

XVII Jornada Científica
de la Sociedad Castellano Manchega de
Farmacia Hospitalaria

**APORTANDO VALOR DESDE LA HUMANIZACIÓN.
ATENCIÓN FARMACÉUTICA SIGLO XXI.**



CUENCA
Hospedería del Seminario San Julián
Plaza de la Merced, 3



14-15 ABRIL 2023

LIBRO DE COMUNICACIONES

COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ ORGANIZADOR
<p>PRESIDENTE:</p> <p>Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Coordinador Regional del Área de Farmacia. Presidente SCMFH.</p> <p>VOCALES:</p> <p>Dra. Cristina Blázquez Romero. Vocal Toledo. Dra. María Blanco Crespo. Vocal Guadalajara. Dra. M^a Teresa Franco Sereno. Vocal Ciudad Real. Dra. Inmaculada Martín Niño. Vocal Cuenca. Dra. Esther Domingo Chiva. Vocal Albacete. Dra. Tamara Carrasco Corral. Vocal Residentes. Dra. Lucía Rubio Alonso. Dra. Encarnación Pérez Cano. Dra Sonia Ruiz Sánchez Dra Elvira Martínez Ruiz Dra Ana Domínguez Barahona</p>	<p>PRESIDENTE:</p> <p>Dra. Dolores Barreda Hernández. Jefe Servicio Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. G.A.I. de Cuenca.</p> <p>VOCALES:</p> <p>Dr. David García Marco. Vicepresidente SCMFH. Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez. Tesorera SCMFH. Dra. María Luisa Moreno Perulero. Secretaria SCMFH. Dra. Lidia Martínez Valdivieso. F.E.A. HVLZ. G.A.I. de Cuenca. Dra. Gracia Picazo Sánchez. F.E.A. HVLZ G.A.I. de Cuenca.</p>

VIERNES 14 ABRIL

13:30 Comida de trabajo.

16:15 Reunión de Residentes.

17:15-18:15 **Bienvenida:** Gracia Picazo Sanchiz, F.E.A. Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.

Conferencia Magistral: Villa Romana de Noheda.

Dra. Barreda, Jefe Servicio Farmacia, Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.

Ponente: Dr. Miguel Ángel Valero Tévar.

18:15-18:45 **Inauguración oficial de la XVII Jornada Científica de la SCMFH.**

- Excmo. Sr. D. Darío Francisco Dolz Fernández, Alcalde de Cuenca.
- Dra. Regina Leal Eizaguirre, Directora- Gerente del SESCAM.
- Dr. José Antonio Ballesteros Caveró, Director General de Asistencia Sanitaria, SESCAM.
- Dr. Juan Luis Bardají Mayor, Director Gerente, G.A.I. Cuenca.
- Dra. María Luz Moya Plaza, Presidenta Colegio Oficial de Farmacéuticos, Cuenca.
- Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez, Coordinador Regional del Área de Farmacia D.G.A.S.
- Dra. Dolores Barreda Hernández, Jefe Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.

18:45-18:50 **Presentación del Libro: "Farmacia Clínica y Terapéutica. Tomo III. El Farmacéutico Hospitalario en Urgencias".**

- Presenta: Dra. Paloma Moya Gómez, Jefe Servicio Farmacia, H.U de Toledo, G.A.E. Toledo.

18:50-19:30 **Asamblea General Ordinaria de la SCMFH.** Junta Directiva SCMFH.

21:15 **Cena de Bienvenida** (Parador Nacional de Cuenca)

SÁBADO 15 ABRIL

9:30-10:30 **Presentación Oral de las Mejores Comunicaciones.**

Moderadora: Dra. Inmaculada Martín Niño, FEA Área Farmacia D.G.A.S. y Hospital Virgen de la Luz, GAI. Cuenca.

- Análisis de la incidencia de reacciones de hipersensibilidad en las infusiones de paclitaxel tras el cese de comercialización de ranitidina. Saiz Molina, JJ. H.G La Mancha Centro

- Ley de Eutanasia: ¿Qué opina el farmacéutico hospitalario? Violeta Lafarga Lapieza, Hospital Virgen de la Luz, GAI. Cuenca.
- Validación de un modelo farmacocinético de voriconazol: aplicación en la práctica clínica. Bárbara Anguita Montenegro, H.G Universitario de Ciudad Real
- Fármacos modificadores de alta eficacia. Escalado terapéutico en el tratamiento de esclerosis múltiple remitente recurrente. Paula Hernando Martínez, Hospital Virgen de la Luz, GAI. Cuenca.
- Resultados de salud en vida real de atezolizumab en combinación con quimioterapia para tratamiento de primera línea en cáncer de pulmón microcítico. Paula García Mayordomo, H.U Ciudad Real.

10:30-11:45 **Compartiendo Experiencias en los Hospitales de Castilla-La Mancha.**

Moderadora: Dra. Lidia Martínez Valdivieso, F.E.A. Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.

- Creación de un comité de asma multidisciplinar: optimizando la prescripción de fármacos biológicos. Clara Notario Dongil, F.E.A. H.G La Mancha Centro, G.A.I. de Alcázar San Juan.
- Comisión Técnica Asesora Regional de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas de Castilla-La Mancha. Inmaculada Martín Niño, F.E.A. Área Farmacia D.G.A.S. y Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.
- Mejora en la comunicación de la farmacoterapia del paciente quirúrgico: experiencia en Urología. Elvira Martínez Ruiz, F.E.A. H.U de Guadalajara, G.A.I. de Guadalajara.
- Telefarmacia tras la pandemia... ¿Qué opinan nuestros pacientes? Ana Domínguez Barahona, H.U de Toledo, G.A.E. de Toledo.
- DADA: Desescalada Automatizada De Antimicrobianos. Sergio Francisco de Asís Portillo Haro, F.E.A. Farmacia Hospitalaria, Gerencia Hospital Nacional de Parapléjicos.
- UCAPI. Iniciativa para la mejora de la farmacoterapia de los pacientes de la G.A.I de Alcázar de San Juan. María Luisa Moreno Perulero, F.E.A. Farmacia Hospitalaria, H.G La Mancha Centro, G.A.I. de Alcázar de San Juan.

11:45-12:15 **Café.**

12:15-13:30 **Mesa Redonda: Experiencias de Humanización en los Sº. Farmacia SESCAM**

Moderadora: Dra. Dolores Barreda Hernández, Jefe Sº. Farmacia del Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca. Coordinadora Nacional Grupo ETHOS, SEFH.

- "Estrategia de humanización en la SEFH". Dra. Ana Álvarez Díaz, Jefe Sº. Farmacia, H.U Ramón y Cajal, SERMAS, Coordinadora Nacional Grupo de Humanización SEFH.
- "Vectores para la humanización de la asistencia sanitaria en Castilla-La Mancha". Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe Sº Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria, Consejería de Sanidad, JCCM.

Perlas de Humanización en los Sº Farmacia SESCAM

1. Consulta de Atención Farmacéutica Satélite en un CEDT. Dra. Encarnación Pérez Cano, F.E.A. Farmacia Hospitalaria, Hospital Virgen de la Luz, G.A.I. Cuenca.
2. Conoce tu tratamiento hospitalario. Dr. David García Marco, Jefe Sº. Farmacia, Gerencia Hospital Nacional de Parapléjicos.
3. Tres años junto al paciente oncológico. Dra. Inés Mendoza Acosta, H.U Guadalajara, G.A.I. Guadalajara.

13:30-13:45 **Entrega de Premio: Mejor Comunicación Oral.** Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez y Dra. Dolores Barreda Hernández, Presidentes de Comités Científico y Organizador.

14:00 **Cocktail de Clausura.**

COMUNICACIONES ORALES.....8

LEY DE EUTANASIA: ¿QUE OPINA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO?	<u>8</u>
VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO DE VORICONAZOL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	<u>9</u>
FÁRMACOS MODIFICADORES DE ALTA EFICACIA. ESCALADO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.	<u>10</u>
RESULTADOS DE SALUD EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA PARA TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE PULMÓN MICROCÍTICO.....	<u>11</u>
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN LAS INFUSIONES DE PACLITAXEL TRAS EL CESE DE COMERCIALIZACIÓN DE RANITIDINA.	<u>12</u>

COMUNICACIONES PÓSTER.....13

REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO: IMPORTANCIA DE NOTIFICAR.....	<u>13</u>
PRIMEROS RESULTADOS EN VIDA REAL DE PEMBROLIZUMAB EN COMBINACIÓN CON LENVATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO.....	<u>14</u>
USO DE PIRFENIDONA Y NINTEDANID EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO.....	<u>15</u>
IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HEMORRAGIA MASIVA.....	<u>16</u>
PRIMEROS PASOS PARA LA DISPENSACIÓN SEMANAL DE MEDICAMENTOS A UN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	<u>17</u>
ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES DE NIRMATRELVIR-RITONAVIR.....	<u>18</u>
USTEKINUMAB: MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD EN ENFERMEDAD DE CROHN DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA.....	<u>19</u>
FORMULACIÓN MAGISTRAL DE LOVASTATINA 2% Y COLESTEROL 2% PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DE POROQUERATOSIS ACTÍNICA.....	<u>20</u>
PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON EL USO DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2.....	<u>21</u>

