.52%) sufrieron una progresión de la enfermedad, mientras que 11 (35.48%) continúan con el tratamiento.

La SLP fue de 5 meses (IC 95%, 1,306 a 8,694). La SLP en el ensayo pivotal KEYNOTE 189 fue de 9 meses (95% CI, 8.1 to 10.4). Los efectos adversos aparecieron en 25 pacientes (80.65%). Los más frecuentes fueron (20%) hematológicos (anemia, neutropenia y trombocitopenia), (50%) gastrointestinales (diarrea, estreñimiento y náuseas), (20%) astenia y (10%) otros.

### CONCLUSIONES

La efectividad obtenida en nuestro estudio es inferior a la encontrada en el ensayo pivotal Keynote 189. El número de pacientes era menor, lo que supone una limitación en nuestro estudio. El porcentaje de efectos adversos fue ligeramente superior que en el ensayo pivotal, pero similar perfil de reacciones. Debemos incluir más pacientes para seguir evaluando la efectividad.

### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

## CARACTERÍSTICAS Y VACUNACIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

*Drozd Vergara A, Sánchez Serrano JL, Ortiz Navarro MR, Collado Sanz JM, Alabort Ayllón H, De Mora Alfaro MJ.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel durante la sexta ola por SARS-CoV-2. Analizar y conocer la vacunación frente a COVID-19 por edad y sexo, tipo de vacuna recibida y tiempo transcurrido desde la vacunación.

### MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron los pacientes adultos ingresados el 10/01/2022 con diagnóstico confirmado por PCR-SARS-CoV-2. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, planta COVID o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), días de ingreso, comorbilidades, polifarmacia ( $\geq 5$  principios activos de manera crónica), neumonía, tipo de vacuna, primovacuna, dosis de recuerdo, tiempo desde la última dosis y mortalidad. Los datos se obtuvieron de la historia clínica (Mambrino XXI®) y de Turriano®; recogidos en una tabla Excel para su posterior análisis. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana (rango intercuartil) y las cualitativas en valor absoluto (relativo).

### RESULTADOS:

Se incluyeron 81 pacientes, 52 (64%) hombres y 29 (36%) mujeres, edad 70 (59-82) años. Días de ingreso: 15 (10-24). El 33% requirió ingreso en UCI, días de ingreso en UCI: 11 (7-31). Comorbilidades: obesidad 31 (38,2%), hipertensión 41 (50,6%), dislipemia 27 (33,3%), diabetes 31 (38,2%) e inmunosupresión 18 (22,2%). Polimedicados 50 (61,7%). Neumonía 62 (76,5%). Primovacuna completa 60 (74%): 9 (15%) < 60 años, 33 (55%) 60-80 años, 18 (30%) > 80 años, 41 (68%) hombres y 19 (32%) mujeres. Vacuna: Pfizer 43 (71,6%), Moderna 9 (15%), AstraZeneca 6 (10%) y Janssen: 2 (3,3%). No vacunados 17 (20,9%): 8 (47%) < 60 años, 7 (41,1%) 60-80 años y 2 (11,7%) > 80 años. Dosis de recuerdo (DR) 21 (25,9%): 3 (14,2%) < 60 años, 4 (19%) 60-80 años y 14 (66,6%) > 80 años. Menos de 6 meses desde la última dosis 30 (50%): 4 (13,3%) < 60 años, 11 (36,6%) 60-80 años y 15 (50%) > 80 años. Mortalidad 12 (14,8%): 5 (41,7%) 60-80 años y 7 (58,3%) > 80 años. No se obtuvieron datos de vacunación de 2 pacientes al ser trasladados de otros centros.

### CONCLUSIONES:

- Entre nuestros pacientes predominaron hombres de 68 años con neumonía y 15 días de ingreso en planta. El 33% requirió estancia en UCI.
- Destacaron antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes y polimedicación.
- La mayoría de los pacientes con pauta completa fueron hombres de 60-80 años, inmunizados con Pfizer.
- El 47% de los no vacunados eran < 60 años (en el momento del estudio no se administraban DR en < 40 años). No se produjo ningún exitus en este grupo de edad.
- Solo un 25,9% de los hospitalizados presentaron DR: el grupo de edad mayoritario en DR e inmunizaciones inferiores a 6 meses fue el de > 80 años. Sin embargo, también fue el que mostró una mortalidad superior. Consideramos que dicha población es candidata a una inmunización de recuerdo más frecuente por una mayor pérdida de la protección con el tiempo. No obstante, es necesaria la realización de más estudios para confirmar esta afirmación.

Sin conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN RELACIÓN A TRATAMIENTOS DISPENSADOS A NIVEL HOSPITALARIO PARA CENTROS SOCIOSANITARIOS

*Tébar Martínez, E., Alabort Ayllon, H., Drozd Vergara, A., Collado Sanz, J.M., Del Pozo Carlavilla, C., Serna Serrano, B.. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVO:

Evaluar el impacto económico de todos aquellos fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital responsable de la dispensación de los tratamientos de un centro sociosanitario a través de las intervenciones de adecuación y equivalencia terapéutica.