TERAPIA DE INDUCCIÓN A LA INMUNOTOLERANCIA EN PACIENTE CON HEMOFILIA A SEVERA E INHIBIDORES DE ALTO TÍTULO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	<u>22</u>
PEMBROLIZUMAB: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES. ¿DEBERÍAMOS PONER FIN A LA DOSIS FIJA?	<u>23</u>
BACTERIAS MULTIRRESISTENTES Y NUEVOS ANTIBIÓTICOS: USO Y RESULTADOS EN VIDA REAL.....	<u>24</u>
ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA.....	<u>25</u>
IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO CP-FARMA EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA NO ESTÉRIL.....	<u>26</u>
ANÁLISIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE CEFIDEROCOL EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES GRAVES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTI-RESISTENTE.....	<u>27</u>
CANDIDATOS POTENCIALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CABOTEGRAVIR+RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES VIH-1.....	<u>28</u>
RESULTADOS DE LA PROFILAXIS CON TIXAGEVIMAB/CILGAVIMAB EN PACIENTES DE RIESGO ALTO	<u>29</u>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE DUPILUMAB.....	<u>30</u>
EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NUTRICIÓN PARTENTERAL DOMICILIARIA.....	<u>31</u>
EXPERIENCIA DEL USO DE VEDOLIZUMAB EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CHRON	<u>32</u>
EXPERIENCIA DE USO DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE.....	<u>33</u>
ATENCIÓN FARMACÉUTICA SIGLO XXI: APORTANDO VALORAR EN SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CICLINAS.....	<u>34</u>
VANCOMICINA ORAL EN PAUTA DESCENDENTE: PERFIL DE PACIENTES Y RESULTADO.....	<u>35</u>
PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EN EL PERIOPERATORIO, ¿SE CUMPLEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA LOS PROTOCOLOS?.....	<u>36</u>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FIDAXOMICINA EN INFECCION POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE.....	<u>37</u>

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA GUIADA POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA. ESTUDIO DE IMPACTO ASISTENCIAL DE LA APLICACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS.....	38
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	39
ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE GABAPENTINA EN INDICACIONES AUTORIZADAS EN FICHA TÉCNICA EN PACIENTES INGRESADOS.....	40
¿SOBREDOSIFICAMOS CON LA DOSIS FIJA DE PEMBROLIZUMAB A NUESTROS PACIENTES? ANÁLISIS MULTICÉNTRICO SOBRE SU REPERCUSIÓN EN TOXICIDAD.....	41
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ESTÁNDAR: ¿ES HORA DE CAMBIAR?.....	42
ADECUACION A UN PROTOCOLO DE USO DE FÁRMACOS ANTI-C5 EN SINDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO Y ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD.....	43
ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA EN UN HOSPITAL GENERAL, ¿SE ADECUAN A LAS NUEVAS CONDICIONES DE USO?.....	44
ACTUACIÓN FARMACÉUTICA ANTE UNA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO.....	45
INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO INTEGRADO EN EL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	46
ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE Y EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE FIDAXOMICINA.....	47
ANTICUERPOS MONOCLONALES FRENTE AL SARS-COV-2 EN TRASPLANTADOS RENALES: ¿REDUCEN LA MORTALIDAD?.....	48
SÍNDROME DE FUGA CAPILAR SISTÉMICO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	49
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	50
ESTADO DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA-LA MANCHA.....	51
EXPERIENCIA DE USO DEL REGIMEN SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. ¿QUE HA OCURRIDO CON LOS EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRATADOS CON OCRELIZUMAB.....	52

EFFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES EN INFECCION LEVE/MODERADA POR SARS-CoV-2.
EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL..... [53](#)

INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN NEUMONITIS ASOCIADA A
INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. A PROPOSITO DE UN
CASO..... [54](#)

CONCILIACIÓN DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS..... [55](#)

¿HACEMOS UN USO RACIONAL DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES?..... [56](#)

AJUSTES EN LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR Y VALORACIÓN
DE UN EFECTO ADVERSO ASOCIADO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... [57](#)

COMUNICACIONES ORALES

LEY DE EUTANASIA: ¿QUE OPINA EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO?

*Lafarga Lapieza,V; Sánchez Gundín,J; Martín Niño,I; Hernando Martínez,P; García López,E; Barreda Hernández,D.
Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca.*

OBJETIVOS

Conocer, mediante una encuesta on-line, la visión de los farmacéuticos hospitalarios acerca de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia con la finalidad de resolver incógnitas e incertidumbres a las que dar respuesta.

METODOLOGÍA

Se diseñó una encuesta on-line de 22 preguntas tipo likert que se difundió a través de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) a todos los farmacéuticos socios. La encuesta recogía datos demográficos, categoría profesional, formación bioética y número de camas del hospital donde se ejerce la actividad. Constó de 3 bloques:

1. Solicitud de prestación de ayuda para morir (PAM).
2. Objeción de conciencia.
3. Eutanasia y Farmacia Hospitalaria en la práctica asistencial.

La encuesta fue de carácter anónimo, incluso la Comunidad Autónoma de trabajo. Se estableció un plazo de 15 días para completar la encuesta (15 de Mayo 2022 - 31 de Mayo 2022).

RESULTADOS

De los 4372 socios que constituyen la SEFH se recopilaron 242 respuestas, siendo el 66,1% facultativos especialistas del ámbito nacional.

Bloque 1: el 81% de los encuestados afirmaban conocer la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia mientras que el 77,3% sostenían que la aplicación de la eutanasia debe ser aplicada por profesionales sanitarios del equipo PAM.

Bloque 2: el 36,7% de los encuestados declaraban ser objetores de conciencia. El 42,6% manifestaba disponer de un registro de objetores de conciencia en su Servicio de Salud mientras que el 11,6% afirmaban haberla realizado mediante el registro autonómico de la Consejería de Sanidad o registro del hospital.

Bloque 3: el 69,8% confirmaban que existía un protocolo de actuación para la aplicación de PAM en su Comunidad Autónoma, existiendo en el 56,6% de los hospitales. Antes de tener el primer caso solo existía el protocolo en los hospitales del 31,3% de los encuestados. A pesar de que la mitad de los socios desconocían si se había establecido el equipo de referencia para llevar a cabo la PAM, el 91,8% afirmaba estar de acuerdo en cuanto necesidad de recibir formación específica, jurídica, ética y técnica proporcionada por su Comunidad Autónoma. Respecto a la dispensación, el 54,2% de los encuestados lo hacían en forma de "kits" y en caso de que se requiriera una reconstitución solo se realizaba en el Servicio de Farmacia en el 21,6% de los casos.

CONCLUSIÓN

Al no disponer de un pronunciamiento ni posicionamiento del colectivo farmacéutico en España, la encuesta on-line ha servido para conocer la realidad y mejorar la asistencia del farmacéutico hospitalario en relación a la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, y sentar las bases para seguir trabajando, con el objetivo final de garantizar la mejor asistencia para los pacientes.

Cabe destacar la importancia de implementar en todas las áreas asistenciales una formación ética, jurídica y técnica, así como contar con soportes psicológicos (debriefing) para todo el conjunto de sanitarios que la practican.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO DE VORICONAZOL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Anguita Montenegro B, Vila Torres E, Mayo Canalejo B, Torres Degayon E, Romera García JM, Rodríguez Martínez M. Servicio de farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVO

La monitorización farmacocinética de voriconazol ha mostrado una gran relevancia clínica debido a la alta variabilidad observada. Mediante modelos bayesianos, a partir de una o varias concentraciones del fármaco, podemos estimar parámetros farmacocinéticos individuales del paciente y por tanto, la concentración plasmática, pudiendo optimizarse el ajuste posológico.

El objetivo del trabajo es realizar la validación externa de un modelo farmacocinético de voriconazol en pacientes adultos para su uso en la práctica clínica habitual mediante la validación de la capacidad predictiva (exactitud y precisión) de un modelo farmacocinético poblacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes adultos en tratamiento con voriconazol durante 2021 con al menos una determinación de la concentración plasmática valle (C_{min}). Se recogieron datos demográficos, clínicos, farmacoterapéuticos y valores de C_{min}. Las C_{min} de voriconazol en plasma fueron analizadas mediante inmunoensayo enzimático (ARK Diagnostics®, límite inferior de cuantificación de la técnica fue 0,5 mcg/ml).

Se implementó en el programa informático PKSc el modelo farmacocinético poblacional desarrollado por Liu y col (2019) con el que se realizó la predicción individual y poblacional (monocompartimental, cinética de orden 1). Se tuvieron en cuenta las siguientes covariables del modelo: peso, genotipo (todos los pacientes fueron clasificados como metabolizadores intermedios al no disponer de dato del estudio genético) y edad.

La exactitud se determinó con el error relativo de predicción promedio (ERM) y la precisión con raíz cuadrada del error cuadrático promedio (RECM). Diferenciando entre predicciones a priori (poblacionales) y predicciones bayesianas a posteriori (o individuales).

Cuando el intervalo de confianza 95% (IC95%) de la media del error relativo incluyó el cero se consideró que las concentraciones plasmáticas predichas por el modelo evaluado no presentaban diferencias significativas con las concentraciones plasmáticas observadas. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v 25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes y un total de 47 determinaciones (82,6% hombres, edad media 65,7 años (IC95%: 61-70,3), peso medio 75,7 Kg (IC95%: 70,6-80,8), 73,9% pacientes COVID, 76,5% pacientes críticos, todas infecciones fúngicas respiratorias. La vía de administración fue mayoritariamente oral (61,7%).

La C_{min} media fue 2,61mcg/ml (IC95% 2,15, 3,08), el 51,1% se situaron dentro del intervalo terapéutico (2-5,5 mcg/ml), 34% subterapéuticas y 14,9% supratrapéuticas; el 4% de las C_{min} fue inferior al límite inferior de cuantificación. Los parámetros farmacocinéticos estimados fueron: volumen de distribución medio 1,42 L/kg (IC95% 1,41, 1,42), aclaramiento plasmático medio 0,10L/h/kg (0,08, 0,12). Exactitud (ERM) poblacional -0,37 (IC95% -0,56, -0,18) e individual -0,03 (IC95% -0,06, 0,02). Precisión (RECM) poblacional 0,73 (IC95% 0,49, 0,90) e individual 0,04 (IC95% 0,04, 0,05).

CONCLUSIONES

El modelo farmacocinético poblacional presenta sesgo de infraestimación de las concentraciones plasmáticas valle, observándose una exactitud negativa y un intervalo de confianza que no incluye el cero.

Una limitación del presente estudio es el pequeño tamaño de muestra analizado por lo que se considera necesario ampliar el análisis con más muestras para reevaluar la posibilidad de implantar este modelo en práctica clínica.

No se declara ningún conflicto de interés.

FÁRMACOS MODIFICADORES DE ALTA EFICACIA. ESCALADO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE.

Hernando Martínez P, Lafarga Lapieza V, Flor García A, Martínez Valdivieso L, Canales Ugarte S, Barreda Hernández D. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)

OBJETIVOS

Uno de los indicadores de Servicios Centrales del SESCAM(Montesinos®) evalúa la utilización de fármacos modificadores de la enfermedad(FME) de segunda línea en el tratamiento de la esclerosis múltiple, para lograr un consumo sostenible de la prescripción farmacéutica hospitalaria y valorar la variabilidad de práctica clínica entre gerencias. En base a ello, se decidió analizar el uso de fármacos modificadores de la enfermedad de alta eficacia (HE-FME) en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente(EMRR) en nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo en un hospital de nivel-II. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EMRR, en tratamiento con HE-FME durante el 2022.

Variables: edad, sexo, duración de la enfermedad, líneas de tratamiento previas, necesidad de escalado terapéutico, discontinuación de tratamiento y tratamiento actual.

FME de primera línea para EMRR: interferones-beta (β -INF1a/ β -INF1b), β -INF pegilado, acetato de glatirámico, teriflunomida y dimetilfumarato.

HE-FME: natalizumab, alemtuzumab, ocrelizumab, ofatumumab y cladribina (alta). Fingolimod, ozanimod y ponesimod (moderada).

Recogida de datos: historia clínica electrónica (Mambrino®) y módulo dispensación de pacientes externos (Farmatools®).

RESULTADOS

Durante el 2022, hubo 143 pacientes diagnosticados de EMRR en tratamiento con FME, el 54(38%) llevaban HE-FME. La mediana de edad 45(21-72)años, siendo 65% mujeres. El periodo medio de la enfermedad fue 9(1-24)años.

El 17%(9 pacientes) no habían estado previamente con FME, iniciaron HE-FME por presencia de EMRR activa confirmada por resonancia magnética, 56%(5) natalizumab, 22%(2) fingolimod, 11%(1) ocrelizumab y 11%(1) ozanimod. Todos continuaban con el mismo tratamiento al cierre del estudio y sólo 3 llevan más de tres años en tratamiento.

El 83%(45) restante llevó previamente entre 1y4 fármacos FME, de los cuales 49%(22) llevaron únicamente un medicamento antes de HE-FME, siendo β -INF el más pautado (76%). El 100% realizó escalado terapéutico por respuesta subóptima.

Tras el escalado, estos 45 pacientes recibieron entre 1y3 HE-FME, los más pautados fueron: 25 fingolimod, 15 ocrelizumab, 9 natalizumab, 6 cladribina, 1 alemtuzumab y 1 ponesimod. De estos pacientes, suspendieron el tratamiento: 6 fingolimod, 2 natalizumab y 1 ponesimod por respuesta subóptima; 1 paciente con ocrelizumab, por toxicodermia y 3 con natalizumab, por virus JC positivo. Ningún paciente tratado con ozanimod y cladribina suspendieron el tratamiento.

Al cierre del estudio, los HE-FME prescritos fueron: 39%(21) fingolimod, 30%(16) ocrelizumab, 17%(9) natalizumab, 11%(6) cladribina, 1,5%(1) ozanimod y 1,5%(1) ponesimod.

CONCLUSIÓN

Actualmente, existe una tendencia creciente de recomendación del uso de HE-FME en las fases iniciales de la enfermedad, con el objetivo de disminuir el daño neurológico a largo plazo, lo cual supone un cambio en la estrategia de escalado terapéutico que históricamente se ha venido aplicando.

Esta nueva actitud terapéutica, evidencia la necesidad de protocolización del uso de HE-FME, estableciendo criterios de utilización para cada medicamento, dando prioridad a aquellos que demuestren una mayor eficiencia, tal como concluyen los informes de posicionamiento terapéutico de la AEMPS. Asimismo, se debería valorar la actualización de los indicadores en base a la nueva evidencia científica disponible.

En los pacientes que iniciaron HE-FME desde el inicio se debería considerar un periodo de tiempo mayor para evaluar la efectividad y persistencia correctamente.

No se declara conflicto de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

RESULTADOS DE SALUD EN VIDA REAL DE ATEZOLIZUMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA PARA TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER DE PULMÓN MICROCÍTICO

Autores: *García Mayordomo¹, P. Vicente Sánchez, MP¹. Villa Guzmán JC², Gómez Díaz R², Rodríguez Martínez, M¹.
¹Servicio de Farmacia Hospitalaria Hospital General Universitario de Ciudad Real (Ciudad Real). ²Servicio de Oncología Médica Hospital General Universitario de Ciudad Real (Ciudad Real)*

OBJETIVOS

En el año 2021 se autorizó y financió el uso de atezolizumab asociado a quimioterapia basada en platino y etopósido (QT) en primera línea de cáncer de pulmón microcítico metastásico (CPMm). Debido a las grandes incertidumbres que se plantearon en cuanto a su beneficio clínico, se estableció un registro de seguimiento en el programa VALTERMED para posterior evaluación de los resultados reales en salud que aportaba este tratamiento.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad y la seguridad del uso de Atezolizumab + QT en primera línea de CPMm, así como explorar posibles factores predictores de respuesta en la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CPM que hubieran recibido tratamiento con atezolizumab + QT en primera línea y se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, grado de ECOG, fecha de inicio de tratamiento, número de ciclos de inducción, progresión y fecha de progresión, éxitus y fecha de éxitus. Para la obtención de estas variables, se utilizó el programa de gestión integral de farmacoterapia oncológica Farnis-Oncofarm y la historia clínica electrónica de Mambrino XXI. Se realizó la prueba de Kaplan-Meier para el análisis de supervivencias y la regresión logística COX para el análisis de factores predictores con el programa estadístico SPSS v.23.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes con una media de edad de 62 años siendo el 66.67% hombres. El 40,7% presentaba ECOG = 0 y el 59,3% ECOG = 1. La mediana de SLP fue de 6.63 meses (IC95%:5,99 a 7,29), ni la edad (mayor o menor de 70 años), ni el ECOG (0/1) resultaron ser factores predictivos ($p=0,779$ y $p=0,714$, respectivamente). La mediana de SG estimada fue de 13,99 meses (IC 95%:7,43 -20,56) y tampoco estuvo influida por los factores edad y ECOG ($p=0,722$ y $p=0,729$, respectivamente). La mediana de SLP a la segunda línea de tratamiento fue 2,23 meses (IC95%:0-9,92).

CONCLUSIONES

Los pacientes de nuestra serie presentan una SLP y una SG similar a la del ensayo clínico IMpower-133 (5,2 y 12,3 meses, respectivamente). Estos resultados, tal y como se establece en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), representan un modesto beneficio en la práctica clínica real.

No se han podido identificar factores predictivos de respuesta con las variables estudiadas, aunque no se han tenido en cuenta otros factores que pueden influir en la SLP o SG, como el número de metástasis, la localización o el volumen tumoral. Sería de gran interés analizar dichas variables en el futuro con el fin de poder seleccionar de manera más precisa a los pacientes que presenten una mayor probabilidad de beneficio clínico.

CONFLICTO DE INTERESES: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN LAS INFUSIONES DE PACLITAXEL TRAS EL CESE DE COMERCIALIZACIÓN DE RANITIDINA.

Saiz Molina, JJ; Notario Dongil, C; Pérez Fácil, A; Proy Vega, B; González Escribano, MC; Marcos De La Torre, A. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVO

Determinar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad (RHs) durante la infusión de paclitaxel tras la retirada de la comercialización de ranitidina en todas sus indicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyeron las pacientes sometidas a quimioterapia con esquemas que contenían paclitaxel para cáncer de mama en adyuvancia (CMA) y neoadyuvancia (CMNA), cáncer de cérvix, ovario y endometrio. El periodo de estudio comprendió desde el 02/02/2022 (coincidiendo con el cese de comercialización de ranitidina), hasta el 31/12/2022.