### MÉTODOS:

El estudio se corresponde con una evaluación de impacto económico y minimización de costes. Se realizó un corte de un día de los tratamientos prescritos para cada paciente en uno de los centros sociosanitarios, recogiendo éstos en una hoja Excel y ordenándose por orden alfabético en relación a la prescripción. Tras consultar la guía farmacoterapéutica del hospital, se descartaron todos los fármacos incluidos por no ser susceptibles de intervención. Aquellos no incluidos, se recogen en una nueva tabla Excel que consta de los siguientes campos: nº de intervención, número de historia clínica (NHC), prescripción, principio activo, posología, presentación, unidades por envase, PVP, coste de la unidad, unidades al día, coste mensual, sustitución, posología de la sustitución, unidades al día de la sustitución, PVL de la unidad sustituida, coste mensual de la sustitución, ahorro y observaciones. Para la propuesta de las sustituciones se utiliza la guía de intercambio terapéutico del hospital, para la obtención del PVP el BotPlus web, y para la del PVL el módulo de gestión económica disponible en el hospital. Aquellas propuestas que implican un aumento de la medicación y el cambio de un medicamento con varios principios activos por varios medicamentos con un solo fármaco son descartadas. Posteriormente se agrupan los datos en dos tablas diferentes, una informando del ahorro económico posible por intervención realizada junto con el ahorro total, y otra con datos acerca de las sustituciones para presentarlas al médico prescriptor del centro. La herramienta de cálculo utilizada es la misma que la usada para la recogida de datos.

### RESULTADOS:

Se trasladaron al médico un total de 98 sustituciones posibles con un ahorro mensual de 1479,55 € y uno anual de 17754,65 €.

### CONCLUSIONES:

La evaluación de minimización de costes realizada muestra la posibilidad de ahorro económico en la gestión de centros sociosanitarios, remarcando el papel del farmacéutico hospitalario en la farmacoterapia del paciente, preservando la misma y permitiendo una mejora en la gestión de los recursos a nivel sanitario. Es importante, por tanto, la presencia de la figura del farmacéutico hospitalario entre el equipo sanitario, tanto a nivel de gestión y adquisición como a nivel de apoyo del prescriptor del centro.

[\(Enlace al póster\)](#)

## UTILIZACIÓN DE DARBEPOETINA Y EPOETINA ALFA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ANEMIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

*Rodríguez Jiménez, E1, Martínez Camacho, M1, Alfaro Acha, A1, Amor Andrés, S1, Rueda Naharro, A2, García Marco, D2. 1 Hospital Virgen del Valle (Toledo) 2 Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo)*

### OBJETIVO.

Conocer la utilización de Darbepoetina y Epoetina alfa en los pacientes externos geriátricos con anemia asociada a insuficiencia renal crónica.

### MÉTODO.

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal. Se seleccionaron los pacientes con anemia por trastornos crónicos en el contexto de insuficiencia renal en tratamiento con Darbepoetina y Epoetina alfa en el módulo de pacientes externos de Farmatools®, recogándose las siguientes variables: sexo, edad, situación social del paciente (en domicilio o institucionalizado), medicamento dispensado, dosis, tiempo de dispensación y adherencia. Como parámetro de control y seguimiento clínico se recogió el dato del valor de Hemoglobina (Hb) antes de la última dispensación, se consideró buen control valores de Hb no superiores a 12 g/dl

### RESULTADOS:

Se incluyeron 58 pacientes en total, 52(89,65%) tratados con Darbepoetina y 6 (10,35%) con Epoetina alfa; 26 hombres y 32 mujeres; la media de edad fue 90 años (con valores entre 77 y 104 años). El número de pacientes que vivían en domicilio, 48 (80%), fue superior a los que se encontraban institucionalizados, 10 (18%). En cuanto al uso de Darbepoetina, la distribución pacientes/ dosis fue la siguiente: dieciocho pacientes con 30 mcg, catorce con 40 mcg, nueve con 20 mcg, ocho con 60 mcg y tres con 50 mcg. En cuanto a la utilización de Epoetina alfa, se encontró que la distribución pacientes/dosis fue la siguiente: cinco con 40.000 U.I y uno con 10.000 U.I. El tiempo medio de dispensación fue de 13,63 meses. En cuanto a la adherencia en 43 casos fue del 100%, en 2 casos fue del 80% en 1 fue del 67 %, en 2 casos fue del 50%. En 10 casos no se valoró por haber tenido lugar una sola dispensación. La adherencia media fue del 96,53%. Tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, el valor medio de Hb antes de la última dispensación fue de 10 g/dl, oscilando entre 8,2 g/dl y 12,8 g/dl.

### CONCLUSIONES:

El seguimiento del valor de Hb en los pacientes en tratamiento con Darbepoetina y con Epoetina alfa es importante ya que las cifras de Hb por encima de 12,5 g/dl se asocian con mayor morbimortalidad de causa cardiovascular. En nuestro estudio se encontraron cinco casos (8,6%) con Hb ligeramente mayor de 12 g/dl (12,1-12,8). En estos casos, se avisó al médico para que lo tuviera en cuenta en la próxima consulta. La adherencia a los tratamientos disminuye la morbilidad y mejora el pronóstico del paciente. En nuestro estudio la adherencia media fue del 96,53%. Con estos datos, concluimos que en nuestro hospital, la utilización de Darbepoetina y Epoetina alfa en pacientes geriátricos externos con anemia asociada a insuficiencia renal es adecuada.

No hay conflicto de intereses en este trabajo

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE DURVALUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. PRIMEROS RESULTADOS DEL USO DE DURVALUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

*Toledo Davia MA, Labrador Andújar N, López Álvarez R, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Moya Gómez P. Hospital Universitario de Toledo, Toledo*

### OBJETIVOS

Evaluar la supervivencia libre de progresión (SLP) global y por subgrupos, según la expresión de PD-L1, en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) tratados con Durvalumab.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo (marzo de 2018 a octubre de 2021) en todos los pacientes con Durvalumab en un hospital de nivel III. Se recogieron variables demográficas, estadio, histología, expresión de PD-L1 y meses de evolución desde el inicio del tratamiento. Se utilizó el programa informático SPSS v.15 para un análisis descriptivo y un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

### RESULTADOS

33 pacientes fueron tratados con Durvalumab con una mediana de edad de 65 años(52-85); 24 hombres (72%) y 9 mujeres (28%); 19 (57%) pacientes con histología de tipo escamoso y 14 (43%) pacientes con adenocarcinoma. Estadio: 57% pacientes en IIIA, 30% IIIB, 9% IIIC y 3% en estadio IV. Expresión de PD-L1: 10 pacientes entre 1-25%, 3 entre 25-50%, 9 pacientes expresaron más del 50% y para 11 pacientes se desconocía el valor de expresión.

Análisis de supervivencia:**1. Global:** no se alcanzó la mediana de SLP debido al pequeño número de pacientes; 11 pacientes (33%) alcanzaron el evento de progresión con una SLP media de 26,32 (IC 95% 18,22-36,52). **2. Subgrupos PD-L1:** solo se alcanzó la mediana de SLP para el subgrupo 1-25%, que fue de 17 meses (IC 95% 6,59-27,40), y media de 13,28 meses (IC 95% 9, 26-17,3). Para PD-L1 25-50 %, no se pudo analizar la SLP ya que todos los pacientes aún estaban en tratamiento. Para PD-L1>50%, una media de 27,27 meses (IC95% 18,22-36,52); y para PD-L1 desconocido una media de 23,18 meses (IC 95% 12,91-33,45).

### CONCLUSIÓN Y RELEVANCIA

Nuestro tamaño de muestra no nos permitió calcular la mediana de SLP en el grupo general. En cuanto al análisis por subgrupos, los resultados sugieren que a mayor expresión de PD-L1 se obtiene una mediana de SLP mayor. Durvalumab parece responder bien en los pacientes ya que el número de pacientes sin evento es alto, por lo que sería necesario aumentar el tiempo de estudio y el tamaño simple para obtener resultados más significativos.

### CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

## USO DE DOSIS OFF-LABEL DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA MUCORMICOSIS.

*Alabort Ayllon H, Tebar Martinez E, Drozd Vergara A, Collado Sanz JM, Del Pozo Carlavilla C, Martinez Mayordomo J. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

### ANTECEDENTES:

La mucormicosis es una infección invasiva causada por hongos pertenecientes al orden Mucorales. Es una infección grave con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Los mucorales son oportunistas e infectan principalmente a personas inmunodeprimidas. Es muy importante realizar un diagnóstico y tratamiento rápidos para aumentar las posibilidades de éxito.

### OBJETIVO:

El objetivo es presentar dos casos clínicos en los que se empleó anfotericina B liposomal e isavuconazol para el manejo de la mucormicosis en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica (uso off – label).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

La extracción de datos clínicos y de laboratorio se realizó mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas (Mambrino XXI®) y el software de gestión farmacéutica del servicio de farmacia (Farmatools).

### RESULTADOS:

Caso 1. Mujer de 76 años con antecedentes clínicos de diabetes mellitus tipo 2 hipertensión arterial y dislipemia. En tratamiento crónico con corticoides (prednisona 5mg/24h) por una posible hepatitis autoinmune, acude al hospital tras una caída con traumatismo en hombro y heridas superficiales en el brazo. En el ingreso precisó la colocación de una prótesis y tras la rehabilitación se fue de alta.

A la semana, la paciente volvió al hospital objetivándose una lesión con exudado seroso en el antebrazo que había empeorado desde el primer ingreso. Se sospechó de una posible celulitis infecciosa y debido a su empeoramiento clínico se trató con ertapenem 1000mg/24h. La falta de respuesta al tratamiento, tórpida evolución clínica y aislamiento de un hongo del género *Rhizopus* de la herida llevan a iniciar tratamiento antifúngico. La lesión había comenzado a necrosar y se estaban empezando a realizar desbridamientos quirúrgicos. Como último recurso y para evitar una posible amputación, se pautó Anfotericina b liposomal a dosis de 10mg/kg (850mg/24h, dosis off-label) e Isavuconazol 200mg/8h los dos primeros días y posteriormente 200mg/24h (dosis habitual). Al tercer día del inicio del tratamiento antifúngico junto al desbridamiento quirúrgico, la paciente comenzó a mejorar y la enfermedad se fue resolviendo paulatinamente.

Los efectos adversos más importantes por el uso off-label fueron un leve – moderado deterioro de la función renal y hepática (con aumentos analíticos de creatinina y enzimas hepáticas), que obligaron a reducir la dosis de anfotericina b al 9 día a dosis de 5mg/kg.

Caso 2. Hombre de 37 años, natural de Marruecos, sin ningún tipo de comorbilidad y sin tratamiento habitual. Que llega al hospital con una lesión en el antebrazo con dos semanas de mala evolución. No responde al tratamiento antibiótico con meropenem y se acaba aislando un hongo del orden mucor sin filiar. Se decide seguir la misma pauta ya mencionada anfotericina b liposomal a 10mg/kg e isavuconazol a pauta habitual. También evolucionó satisfactoriamente y con muchas menos complicaciones.

### CONCLUSIÓN:

El uso de dosis off-label estuvo justificado y el beneficio superó el riesgo asumido. Es cierto que son dosis elevadas y que hay que vigilar estrechamente los parámetros renales y hepáticos, pero en estas condiciones existe urgencia por conseguir efecto y no permitir la diseminación de la enfermedad.