Se analizó la incidencia de RHs después de la modificación del protocolo de premedicación, el cual incluía premedicación oral con dexametasona 8 mg el día previo a la administración de quimioterapia. Además, ondansetrón 8 mg, dexametasona 12mg, dexclorfeniramina 5 mg y ranitidina 50 mg se administraban por vía endovenosa los 30 minutos previos a la infusión del ciclo de la quimioterapia. El protocolo actual recogía las mismas pautas de tratamiento, aunque excluyendo la ranitidina.

Las variables registradas fueron: edad, sexo, tipo de neoplasia, línea de tratamiento, esquema de tratamiento, tiempo de administración, premedicación, RHs y medida adoptada. Los datos fueron recolectados de la historia clínica informatizada (Mambrino XXI®) y del módulo de Pacientes Ambulantes de Farmatools®.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se infundieron 386 administraciones de paclitaxel a un total de 56 pacientes (100% mujeres) con una mediana de edad de 64 años [31-89], de las cuales el 20% correspondían a pacientes con CMA, 29% cáncer de ovario, 14% cáncer de cérvix, 11% cáncer de endometrio y 26% CMNA. El 67 % de los pacientes recibieron el tratamiento de paclitaxel de primera línea.

Se observaron 6 RHs durante el primer o segundo ciclo de tratamiento. Tres (5%) relacionadas con la administración de paclitaxel, una de ellas con CMA (paclitaxel 80 mg/m² semanal en 1 hora), otra con cáncer de ovario (paclitaxel 175 mg/m² durante 3 horas y carboplatino AUC 5) y la restante con cáncer de endometrio (carboplatino AUC 5 y paclitaxel 175 mg/m² durante 3 horas). Las tres restantes fueron relacionadas con la administración de carboplatino en pacientes con cáncer de ovario con el esquema terapéutico paclitaxel 175 mg/m² y carboplatino AUC 5 cada 3 semanas.

Todas las RHs aparecieron en pacientes de edad entre 43-67 años. Uno requirió la suspensión del tratamiento y cambio de esquema terapéutico, el resto fue suficiente con la adicción de antileucotrienos el día previo a la administración del ciclo y aumento del tiempo de infusión en comparación con el protocolo habitual. Ninguno de estos pacientes ha necesitado recibir pauta de desensibilización.

CONCLUSIONES

La literatura actual avala que el uso de fármacos antihistamínicos H₂ en esquemas que contienen paclitaxel no es imprescindible, aunque las publicaciones son actualmente escasas. Según los resultados de nuestro estudio, el uso de protocolos de premedicación sin antihistamínicos H₂ parece una práctica segura, sin producirse un aumento de RHs con respecto a la utilización previa de ranitidina en los esquemas de quimioterapia, incorporando además nueva evidencia que contribuye a la práctica clínica diaria.

CONFLICTOS DE INTERESES

No

[\(Enlace al póster\)](#)

COMUNICACIONES PÓSTER

REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO: IMPORTANCIA DE NOTIFICAR.

Lafarga Lapieza, V; Pérez Cano, E; Hernando Martínez, P; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Martínez Valdivieso, L; Barreda Hernández, D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de reacciones adversas medicamentosas (RAM) de los Inhibidores del Punto de Control Inmunitario (ICI) en pacientes oncológicos y su repercusión clínica según la gravedad de las mismas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento con ICI (Nivolumab, Pembrolizumab y Atezolizumab) en un hospital de nivel-II desde enero 2016-enero 2023. Se incluyeron pacientes que desarrollaron RAM con ICI y que fueron notificadas al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H).

Los datos clínicos se obtuvieron de: historia clínica electrónica (Mambrino®), Sistema de Gestión Integral del paciente oncohematológico (Farhos®) y registro Excel® de las RAM notificadas al SEFV-H. Variables recogidas: datos demográficos, diagnóstico, estadio, fármaco, pauta posológica, número de ciclos administrados, número de línea de tratamiento, RAM y su manejo y desenlace.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, 224 pacientes fueron tratados con ICI (114 con nivolumab, 73 con pembrolizumab y 57 con atezolizumab). De ellos, se notificó RAM en 12 pacientes (5,36%): 75% hombres, mediana de edad de 64(40-80) años y en tratamiento con nivolumab (n=9), pembrolizumab (n=2) o atezolizumab (n=1).

Los diagnósticos fueron cáncer de pulmón no microcítico (n=6), melanoma (n=2), renal (n=2), mama (n=1) y cabeza y cuello (n=1). En el momento de la notificación el 75% presentaba enfermedad metastásica. Mediana de ciclos administrados: 12(2-50), 9(3-15) y 6 para nivolumab, pembrolizumab y atezolizumab, respectivamente. Todos con pauta posológica según ficha técnica (FT).

Respecto a nivolumab, fue administrado en primera línea metastásica en 5 pacientes mientras que a los restantes fue en \geq cuarta línea. Las RAM notificadas al SEFV-H fueron: neumonitis autoinmune grado 3 (n=3), tratada con corticoides a dosis altas, oxigenoterapia e infliximab intravenoso como fuera de FT (n=1); miastenia gravis (n=1), que precisó piridostigmina e inmunoglobulinas; hepatitis autoinmune (n=1), que requirió corticoides y micofenolato; fiebre intermitente y artritis (n=1), que precisó corticoides y linezolid; infarto agudo de miocardio (IAM) (n=1) tratado con ácido acetilsalicílico y ticagrelol; leucemia linfoblástica aguda (LLA) (n=1), tratada con esquema BFM-older y nefritis autoinmune (n=1), que precisó corticoides. Estas RAM obligaron a suspensión definitiva de ICI. Dos pacientes fallecieron por: progresión de la LLA y complicación de neumonitis.

Pembrolizumab fue administrado en primera línea. Las RAM notificadas fueron: hepatitis grado 3 y pangastritis aguda moderada. Ambas precisaron suspensión definitiva del tratamiento y corticoterapia a altas dosis. Ningún paciente falleció por RAM.

Atezolizumab fue administrado en tercera línea. El paciente desarrolló uveítis anterior del ojo derecho precisando suspensión definitiva y manejo con: lágrimas artificiales, colirios de corticoesteroides y ciclopléjicos y suero autólogo. Al cierre del estudio, tras un año, continuaba en recuperación.

CONCLUSION

En nuestro estudio, de pequeño tamaño muestral, el tratamiento con los ICI fue bien tolerado, mostrando RAM moderadas-graves en menos del 10% de los pacientes. Todas las RAM registradas estaban recogidas en FT excepto IAM y LLA. Cabe destacar, tanto las RAM consideradas raras (1/1000-1/10000): uveítis, miastenia gravis y nefritis, como la importancia de notificar por parte de todos los profesionales sanitarios para conocer, en la práctica clínica habitual, la frecuencia de las RAM graves o desconocidas.

No existen conflictos de intereses.

[\[Enlace al póster\]](#)

PRIMEROS RESULTADOS EN VIDA REAL DE PEMBROLIZUMAB EN COMBINACIÓN CON LENVATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO

Torralba Fernández, L; Toledo Davia, MA; Jiménez Méndez, C; Prieto Galindo, R; Rubio Salvador, AR; Moya Gómez, P. Hospital Universitario de Toledo.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de prescripción, la efectividad y la seguridad de pembrolizumab en combinación con lenvatinib (PL) en pacientes con cáncer de endometrio avanzado (CEA). Comparar la supervivencia libre de progresión (SLP) obtenida con la del estudio pivotal

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes con CEA tratadas con PL desde octubre de 2020 hasta enero de 2023 en un hospital terciario. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, ECOG, histología del tumor, línea de tratamiento, número de ciclos recibidos, duración del tratamiento y motivo de finalización. La efectividad se evaluó mediante la SLP. La seguridad se determinó en función de las reacciones adversas (RA) presentadas, las reducciones de dosis de alguno de los fármacos y los ingresos por toxicidad.

Los datos se recogieron a través del programa de prescripción oncohematológica y mediante la historia clínica electrónica. El análisis estadístico fue llevado a cabo con el programa SPSS® v.22.0. La mediana de SLP se estimó mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se analizaron 11 pacientes (100% mujeres). La mediana de edad fue de 66 (72-63) años. Estado funcional inicial: 36,4% ECOG 0 (N=4) y 63,6% ECOG 1 (N=7). Subtipos histológicos del tumor: 54,5% seroso (N=6), 27,3% endometriode (N=3), 9,1% mixto (N=1) y 9,1% indiferenciado (N=1). Un total de 8 pacientes (72,7%) recibieron PL en segunda línea y 3 (27,3%) en tercera línea. La mediana de duración de tratamiento fue de 6,6 meses (10-2) y los motivos de finalización fueron: 6 (54,5%) progresión y 1 (9,1%) toxicidad. Al final del estudio, 4 pacientes (36,4%) continuaban con el tratamiento y 3 (27,3%) habían fallecido. La mediana de SLP fue de 16,6 meses (IC95%:31,37-1,89) y la del estudio pivotal KEYNOTE-775 fue de 7,2 (IC95%:5,7-7,6).