**Conflicto de intereses:** No

[\(Enlace al póster\)](#)

## SUNITINIB VS TIVOZANIB. COMPARATIVA SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL

*Collado Sanz, JM., Del Pozo Carlavilla, C., Serna Serrano, B., Alabort Ayllón, H., Tébar Martínez, E., Drozd Vergara, A. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

### Introducción:

Sunitinib es un fármaco aprobado en 2006 para el tratamiento del cáncer renal. Varios fármacos similares han sido aprobados desde entonces, entre ellos, tivozanib, aprobado en 2017, que parece tener mejor perfil de seguridad según la bibliografía incipiente.

### OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es estudiar la magnitud de las diferencias en supervivencia y seguridad en pacientes reales de nuestro entorno.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico retrospectivo observacional. Se han recogido datos de supervivencia libre de progresión (PFS) y reacciones adversas de los pacientes que han recibido sunitinib y tivozanib entre 2011 y 2021, utilizando para ello la historia clínica digital y analizando los datos con Excel y SPSS®.

### RESULTADOS:

Se obtuvieron datos de 23 pacientes tratados con sunitinib y 3 con tivozanib. Los datos son presentados para sunitinib vs tivozanib respectivamente. Edad media al diagnóstico de enfermedad metastásica 58 vs 72 años. Duración media del tratamiento 43 vs 50 semanas. PFS 9 vs 15 meses; sin embargo, en la fecha de realizar este estudio, el 95% de los pacientes con sunitinib presentaba progresión de su enfermedad, mientras que con tivozanib, solo fue el 33%.

Para sunitinib El 86% de los pacientes presentó efectos adversos, siendo los más frecuentes hipertensión arterial, diarrea y astenia. El 32% de los pacientes presentó toxicidad, como mínimo, de grado 3 a 4, de las cuales las más frecuentes fueron la diarrea (14%), la toxicidad cutánea (9%) y la trombopenia (9%). El 69% de los pacientes requirió alguna reducción de dosis o retraso en el tratamiento antes de completar, al menos, 6 ciclos de tratamiento.

Para tivozanib el 100% de los pacientes presentó efectos adversos, siendo los más frecuentes la astenia, hipotiroidismo e hipertensión arterial. El 33% presentó toxicidad de grado 3 a 4, siendo la HTA la única que alcanzó esta gravedad. El 66% de los pacientes requirió alguna reducción de dosis antes de completar, al menos, 6 ciclos de tratamiento.

Respecto a la seguridad, los datos son presentados en el mismo orden (sunitinib vs tivozanib). Pacientes que presentaron efectos adversos: 86% vs 100%. Efectos adversos más frecuentes: hipertensión arterial, diarrea y astenia vs astenia, hipotiroidismo e hipertensión arterial. Toxicidad grado 3 o superior: 32% vs 33% (diarrea, toxicidad cutánea y trombopenia vs hipertensión arterial únicamente). Reducción de dosis o retraso en el tratamiento antes de, como mínimo, 6 ciclos de tratamiento: 69% vs 66%

### CONCLUSIÓN:

Tivozanib parece ser buena alternativa a sunitinib en el tratamiento del cáncer renal, especialmente en pacientes mayores, pues no presentan mayor frecuencia de efectos adversos que pacientes más jóvenes tratados con sunitinib. Tivozanib en este estudio otorgó duraciones de tratamiento mayores probablemente debido a su mejor tolerabilidad, así como mejor PFS. Sin embargo, debido al escaso tiempo transcurrido desde su autorización, la cantidad de pacientes tratados con tivozanib es todavía pequeña y sería necesario un estudio posterior con mayor número de pacientes para poder afirmar con mayor seguridad esta tendencia.

Los autores no declaran conflicto de intereses

[\[Enlace al póster\]](#)

## CEFIDEROCOL: NUEVO MECANISMO, NUEVA ESPERANZA

*Mayo Canalejo B1, Pérez Serrano R1, Abdelhadi Álvarez H2, Gil Trujillo S3, Colmenarejo Serrano C4, Rodríguez Martínez M1. 1Servicio de Farmacia Hospitalaria. 2Servicio de Medicina Intensiva. 3Servicio de Anestesia y Reanimación. 4Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.*

### OBJETIVOS:

Cefiderocol es una nueva cefalosporina que penetra en las bacterias por canales transportadores de hierro, siendo el primer antibiótico sideróforo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y la Agencia Europea de Medicamentos. Entre otras, ofrece cobertura frente a bacterias Gram-negativas aerobias resistentes a carbapenemes (*Acinetobacterbaumannii* (AB), *Pseudomonas aeruginosa* o ciertas Enterobacterias).

Actualmente no comercializado en España, se accede previa autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios cumpliendo criterios de uso expandido, siendo el principal requisito que no existan alternativas terapéuticas. En nuestro centro, el equipo PROA (Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos) valoró la idoneidad del tratamiento previamente a la tramitación.

El objetivo del estudio consiste en analizar la utilización de cefiderocol en un hospital terciario, y su efectividad en infecciones nosocomiales por bacterias multirresistentes.

### MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes tratados con cefiderocol entre abril/2020 (primer paciente) y febrero/2022. La efectividad se calculó en términos de curación microbiológica y mortalidad.

Variables recogidas de la historia clínica informatizada: edad, sexo, servicio prescriptor, comorbilidades, patógenos previos, antimicrobianos utilizados, duración de estancia hospitalaria, foco, sensibilidad según antibiograma, duración de tratamiento, erradicación del microorganismo y mortalidad.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 15 pacientes críticos (Anestesia y Reanimación 5, Unidad de Cuidados Intensivos 10). En todos, el motivo de ingreso fue infección por SARS-CoV2, y el microorganismo diana del cefiderocol, AB. Edad media 54.3 años, 80% varones. Principales comorbilidades: obesidad (46.7%), hipertensión arterial (40%) y dislipemia (33.3%).

Antes del tratamiento con cefiderocol, además de AB, se aislaron de media 5 patógenos por paciente utilizándose una media de 10.5 antimicrobianos (incluyendo antivirales y antifúngicos). Estancia media: 35.7 días en unidades de críticos y 55.2 días de hospitalización total.

El foco principal fue neumonía en el 93.3% (14) de los pacientes (5 desarrollaron bacteriemia secundaria), y bacteriemia primaria en 6,7% (1). Todos los antibiogramas denotaban sensibilidad a tigeciclina (CMI <1µg/mL) y 60% a colistina, presentando resistencia al resto de antibióticos. En un 20% (3) se pudo testar cefiderocol resultando sensible. Todos recibieron como mínimo un ciclo intravenoso de tigeciclina y colistina, el 60% recibió dos o más de tigeciclina, y el 53.3%, de colistina.

La duración media del tratamiento con cefiderocol fue de 7.5 días siendo exitus el principal motivo de interrupción (53.3%). Del 46.7% que completó el tratamiento, 85.7% erradicó al microorganismo y 42.8% falleció. Del total, falleció un 80%.

### CONCLUSIONES:

En nuestro centro, cefiderocol se ha utilizado en pacientes críticos ingresados por COVID-19 para tratar coinfecciones (principalmente neumonías) por AB multirresistente que no tenían alternativas terapéuticas.

La cantidad de antibióticos previamente utilizados, los aislamientos microbiológicos previos, la duración de estancia hospitalaria y las comorbilidades indican que se trata de pacientes muy complejos, habiendo fallecido la mitad sin haber llegado a completar el tratamiento con cefiderocol. Aunque, la curación de la infección medida como erradicación microbiológica en pacientes que completaron al menos 10 días de tratamiento es elevada.

Cefiderocol supone una oportunidad farmacológica para infecciones por microorganismos multirresistentes cuyas opciones terapéuticas actualmente son limitadas.

No existen conflictos de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B.

*Martínez Ruiz, E; Tardáguila Molina, P; Carrasco Corral, T; Casarrubios Lázaro, G.I; Mendoza Acosta, I; Lázaro López, A; Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS:

La enfermedad crónica causada por el virus de la hepatitis B (VHB) abarca una serie de fases determinadas por:

- Fase de infección crónica (FIC) antígeno e (HBeAg) positivo: cuantificación de nivel de antígeno de superficie (qHBsAg) muy elevada, carga viral plasmática (ADN-VHB)>10 millones UI/mL, alanina aminotransferasa (ALT)<55 UI/L y ausencia de fibrosis.
- Fase de hepatitis crónica (FHC) HBeAg positivo: qHBsAg elevado, ADN-VHB 20.000-10 millones UI/mL, ALT>55 UI/L y fibrosis.
- FHC HBeAg negativo: qHBsAg>1.000 UI/mL, ADN-VHB>2.000 UI/mL, ALT>55 UI/mL y fibrosis.
- FIC HBeAg negativo o fase de portador inactivo (FPI): qHBsAg<1.000 UI/mL, ADN-VHB<2.000 UI/mL, ALT<55 UI/mL y ausencia de fibrosis.
- Fase de curación funcional (FCF): pérdida del HBsAg con o sin anticuerpos frente a dicho antígeno (anti HBs), ADN-VHB indetectable y ALT en rango.

Los objetivos del estudio fueron describir la fase de la infección en la que se encontraban los pacientes en tratamiento antiviral (TA) y analizar la adherencia en el último año.

### METODOS:

Estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con TA frente al VHB activo y dispensación en consultas externas de farmacia entre agosto de 2020 y agosto de 2021.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (HBeAg positivo o negativo con desarrollo de anticuerpos (anti HBe), ADN-VHB, qHBsAg, ALT, grado de fibrosis hepática determinada por elastografía, pérdida del HBsAg, desarrollo de anti HBs y pacientes con trasplante hepático) y farmacoterapéuticas (fármaco utilizado, tiempo de tratamiento y adherencia en el último año).

### RESULTADOS:

Se incluyeron 50 pacientes (70% hombres) con una mediana de edad de 56 años (RIC:48-66) y con una mediana de tiempo de tratamiento de 66 meses (RIC:27-108). El 38% estaban en tratamiento con entecavir y el 62% con tenofovir. El 66% presentó una adherencia superior al 90% en el último año, pero hay que destacar que un 16% del total de pacientes, no habían completado el año de seguimiento desde el inicio del tratamiento.

En cuanto a la fase de la infección en la que se encontraban los pacientes, el 46% se encontraban en FHC HBeAg negativo, el 28% en FPI, el 12% en FHC HBeAg positivo y el 14% en FCF (43% sin anti HBs y 57% con anti HBs).

El 40% de los pacientes presentó fibrosis grado 0-1, el 12% grado 2, el 12% grado 3, el 18% grado 4 y un 18% eran pacientes trasplantados.