En 4 pacientes (36,4%) fue necesario reducir un nivel de dosis de lenvatinib por toxicidad, mientras que en 5 (45,4%) hubo que reducir dos niveles de dosis. En las 2 pacientes restantes (18,2%) no se redujo la dosis durante el tratamiento.

Solamente en 1 paciente (9,1%) se redujo la dosis de pembrolizumab por toxicidad.

Las RA presentadas fueron: 63,6% (N=7) náuseas, diarrea e hipertensión arterial; 45,4% (N=5) disfonía, hipotiroidismo, mucositis y pérdida de apetito; 36,4% (N=4) anorexia y dolor abdominal; 27,3% (N=3) vómitos, artralgias y estreñimiento; 18,2% (N=2) anemia, neutropenia trombocitopenia, neuropatía periférica y sequedad de ojos/boca; 9,1% (N=1) neutropenia febril, alargamiento QT, disfunción del ventrículo izquierdo y eritrodisestesia palmoplantar.

Un total de 2 pacientes (18,2%) ingresaron por toxicidad del tratamiento. Una de ellas por parestesias en miembro superior izquierdo e hipertensión arterial y otra por neutropenia febril.

CONCLUSIONES

La mediana de SLP obtenida en nuestro estudio ha demostrado ser superior a la reportada en el estudio pivotal KEYNOTE-775 (16,6 vs 7,2). Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados cautela debido a las diferencias en el número de muestra (11 vs 411). El manejo de las RA mediante reducciones de dosis, interrupciones puntuales de alguno de los fármacos y/o asociación de otros fármacos como antihipertensivos o fármacos tiroideos permite incrementar la duración del tratamiento.

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

[\(Enlace al póster\)](#)

USO DE PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO.

Inmaculada Lomares Manzano, Blas Criado Rubio, Francisco Javier Juliá Luna, Fernando Jesús Alonso Salmerón, Almudena Loizaga Celada, María Antonia Berrocal Javato. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVO

Pirfenidona y nintedanib cuentan con financiación en fibrosis pulmonar idiopática (FPI) leve-moderada, con solicitud para trasplante pulmonar o no candidatos, con una razón volumen espirado forzado en el 1º segundo (FEV1) / capacidad vital forzada (CVF) > 0,8 (pirfenidona) y >0,7 (nintedanib), y capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) predicho de 35-90%. El informe de posicionamiento terapéutico (IPT) especifica que se debe realizar una evaluación a los 6-12 meses, por si existe falta de respuesta: reducción de CVF>10% o de la capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) ≥15% en un periodo interanual o inferior, y en ese caso habría que suspender el tratamiento y valorar el uso de otras alternativas terapéuticas. El objetivo es medir y comparar efectividad y seguridad entre ambos antifibróticos, así como ver si se ha realizado un adecuado seguimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo desde enero-2015 hasta enero-2023 de los pacientes tratados con antifibróticos y con diagnóstico de FPI. Se recogieron: sexo, edad, CVF y DLCO basal, a los 6-12 meses y actual, pacientes respondedores, efectos adversos (EAs), suspensiones, causas de suspensión y secuenciaciones. Para el análisis de efectividad se excluyeron aquellos pacientes con un tiempo de tratamiento ≤6 meses.

Obtención de datos: módulo de pacientes externos de Farmatools® e historia clínica electrónica. En el análisis estadístico realizado las variables cuantitativas se describieron en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central y en las variables categóricas se empleó el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se reclutaron 38 pacientes (53% mujeres, edad media de 74± 8.53 años), de los cuales 10 recibieron solamente pirfenidona, 23 nintedanib y 5 ambos secuencialmente. 3 y 1 pacientes no cumplían criterios de inicio del IPT en pirfenidona y nintedanib respectivamente. En el análisis de efectividad se incluyeron 34 pacientes y para el de seguridad 38. El porcentaje de respondedores a pirfenidona fue del 70% (IC95 39.7% – 89.2%) vs 45,8% (IC95% 27.9% – 64.9%) con nintedanib p=0,2. 1 y 8 pacientes que continúan con pirfenidona y nintedanib respectivamente presentan reducciones de CVF y/o DLCO superiores a los límites descritos en el IPT. El 53% (IC95 30.1% – 75.2%) de los pacientes con pirfenidona notificaron algún EA vs 86%(IC 95 68.5% – 94.3%) con nintedanib p= 0,02. En los pacientes con pirfenidona, hubo 7 suspensiones: 5 por EAs (2 no cumplían criterios de inicio del IPT), 1 por progresión y 1 éxitus. En los pacientes con nintedanib hubo 13 suspensiones: 8 por EA, 4 por éxitus y 1 por progresión.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en % de respondedores entre ambos antifibróticos aunque nintedanib presenta una incidencia de EAs significativamente superior. Además, algunos pacientes no cumplían criterios de inicio del IPT y un número considerable de pacientes no cumplían los criterios de continuación del IPT. Esto implica un gasto económico sin que se traduzca en un beneficio aparente, o incluso provocando una toxicidad evitable, por lo que es importante la revisión exhaustiva de estos pacientes por parte de neumología y farmacia.

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

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HEMORRAGIA MASIVA

Juliá Luna F.J.; Alonso Salmerón F.J.; Criado Rubio B.; Loizaga Celada A.; De la Calle Riaguas B., Berrocal Javato M.A. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La hemorragia masiva es un problema mundial con alta prevalencia de mortalidad en la actualidad. Al existir evidencia del beneficio de desarrollar planes de actuación asistencial conjunta en la atención de estos pacientes se ha implantado un protocolo de actuación en hemorragia masiva (PAHM) en nuestro hospital. El objetivo es describir el diseño, etapas de desarrollo y el circuito de dispensación del PAHM y las actividades realizadas por el Servicio de Farmacia (SF) para facilitar la accesibilidad de la medicación necesaria en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Formación de un equipo multidisciplinar en abril de 2022 con representación de los servicios de Hematología, Anestesia, Ginecología, Medicina Interna, Farmacia, Urgencias, Cirugía y Enfermería, para establecer los criterios y circuitos logísticos de actuación del PAHM. Las etapas para la implantación fueron:

1. Determinar los objetivos del PAHM: detener la hiperfibrinólisis, asegurar la formación del coágulo, favorecer la producción de trombina y la funcionalidad plaquetaria. Para conseguirlo, en el protocolo se desarrolla el manejo clínico y tratamiento de la patología.
2. Establecer los criterios de inclusión y activación del protocolo: pacientes con shock hemorrágico grado III - IV sin respuesta a la administración de 20 ml/kg de cristaloides o existencia de lesión hemorrágica con sangrado activo y previsión de transfusión de concentrados de hematíes. No se aplicará en pacientes con lesiones incompatibles con la vida o previsión de fallecimiento.
3. Circuito de notificación telefónica: se avisará una vez iniciado el PAHM a banco de sangre que garantizará el suministro de hemoderivados, laboratorio de urgencias, enfermería y a un especialista en cuidados críticos si el paciente se encontrara en quirófano.
4. Solicitud de las peticiones de hemoderivados y analíticas de carácter urgente, para poder obtener la máxima información posible sobre el hemograma, estudio de coagulación y bioquímica.
5. Enfermería se encargará de identificar al paciente, extraer tubos para analítica sanguínea y avisar al SF.
6. Validación y dispensación de la medicación por parte de un farmacéutico.

RESULTADOS

El SF diseñó un botiquín específico asociado al PAHM. Éste incluyó la medicación que se indica con cantidad suficiente para al menos dos pacientes en situación de hemorragia masiva en función de las dosis indicadas en el protocolo: ácido tranexámico 500 mg, fibrinógeno 1 g, concentrado de complejo protombínico 600 U.I., fitomenadiona 10mg/ml, factor VII recombinante de 1 y 2mg, desmopresina 4 mcg, idarucizumab 2,5 mg y sulfato de protamina 50 mg.

Como limitaciones del protocolo encontramos la posibilidad de escasez de medicación en caso de varios casos simultáneos.

CONCLUSIONES

La implantación del PAHM en el hospital permitirá un comienzo más precoz y eficiente del tratamiento para cada paciente, optimizando a su vez la administración de componentes sanguíneos ajustándolos a las necesidades en cada momento.

Próximamente, como segunda parte del protocolo, se analizarán las actuaciones realizadas y la eficacia del tratamiento para favorecer la mejora continua del circuito.

El protocolo es aplicable en otros hospitales.

Conflictos de intereses: ninguno.

[\[Enlace al póster\]](#)

PRIMEROS PASOS PARA LA DISPENSACIÓN SEMANAL DE MEDICAMENTOS A UN CENTRO SOCIOSANITARIO

González Escribano, MC; Moreno Perulero, ML; Salinas Muñoz, TE; Notario Dongil, C; Pérez Fácil, A; Proy Vega, B. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Revisión de la medicación en un centro sociosanitario (CSS) como punto de partida para la dispensación semanal individualizada de medicamentos desde el servicio de farmacia del hospital. Se pretende:

- Adecuar los tratamientos a la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital y viceversa.
- Reducir la carga farmacológica de los residentes: detección de prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI).

MÉTODOS

Estudio observacional transversal realizado en un CSS en octubre de 2022. Se realizó una revisión de los tratamientos farmacoterapéuticos de los residentes del CSS recogiendo como variables: edad, sexo, número de medicamentos por residente, medicamentos implicados en PPI, medicamentos no incluidos en guía, intervenciones farmacéuticas (IF) y presencia de polimedicación excesiva (más de 10 medicamentos).