### CONCLUSIONES:

Durante el período del estudio, existe mayor número de pacientes que se encuentran en FHC HBeAg negativo, la más común en el área mediterránea. Seguidamente, el mayor número de pacientes se encuentran en FPI.

Hay que destacar también que en la población del estudio aparecen casos de curación funcional.

Más de la mitad de los pacientes presentan una buena adherencia en el último año a pesar de que en algunos casos no se ha podido evaluar.

**CONFLICTO DE INTERESES:** ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA EN LA TERAPIA DIRIGIDA CON ALECTINIB EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO ALK POSITIVO. RESULTADOS DEL USO DE ALECTINIB EN LA VIDA REAL.

*Toledo Davia MA, Labrador Andújar N, López Álvarez R, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C. Moya Gómez P. Hospital Universitario de Toledo, Toledo*

### INTRODUCCIÓN

La traslocación de ALK determina la expresión de la proteína de fusión y la consecuente señalización aberrante de ALK en el carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM). Alectinib es un fármaco inhibidor de tirosina quinasa selectivo de ALK, induciendo de la muerte celular.

### OBJETIVO

Evaluar los resultados del uso de ALECTINIB en pacientes con CPNM. Comparar dichos resultados con los obtenidos en los ensayos clínicos.

### MATERIALES

Estudio observacional y retrospectivo (Agosto 2018-Diciembre 2021), en un hospital de III nivel, en pacientes que recibieron alectinib diagnosticados de CPNM. Análisis de la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el método de Kaplan-Meier. Para el cálculo de la supervivencia se consideró el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta el evento (progresión o éxitus por cáncer).

### RESULTADOS

Un total de 15 pacientes, mediana de edad de 71 (49-86) años, de los cuales 9 fueron hombres y 6 mujeres. El 100% presentaron histología tipo adenocarcinoma y el 84% con metástasis confirmadas. ECOG al inicio del tratamiento: 7 con ECOG 0, 7 con ECOG 1 y 1 paciente con ECOG 2. El 80% (12) de los pacientes recibieron tratamiento previo, de los cuales 2 pacientes fueron tratados previamente con crizotinib. A fecha fin del estudio solo 2 pacientes continuaban con el tratamiento, 5 progresaron y 8 fueron éxitus por cáncer. El principal motivo de suspensión del tratamiento fue el éxitus (53%) y el máximo tiempo sin progresión fue de 20 meses para uno de los pacientes. En cuanto a los datos de supervivencia: la mediana de SLP fue de 2 (1,07-2,9; IC95%) meses y la SG fue de 6 (0,46-11,55; IC95%) meses.

El 40% (6) de los pacientes presentaron alguna reacción adversa, las más frecuentes relacionadas con síntomas gastrointestinales.

### CONCLUSIONES

Los resultados en supervivencia obtenidos difieren con los de los ensayos clínicos NP28761 [SLP de 6,3 (5,5- ne) meses] y NP28673 [SLP de 8,9 (5,6-11,3) meses]; la SG no fue alcanzada en los ensayos. Los resultados en nuestra cohorte difieren a los descritos en la bibliografía previa, no obstante el grado de evolución de la enfermedad en el momento de la prescripción puede ser clave para interpretarlos. Son necesarios más estudios para poder analizar mejor lo resultados en vida real de alectinib, así como un mayor número de pacientes a analizar.

### CONFLICTO DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

## “KEEP CALM AND ADAPT” ¿ESTAMOS AVANZANDO EN EL ÁREA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES EXTERNOS? EVALUACIÓN DE LA APERTURA DE UNA NUEVA CONSULTA EN UNA GAI.

*Fernández-Bravo Rodrigo, J; Portela Sotelo, A; Lafarga Lapieza, V; Martínez Valdivieso, L; Martí Gil, CM; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

### Objetivo

Nuestra Gerencia de Atención Integrada (GAI) presenta amplia dispersión geográfica, prestando cobertura a 138.646 habitantes. La Consulta de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos (CAFPE-1), ha visto un incremento exponencial respecto al número de pacientes (2.163/2.203/2410) entre 2019-2021. Por ello, en enero/2022 se amplió la cobertura con una nueva CAPFE (CAFPE-2), con atención, una jornada laboral/semana, externa al centro sanitario, concretamente en un Centro de Especialidades, Diagnóstico y Tratamiento, comenzándose atención a los habitantes de dicha zona de salud, aproximadamente un 15% de la GAI.

Analizar la evolución del grado de satisfacción de los pacientes acerca de la atención recibida en la CAFPE-2

### Métodos

Estudio analítico-descriptivo transversal en un hospital nivel-II. Realizándose una encuesta a través del cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo, desarrollado por el Servicio de Farmacia junto a la Unidad de Calidad, en tres fases: 2019, 2020 [situación pandémica], en CAFPE-1 durante una semana; y enero-febrero/2022 en CAFPE-2.

Diseño de la encuesta: 5 preguntas sobre CAFPE acerca de: localización, zona de espera, horario de atención, trato recibido, información farmacoterapéutica; 5 grados de respuesta tipo likert [muy mala/mala/regular/buena/muy buena], junto a una valoración cuantitativa global y apartado de sugerencias de mejora.

Análisis estadístico en STATA@v.16.0, comparando medias para muestras no paramétricas con test U de Mann-Whitney de cada ítem de la encuesta (respuestas codificadas [1-5]) y de la valoración global (0-10) en las tres fases del estudio.

### Resultados

En la primera fase (2019) se cumplimentaron 35 encuestas, en la segunda (2020) 75, y en la tercera (2022) 36.

Las medias e intervalos de confianza (IC) de cada fase, respectivamente, para cada ítem (1-5) y valoración global (0-10) fueron:

- Localización: 4,18(95%IC:3,94-4,41); 4,33(95%IC:4,21-4,46); 4,67(95%IC:4,47-4,86).
- Zona de espera: 4,38(95%IC:4,17-4,59); 3,96(95%IC:3,80-4,12); 4,61(95%IC:4,41-4,81).
- Horario: 4,29(95%IC:4,07-4,51); 4,23(95%IC:4,08-4,38); 4,67(95%IC:4,47-4,86).
- Trato: 4,73(95%IC:4,56-4,91); 4,79(95%IC:4,68-4,89); 4,83(95%IC:4,71-4,96).
- Información recibida: 4,74(95%IC:4,56-4,91); 4,84(95%IC:4,76-4,92); 4,83(95%IC:4,71-4,96).
- Valoración global: 9,06(95%IC:8,61-9,52); 9,05(95%IC:8,81-9,30); 9,60(95%IC:9,35-9,86).

La única diferencia estadísticamente significativa entre 2020-2019, fue la zona de espera, constatándose depreciación en 2020 (-0,42, p<0,01).

Respecto a 2022-2020, hubo diferencias estadísticamente significativas favorables a 2022: localización (diferencia:0,33, p<0,01), zona de espera (diferencia:0,65, p<0,001), horario (diferencia:0,44, p<0,001) y valoración global (diferencia:0,55, p<0,01).

Entre 2022-2019 resultó estadísticamente significativo, favorable a 2022: localización (diferencia:0,49, p<0,001) y valoración global (diferencia:0,54, p<0,05). Observándose, además, tendencia positiva, sobre zona de espera (diferencia:0,23, p>0,05) y horario (diferencia:0,37, p>0,05).

Las sugerencias de mejora fueron: durante 2019 acerca del horario y localización; 2020 horario y zona de espera, añadiendo comentarios positivos sobre la atención recibida; 2022 mantener/ampliar días de atención CAFPE-2, agradeciendo su implantación.

### Conclusiones

La apertura de CAFPE-2 ha mostrado una mejoría en el grado de satisfacción del paciente, tanto comparado con 2019 como 2020, ambos percibidos como períodos similares, salvo diferencias sobre zona de espera, posiblemente influenciadas al estado pandémico. Tanto el trato, como la información farmacoterapéutica recibida, se han mantenido a un altísimo nivel.

Además, la valoración global ha aumentado considerablemente, lo que demuestra que la cercanía y mejoría de la accesibilidad a la CAFPE es clave para un mayor grado de satisfacción del paciente, que llevaría consigo un mayor grado de adherencia.

**Conflicto de intereses:** no

[\(Enlace al póster\)](#)

## ESTRATEGIA DE RESCATE EN LA ENFERMEDAD DE CHRON: REINDUCCIÓN INTRAVENOSA DE USTEKINUMAB

*Lafarga Lapieza, V; Meroño Saura, MA; Portela Sotelo, A; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Martínez Valdivie-so, L; Barreda Hernandez, D. Servicio de Farmacia. GAI Cuenca.*

### OBJETIVOS

Ustekinumab, anticuerpo monoclonal IgG1k anti IL-12/23, forma parte del algoritmo terapéutico de la enfermedad de Chron (EC). En pacientes refractarios al tratamiento subcutáneo, la reinducción intravenosa (IV) constituye una nueva estrategia de intensificación para inducir respuesta y/o remisión.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad y seguridad de la reinducción IV de ustekinumab en pacientes con pérdida de respuesta secundaria a ustekinumab subcutáneo pertenecientes a un hospital de nivel-II.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con EC tratados con una reinducción IV de ustekinumab durante el periodo de Abril de 2018 a Enero de 2022. Se recogieron variables de edad, sexo y número de dosis subcutáneas pre-post inducción intravenosa.

Para valorar la efectividad se revisaron los niveles de calprotectina, proteína C reactiva (PCR) y evolución clínica (nº de brotes, tratamiento coadyuvante) pre-post inducción y al cierre del estudio. Para valorar la seguridad se evaluó la aparición de efectos adversos.

Se revisó el seguimiento farmacocinético del fármaco.

Las bases de datos analizadas en el estudio fueron MambrinoXXI® y Farmatools®.

### RESULTADOS

Fueron incluidos 5 pacientes, 4 hombres y 1 mujer, con una mediana de edad de 44(19-68) años. El número de dosis medias subcutáneas pre-inducción fue 12(4-30) mientras que el número de dosis medias subcutáneas post-inducción fue 5(2-11).

El nivel medio registrado de calprotectina y PCR pre-inducción fue 1454(375-2375) mg/kg y 5,15(0,5-13,3) mg/L mientras que el nivel post-inducción fue 1538(322-2834) mg/kg y 9,9(0,9-25,5) mg/L, respectivamente.

En un paciente el valor pre-inducción de calprotectina no fue solicitado. Al finalizar el periodo del estudio, los valores medios de calprotectina y PCR fueron 704(123-2240) mg/kg y 5,9(1-17,1) mg/L.

En todos los pacientes hubo una disminución del valor de calprotectina mientras que los valores de PCR aumentaron a excepción de un paciente. No se dispone de datos clínicos de un paciente debido al escaso periodo de tiempo desde su reinducción.