Fuente de datos: historia farmacoterapéutica disponible en el CSS, historia clínica Mambrino XXI® y Turriano®. Para la revisión de tratamientos y detección de PPI utilizamos, como herramienta de ayuda, CheckTheMeds® y para la adecuación de los tratamientos, la GFT de nuestro hospital y las guías de intercambio terapéutico de tres hospitales diferentes (Hospital Universitario Reina Sofía, Hospital General Universitario de Ciudad Real y Hospital General La Mancha Centro).

RESULTADOS

Se incluyeron 73 residentes (68% mujeres) con una mediana de edad de 86 años (66-98). Se revisaron 723 medicamentos (9,9 medicamentos de media por residente). El 65% de residentes presentaban polimedicación excesiva.

Adecuación GFT:

1. Se realizaron intervenciones farmacéuticas de intercambio terapéutico en el 36% de los medicamentos.
2. Se detectaron vacíos en nuestra GFT: se solicitó la inclusión de: antihistamínico no sedante, antagonista de los receptores alfa adrenérgicos, inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4 y duloxetina (ésta última por su elevado consumo en el CSS).

Reducción de la carga farmacológica: Se detectaron 139 PPI (media de 2 PPI por residente), siendo los grupos farmacoterapéuticos más frecuentemente implicados: benzodiacepinas, opioides, inhibidores de la bomba de protones (IBP), diuréticos, antiagregantes y suplementos vitamínicos. Principales PPI detectadas:

1. STOPP D5 (benzodiacepinas durante más de 4 semanas) (22%).
2. STOPP A2 (medicamentos con duración de tratamiento superior a la indicada) (14%).
3. Tratamiento con tres o más depresores del sistema nervioso central (SNC) (10%).
4. Prescripciones con dosis superiores a las recomendadas en geriatría (9%).
5. STOPP B7 (diuréticos de asa para el tratamiento de edemas maleolares) (7%).
6. STOPP A1 (medicamentos sin indicación basada en la evidencia) (7%).
7. Residentes >70 años con antiagregantes en prevención primaria (5%).

Se realizaron 242 recomendaciones terapéuticas: suspensión de medicamentos (38%), intercambio terapéutico (23%), adecuación de la posología (14%), controles analíticos (9%), evaluación beneficio/riesgo (6%), iniciar medicamento (4%), instrucciones de administración (3%) y propuesta de alternativa terapéutica (2%).

Se calculó una potencial reducción media de carga farmacológica de 1,2 medicamentos por residente.

CONCLUSIONES:

Los pacientes institucionalizados tienen una alta complejidad farmacoterapéutica, lo cual les predispone a presentar mayor riesgo de eventos adversos. Las PPI más frecuentes estuvieron relacionadas con el SNC, destacando el uso de benzodiacepinas. En base a los resultados obtenidos, es fundamental la revisión de la medicación en estos pacientes para optimizar su uso racional.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES DE NIRMATRELVIR-RITONAVIR

Cebrián Carrascosa C¹, Cuesta García M¹, Comino Martín M¹, Pérez Serrano R¹, Porras Leal ML¹, Rodríguez Martínez M¹. ¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVOS

Debido a su eficacia, facilidad de acceso y uso, nirmatrelvir/ritonavir es considerada la primera opción terapéutica antiviral para pacientes sintomáticos no hospitalizados de alto riesgo con diagnóstico de SARS-COV-2 que estén dentro de los 5 primeros días de evolución y que además presenten enfermedad leve-moderada.

El objetivo del estudio es analizar las prescripciones y evaluar la efectividad del tratamiento.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que se analizaron las prescripciones de nirmatrelvir/ritonavir en un hospital de tercer nivel entre abril del 2022 y enero del 2023.

Para este estudio se recogieron las siguientes variables mediante la historia clínica (Mambrino XXI): autorización o no del tratamiento, procedencia de la solicitud (atención primaria (AP) o servicio correspondiente si era remitido de atención especializada), edad, tiempo de síntomas, condición de riesgo, interacciones e intervenciones, además se registró en los tratamientos autorizados si precisaron ajuste a función renal y si requirieron ingreso o hubo muerte al día 28 por causa COVID tras la dispensación de nirmatrelvir-ritonavir.

RESULTADOS

Se realizaron 72 prescripciones. La media de edad de los pacientes fue 60,4 años y el tiempo medio de evolución de síntomas 2,6 días.

Se autorizó y dispensó nirmatrelvir/ritonavir a 51 pacientes (70,8%) perteneciendo la mayoría de ellos al grupo 1 de priorización (94,1%), 50 fueron derivados de Atención Especializada (98%) principalmente de los Servicios de Hematología (33,3%), Oncología (21,6%), Medicina Interna (21,6%) y Urgencias (17,6%) Sólo 1 paciente fue remitido de AP. El 21,6% requirieron ajuste a función renal. Se detectaron interacciones en 24 pacientes (47,1%), en el 33,3% se recomendaron modificaciones del tratamiento domiciliario mediante el ajuste de dosis y en el 58,3% se recomendó suspender algún tratamiento. Todas las recomendaciones fueron aceptadas (100%). Las interacciones más frecuentes se asociaron a estatinas y anticoagulantes orales en los que se recomendaba la sustitución por heparina de bajo peso molecular.

Ningún paciente ingresó tras 28 días por causa COVID.

No se autorizaron 21 solicitudes (29,2%) por no cumplir criterios: 56,2% por no pertenecer a ningún grupo de riesgo, 20% por que se consideró que era preferible el uso de otro tratamiento (remdesivir en pauta de 3 días), 19% por interacciones en las que no se podía prescindir de dicho tratamiento (inmunosupresores como el tacrolimus y quimioterápicos) y 4,8% por exceder el tiempo de síntomas.

CONCLUSIONES

Las principales prescripciones son en pacientes oncohematológicos que pertenecen al grupo 1 de priorización: personas inmunocomprometidas.

Los profesionales de AP han realizado un porcentaje bajo de las prescripciones de nirmatrelvir/ritonavir.

El papel del farmacéutico es clave en la optimización del tratamiento con nirmatrelvir/ritonavir mediante la revisión de la indicación, detección de interacciones (la mitad de los pacientes presentaban interacciones), el ajuste de dosis, y la posterior dispensación y atención farmacéutica al paciente.

Nirmatrelvir/ritonavir ha demostrado ser un tratamiento conveniente y efectivo, ya que no se han detectado pacientes con necesidad de ingreso hospitalario, ni mortalidad atribuible a la COVID.

CONFLICTO DE INTERESES No

[\(Enlace al póster\)](#)

USTEKINUMAB: MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD EN ENFERMEDAD DE CROHN DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Pérez Fácila, A; Proy Vega, B; Saiz Molina, JJ; Notario Dongil, C; Salinas Muñoz, TE; Moreno Perulero, ML. Hospital General La Mancha Centro – Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Principal: Identificar acciones del farmacéutico hospitalario (FH) para mejorar Resultados en Salud (RS) en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) tratados con ustekinumab (UST).

Específicos: Describir el perfil de pacientes con EC tratados con UST y su utilización.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con EC tratados con UST ≥ 3 dosis. Criterios de exclusión: patología concomitante que precise inmunosupresión.

Variables recogidas: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC) según Organización Mundial de la Salud, tabaquismo, clasificación de Montreal, cirugía previa, inmunosupresores previos, corticoterapia al iniciar UST, pauta posológica de UST, inmunosupresión concomitante a UST, corticodependencia, peso, parámetros analíticos actuales [albúmina (ALB), proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG) calprotectina fecal (CPF)] y fecha de determinación, adherencia al tratamiento, vacunas inactivadas y obligatorias en EC administradas y niveles de anticuerpos frente a superficie de virus hepatitis B (antiHBs).

Se consideraron: estabilidad analítica (si: PCR $\leq 0,5$ mg/dL y CPF ≤ 100 mcg/g; parcial: CPF 100-500mcg/g o PCR $> 0,5$ mg/dL y CPF ≤ 100 mcg/g; no: CPF > 500 mcg/g); factores predictores de aclaramiento (Cl) elevado (ALB $\geq 4,7$ g/dL, peso ≤ 55 Kg) y reducido (ALB $\leq 3,9$ g/dL, peso ≥ 75 Kg) de UST; pérdida de seguimiento analítico (≥ 1 año de última determinación) y; niveles bajos de antiHBs (≤ 40 UI/L).

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes (64,7% hombres; 46,6 \pm 12,4 años de media). IMC (bajo peso: 1; normopeso: 18; sobrepeso: 9; obesidad clase I: 6), tabaquismo (nunca: 14; exfumador: 5; activo: 15). Clasificación de Montreal [edad al diagnóstico (A1: 4; A2: 21; A3: 9), localización (L1: 15; L2: 1; L3: 15; L4: 3), patrón (B1: 6; B2: 15; B3: 13; p: 13)], cirugía previa (16), inmunosupresores previos (azatioprina: 21; metotrexato: 9; 6-mercaptopurina: 4; infliximab: 18; adalimumab: 19; vedolizumab: 3; ninguno: 3), corticoterapia al iniciar UST (15), pauta posológica de UST (12 semanas: 14; 8 semanas: 15; 6 semanas: 1; 4 semanas: 4), inmunosupresión concomitante a UST (no: 25; si: 9), corticodependencia (1).