Al cierre del estudio, 2 pacientes habían suspendido el tratamiento con ustekinumab por pérdida de respuesta tras la aparición de varios brotes. Ambos precisaron intervención quirúrgica y actualmente se encuentran controlados con otras líneas terapéuticas. Otros 2 pacientes se encuentran asintomáticos y continúan con tratamiento subcutáneo de ustekinumab pero, debido a varios brotes, necesitaron intensificación del fármaco subcutáneo tras la reinducción IV. De un paciente no se dispone de datos de su evolución clínica.

No se realizó la monitorización farmacocinética en ningún paciente.

Ningún paciente presentó efectos adversos asociados a la reinducción.

### CONCLUSIÓN

El rescate con una dosis intravenosa de ustekinumab podría considerarse una alternativa efectiva y segura, permitiendo la continuación del tratamiento subcutáneo sin necesidad de agotar una línea terapéutica. Sin embargo, debido al pequeño tamaño muestral se crea la necesidad de realizar más estudios, a largo plazo y con más pacientes, para extrapolar la validez de nuestros resultados.

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE TOFACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN NUESTRA PRÁCTICA ACTUAL. UN PASO ADELANTE EN SEGURIDAD

*Fernández-Bravo Rodrigo, J; Flor García, A; Lafarga Lapieza, V; Buendía Moreno, J.A; Portela Sotelo, J; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

### OBJETIVO

Estudio a raíz de comunicación dirigida a profesionales sanitarios por parte del laboratorio fabricante (marzo-21), informando de resultados preliminares del estudio *ORAL-Surveillance*, observándose mayor riesgo de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACEs) y neoplasias malignas en comparación con inhibidores TNF-alfa. Además, previamente se publicó alerta de seguridad (mayo-19), por incremento de riesgo de tromboembolismos venosos en pacientes con factores de riesgo.

Monitorizar clínica y analíticamente pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con tofacitinib, valorando adecuación de la prescripción, haciendo recomendaciones al médico prescriptor con informe de seguridad (CIM). Valorar la evolución de los pacientes tras CIM.

### MÉTODOS

Estudio observacional transversal en hospital-nivel-II, incluyéndose todos los pacientes con AR tratados con tofacitinib en abril-2021. Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada (Mambrino©) y programa de gestión farmacéutica (Farmatools©; DPE). Protocolo de uso de inhibidores JAK-quinasas, aprobados en Comisión Farmacoterapéutica (CFT). Variables recogidas en dos periodos, pre-informe (abril-2021) y post-informe (enero-2022): demográficas (sexo, edad), pauta posológica, duración y tratamientos previos. Primera evaluación, tras inicio, de situación clínico-analítica. Variables para evaluar seguridad: hematológicas (neutrófilos, linfocitos, Hb), cirugía o infección reciente, perfil hepático-renal, antecedentes de neoplasias y factores de riesgo cardiovascular y de tromboembolismo venoso (FRCV-TEV).

### RESULTADOS

#### Análisis pre-informe

Se incluyeron 13 pacientes (8 mujeres), mediana de edad 67 años (33-84), con pauta posológica 5mg/12h, excepto uno, 5mg/24h por linfopenia. La mediana de tratamiento fue 33 meses (9-43). Doce pacientes recibieron tofacitinib por fallo secundario a otros FAMEs biológicos (7pacientes  $\geq 2$ biológicos previos; etanercept, más frecuente) y uno por disconfort con terapia parenteral. Tras iniciar tratamiento, salvo un paciente, mejoraron clínicamente y pre-informe, once pacientes se encontraban estables, clínico-analíticamente de la AR.

En materia de seguridad, ningún paciente había sufrido cirugía, infección reciente, ni alteración hepática.

Siete pacientes, denominándose pacientes-diana, presentaban  $\geq 2$ FRCV-TEV, de los cuales, dos tenían antecedentes de neoplasias previas y función renal deteriorada progresiva (filtrado glomerular  $< 50$  mL/min/1,73m<sup>2</sup>), y uno de estos dos, linfopenia mantenida (Grado-II).

Todos, salvo uno, presentaron situación clínica estable, sin embargo, fueron susceptibles de valorar (balance beneficio-riesgo) ajuste posológico, suspensión temporal o cambio de tratamiento, siendo upadacitinib (CFT, Acta 1/2021) alternativa, de igual indicación y mecanismo de acción, posicionándose con mejor perfil de seguridad (IPT diciembre-2020)

El resto de pacientes (no-diana) presentaron variables de constante seguimiento en materia de seguridad.

Un CIM del Servicio Farmacia, aportando notas de la AEMPS, se envió al único facultativo prescriptor para su valoración.

#### Análisis post-informe

De los pacientes-diana, cinco han continuado sin modificaciones, un paciente ha cambiado a upadacitinib (pauta plena) y otro causó *éxitus* por cáncer de pulmón (diagnosticado post-informe)

Los pacientes-no-diana continuaron sin modificaciones y estables, excepto dos pacientes, que suspenden tratamiento por nuevo diagnóstico y por deseo gestacional

### CONCLUSIONES

Las notas informativas y alertas de seguridad (AEMPS) sobre tofacitinib invitan a realizar una farmacovigilancia exhaustiva, efectuando monitorización clínico-analítica estrecha en todos los pacientes. Actualmente, tofacitinib se está viendo relegado por nuevos i-JAK-quinasas (upadacitinib, filgotinib)

El farmacéutico responsable de la Consulta de Atención farmacéutica de Pacientes Externos se sitúa como piedra angular en materia de seguridad y adecuación terapéutica.

**Conflicto de intereses:** no

[\(Enlace al póster\)](#)