Acciones del FH para mejorar RS:

- Motivar al paciente a desarrollar hábitos dietéticos saludables (16) y asistir a unidades de deshabituación tabáquica (15)
- Proponer: a) espaciar (2), intensificar (6), vigilancia estrecha (9) o suspender (2) UST según estabilidad analítica y factores predictores de su Cl; b) suspender inmunosupresión concomitante si estabilidad analítica (2).
- Identificar pacientes con pérdida de seguimiento analítico (CPF: 7; ALB: 2; VSG: 1) y falta de adherencia (2).
- Promover la vacunación frente a gripe anual (10), neumococo (13) y hepatitis B (14), revacunación frente a hepatitis B por niveles bajos de antiHBs (9).

CONCLUSIONES

La práctica clínica muestra que la refractariedad a inmunosupresores clásicos y agentes biológicos no representa un escenario excepcional en EC, limitando el arsenal terapéutico. Por ello, sería útil que el FH individualizara la dosificación de UST mediante interpretación de niveles plasmáticos para alcanzar remisión clínica y endoscópica. Paralelamente, el FH debería participar en otras estrategias (no solo farmacológicas) como miembro en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Conflicto de intereses: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

FORMULACIÓN MAGISTRAL DE LOVASTATINA 2% Y COLESTEROL 2% PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DE POROQUERATOSIS ACTÍNICA

*Prieto Galindo R, Garcia Palomo M, Toledo Davia MA, Torralba Fernandez L, Jimenez Mendez C, Moya Gomez P.
Hospital Universitario de Toledo.*

INTRODUCCIÓN

La poroqueratosis actínica (PA) es una enfermedad rara de la piel que está asociada a mutaciones en la vía del mevalonato, esencial para el crecimiento y la diferenciación celular. Al inhibirse esta vía, se acumulan metabolitos tóxicos que producen pequeñas placas anulares con borde queratósico distribuidas en las extremidades. No existe un tratamiento estándar. Las opciones terapéuticas tienen una efectividad variable.

El servicio de dermatología nos solicita una fórmula magistral de Lovastatina 2% y Colesterol 2% para dos pacientes (13 y 68 años), con PA pretratados con otras terapias (5-fluorouracilo tópico, vaselina salicilica o crioterapia) sin haber conseguido los resultados esperados.

OBJETIVOS

Diseño de una fórmula magistral (FM) de lovastatina 2% con colesterol 2% para el tratamiento de las lesiones de la PA y evaluación de la efectividad y seguridad del tratamiento.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la patología y procedimientos de elaboración para la preparación de la FM, así como de los materiales de partida y excipientes más adecuados. Una vez tramitada y autorizada la FM como uso “fuera de indicación”, se diseñó la FM siguiendo el procedimiento de elaboración de emulsiones, se validaron las características organolépticas y se estimó el periodo de validez siguiendo la Guía de Buenas prácticas de preparación de medicamentos en los Servicios de Farmacia hospitalaria (GBPP). Para la evaluación de la efectividad y la seguridad, se utilizaron los registros en la historia clínica (Mambrino XXI) y en Dercam.

RESULTADOS

Como materiales de partida se utilizaron colesterol como materia prima y lovastatina como medicamento comercial, al no existir ningún proveedor autorizado en RUESA que lo comercializase. Como excipiente se utilizó la base NEO PCL W/0, que es una base de absorción autoemulsionable no iónica. El colesterol se incorporó al NEO PCL previamente fundido, mientras que la lovastatina se añadió a la fase acuosa formada por agua y propilenglicol. La adición de la fase acuosa sobre la fase oleosa calentadas a la misma temperatura (60°C) proporcionó una emulsión muy estable, de aspecto untuoso y sin partículas en suspensión. Al no encontrarse estudios de estabilidad fisicoquímica se asignó un periodo de validez de 1 mes protegido de la luz a temperatura ambiente según GBPP. Tras aplicar la FM una vez por la noche durante seis meses, el paciente de 68 años mejoró sus lesiones, aunque el tratamiento debe continuar hasta completar al menos 1 año para evaluar la efectividad final. El paciente de 13 años, tras 12 meses de tratamiento, mostró una clara mejoría de las lesiones y también continúa con tratamiento. Ninguno presentó reacciones adversas a la administración.

CONCLUSIÓN

La FM de Lovastatina 2% y Colesterol 2% representa una opción terapéutica en pacientes con PA refractaria a otros tratamientos, presentando una mejora considerable de las lesiones y un perfil de seguridad adecuado. Sería beneficioso disponer de estudios de estabilidad que pudieran avalar un periodo de validez más prolongado, así como evaluar con medidas objetivas a los pacientes tratados con esta FM para conocer la efectividad del tratamiento.

No existe conflicto de intereses en este trabajo.

PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON EL USO DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

ALABORT AYLLÓN H¹, ALDAZ FRANCÉS¹, COLLADO SANZ JM¹, MARTINEZ AZOR A¹, GOMEZ ROMERO C¹,
TEBAR MARTINEZ E¹. ¹Servicio de Farmacia del Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

OBJETIVO

Evaluar la efectividad y seguridad del nuevo antiviral nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) frente a la infección por SARS-COV2.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye todos los pacientes tratados en un hospital de tercer nivel con Paxlovid® desde la fecha de autorización el 28/01/2022. Las variables analizadas han sido: edad, sexo, nº de dosis de vacuna, requerimiento de hospitalización, diagnóstico nosocomial, condición de alto riesgo según priorización de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), nº de días desde el inicio de síntomas, nº de días de hospitalización e intervenciones en dosis e interacciones.

La medida de efectividad utilizada fue el tiempo de hospitalización <10 días en los pacientes ingresados y el requerimiento de hospitalización de los pacientes no ingresados. Para evaluar la seguridad se evaluó la cantidad de pacientes que abandonaron el tratamiento. También se recogieron los ajustes de dosis por función renal e interacciones.

RESULTADOS

El total de pacientes tratados con Paxlovid® fue de 49, su media de edad fue 69±19 años (28-94), el 37%(18) eran mujeres y el 63%(31) hombres. La pauta de vacunación estaba distribuida de la siguiente manera: 0 dosis 6%(3), 1 dosis 4%(2), 2 dosis 16%(8), 3 dosis 47%(23) y 4 dosis 27%(13) del total de pacientes.

El 47%(23) de los pacientes estuvieron hospitalizados por COVID19, 8%(4) fueron diagnosticados como infecciones nosocomiales, 29%(14) fueron dados de alta desde las urgencias hospitalarias, 8% (4) desde urgencias de primaria durante fin de semana (por eso fueron revisados desde el hospital) y el 8% (4) eran pacientes de centros sociosanitarios.

La distribución de los pacientes según las condiciones de alto riesgo priorizadas por la AEMPS fue: grupo 1 60%(29), grupo 2 y grupo 3 4% (2) grupo 4 22%(11), no cumplían criterios de ningún grupo 10%(5). Los pacientes fueron diagnosticados tras una media de 3±2,3 días de síntomas, se excluyeron un 8%(4) de pacientes diagnosticados de COVID-persistente, ya que presentaban síntomas desde hacía meses. Los días de duración del ingreso fueron de 7.7±3.3 días.

En cuanto a la efectividad la dividiremos en dos poblaciones; Pacientes hospitalizados; en ellos un 70%(19) de los pacientes estuvo ingresado <10 días, un 23%(6) estuvo ingresado ≥ 10 días y un 7%(2) falleció en planta a causa de insuficiencia respiratoria por COVID19. Pacientes extrahospitalarios: un 100% de los pacientes tratados evitó el ingreso hospitalario.

Si hablamos de la seguridad, solo se encontró un 2%(1) de pacientes que tuvo que abandonar el tratamiento por efectos adversos. El nº de intervenciones realizadas por farmacia debido a ajustes de dosis por insuficiencia renal fue de 22%(11) y por interacciones de 45%(22).

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestros casos demuestran que el tratamiento es más efectivo en aquellos pacientes con infección por SARS-COV2 leve/moderada que no cumplan criterios de hospitalización. Además, debido a su pauta de 5 días es un fármaco bien tolerado y con buen perfil de seguridad, siempre que tengamos en cuenta el ajuste posológico por función renal e interacciones.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

TERAPIA DE INDUCCIÓN A LA INMUNOTOLERANCIA EN PACIENTE CON HEMOFILIA A SEVERA E INHIBIDORES DE ALTO TÍTULO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Drozd Vergara, A; Aldaz Francés, R; Collado Sanz, JM; Tébar Martínez, E; Martínez Azor, A; González Romero, C. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS

La complicación más grave en pacientes con hemofilia A (HA) es la aparición de inhibidores contra el factor VIII (FVIII). Se describe una frecuencia de presentación entre un 25-35% en HA severa. La Terapia de Inducción a la Inmunotolerancia (ITI) es una alternativa terapéutica efectiva en el 60-80% de los casos. El objetivo es describir el manejo de un paciente con HA e inhibidores de título alto (ITA) y cuantificar el coste total de la terapia.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del manejo terapéutico de un paciente con HA severa e ITA en un hospital terciario. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digitalizada y del programa Farmatools®.

RESULTADOS

Paciente diagnosticado en 11/2001 a los 5 meses de edad de HA severa e inversión del intrón 22. Se inicia profilaxis primaria con FVIII plasmático/factor von Willebrand (Fanhdi®) 50UI/kg/3 veces por semana. En 07/2002 ingresa por hematoma escrotal y en 01/2003 por hematoma cervical y lesión intramedular a este nivel. En ambos casos se trata con dosis intensivas de FVIII recombinante. Detección de ITA a los 18 meses, sin profilaxis pre-ITI y tratamiento a demanda de las complicaciones hemorrágicas con factor VII recombinante activado (Novoseven®).

Evolución previa a inicio ITI: tres sangrados articulares anuales con ingreso hospitalario y tratamiento con Novoseven®. Fracaso de dos intentos de ITI en 2009 y 2011 por retirada de port-a-cath tras infección por *S. aureus*.

El 07/01/2015 inicia tercer intento de ITI con dosis altas de Fanhdi® (200UI/kg/24h) y profilaxis con concentrado de complejo de protrombina activado (Feiba®) 60KUI/kg/48h. Muestra una reacción anamnésica alcanzando 101 Unidades Bethesda (BU) y se suspende profilaxis con Feiba® el 01/05/2015. Alcanza respuesta completa con 0.5 BU y recuperación > 88% de FVIII el 01/05/2016. Se inicia descenso paulatino de dosis hasta dosis profilácticas:

- 05/2016-06/2018: Fanhdi® 100UI/kg/24h.
- 06/2018-04/2019: Fanhdi® 100UI/kg/48h.
- 04/2019-01/2022: Fanhdi® 80 UI/kg/48h.
- 01/2022-actualidad: Fanhdi® 50UI/kg/48h (dosis profilácticas).

Complicaciones hemorrágicas desde ITI 2015: tres ingresos hospitalarios por hemartros en rodilla izquierda al inicio de ITI (≥ 5 BU) tratados con Feiba® y un ingreso hospitalario por hemartros en tobillo derecho tras esguince (título de inhibidores negativo) tratado con Fanhdi®. El coste total de la ITI hasta alcanzar dosis profilácticas ha sido de 3.640.358€. El paciente se encuentra controlado (sin sangrados) con la terapia sustitutiva actual.

CONCLUSIONES

El inicio temprano de la profilaxis primaria y el tratamiento intensivo para el manejo de las complicaciones hemorrágicas posiblemente favorecieron el desarrollo de inhibidores. Nuestro paciente presentó tres hemartros al inicio de la ITI debido a que todavía presentaba ITA. Alcanzó respuesta completa a los 16 meses de ITI e inició profilaxis secundaria a los 7 años. El gran impacto económico que supone la ITI al Sistema Nacional de Salud nos obliga a realizar un régimen individualizado en cada caso con un estrecho seguimiento multidisciplinar. El éxito de la terapia, así como la actual inexistencia de hemartros, descartan la posibilidad de intercambio a factores de vida media extendida, que supondrían un mayor coste.

CONFLICTOS DE INTERÉS: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

PEMBROLIZUMAB: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES. ¿DEBERÍAMOS PONER FIN A LA DOSIS FIJA?

Sánchez Rubio, F.¹ Drozd Vergara, A.² Clemente Andújar, M.² Alabort Ayllon, H.²
Díaz Rangel, M.³ Sánchez Ruiz, S.⁴

¹Servicio de Farmacia GAI de Villarrobledo. ²Servicio de Farmacia GAI de Albacete. ³Servicio de Farmacia GAI de Hellín. ⁴Servicio de Farmacia GAI de Almansa.

OBJETIVOS

En 2016, tras la publicación del ensayo clínico KEYNOTE-010, pembrolizumab recibió la autorización en segunda línea para la indicación de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) a dosis de 2 mg/kg de peso cada tres semanas. En 2018, tras la publicación del ensayo KEYNOTE-024 se aprobó también la indicación en primera línea de CPNM, y la autorización de comercialización se modificó a una dosificación fija de 200 mg cada tres semanas. Tanto en Ficha Técnica como en el Informe de Posicionamiento Terapéutico, se describe que no hay diferencias clínicamente significativas en la eficacia y seguridad entre ambas posologías. Esta modificación de la dosificación se llevó a cabo basándose en modelos y simulación de las relaciones dosis/exposición, sin haberse realizado nuevos estudios pivotaes que comparasen directamente la eficacia y seguridad entre ambos regímenes de dosificación.

El objetivo es analizar el impacto económico del uso de pembrolizumab en el régimen de dosis fija y determinar el potencial ahorro económico de utilizar la dosificación por kg de peso.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con CPNM tratados con pembrolizumab a dosis fijas durante los años 2020, 2021 y 2022 en todas las Gerencias de Atención Integrada (GAI) de una misma provincia. Variables clínicas: esquema terapéutico, nº de ciclos recibidos, peso corporal y % de sobredosificación. Variables económicas: coste por ciclo (CC), coste total (CT) y posible coste de oportunidad (CO), que se calculó mediante la diferencia de costes entre la dosis fija vs dosis/kg de peso, asumiendo un aprovechamiento completo de los viales. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®) y el módulo de DPA (Farmatools®).

RESULTADOS

Se incluyeron 155 pacientes, el 58,1% recibió pembrolizumab en monoterapia y el 41,9% pembrolizumab + quimioterapia con una media de 7,0 ciclos. El peso medio fue de 71,7 kg, equivalente a recibir 143,4 mg por ciclo, lo que supone haber recibido un 44,1% de sobredosificación media por paciente respecto a la dosis fija. El CC a dosis fijas fue de 2.163,50 € vs 1.547,71 € ajustado a dosis/kg, lo que supondría un CO de 615,79 €/ciclo. El CT del tratamiento a dosis fijas fue de 2.332.240,70 € vs 1.715.394,00 € ajustado a dosis/kg, obteniéndose un CO total de 616.846,70 € que supondría a su vez un CO de 1.326,55 € por paciente/año.

CONCLUSIONES

- Utilizar pembrolizumab a dosis fijas ha incrementado en un 26,4% el impacto presupuestario de nuestros tratamientos en CPNM en los últimos años.
- Cada GAI debe analizar su situación de manera independiente para optimizar la eficiencia de este fármaco en la práctica clínica habitual; ya que hipotéticamente no afectaría a la eficacia y/o seguridad de los esquemas de tratamiento.
- Teniendo en cuenta que todavía quedan varios años para la comercialización del biosimilar, deberíamos hasta entonces, fomentar la dosificación por kg de peso extrapolando incluso su uso a otras indicaciones, además del CPNM.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

BACTERIAS MULTIRRESISTENTES Y NUEVOS ANTIBIÓTICOS: USO Y RESULTADOS EN VIDA REAL.

Mayo Canalejo B1, Romera García JM¹, Pérez Serrano R¹, Abdel-Hadi Álvarez H², Porras Leal ML³, González Gasca FJ³. ¹Servicio de Farmacia Hospitalaria, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS

Las bacterias multirresistentes (BMR) son una grave amenaza sanitaria mundial por la dificultad para tratar satisfactoriamente las infecciones que producen, debiéndose su aparición al mal uso de los antibióticos en las últimas décadas, su escasa comercialización y la falta de concienciación general. Sin embargo, en los últimos años, se han comercializado nuevos antibióticos (NA) para hacer frente a estas infecciones con opciones terapéuticas limitadas. Objetivo: evaluar la efectividad en práctica clínica real de los NA en infecciones por BMR.

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en un hospital de tercer nivel, mediante revisión de la prescripción electrónica e historia clínica informatizada de pacientes ingresados en 2022 que han recibido ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, meropenem/vaborbactam, cefiderocol o ceftazidima/avibactam+aztreonam.

Variables: edad, sexo, servicio, antibiótico, microorganismo, mecanismo de resistencia, foco, tratamiento empírico/dirigido, colonización, duración del primer ciclo (DPC), número de ciclos, antibióticos previos/concomitantes, infección concomitante (incluyendo COVID-19), curación clínica y microbiológica, mortalidad a los 30 días y mortalidad relacionada con la infección (MRI). Criterios de exclusión: ciclos de <72h, o supervivencia <24h tras inicio del antibiótico.

RESULTADOS

53 pacientes, 49 tras aplicar criterios de exclusión. Edad media 68.3 años, 79.6% varones. 67.3% pacientes críticos; otros servicios mayoritarios: medicina interna (14.3%), cirugía vascular (8.2%).

Ceftazidima/avibactam se utilizó en 30 pacientes (61.2%): *K.pneumoniae* (KP) KPC (18), KP OXA-48 (6), *S.marcescens* OXA-48 (3), KP BLEE (1), *E.hormaechei* OXA-48 (1), *P.aeruginosa* (PA) (1); ceftolozano/tazobactam en 9 (18.4%): PA; ceftazidima/avibactam+aztreonam en 7 (14.3%): PA VIM (5), *C.freundii* complex VIM (1), *S.maltophilia* (SM) (1); cefiderocol en 2 (4.1%): PA, SM; meropenem/vaborbactam en 1 (2%): *B.cepacia*.

57.5% presentaba foco respiratorio, 23.4% urinario, 8.5% bacteriémico, 8.5% de piel y partes blandas y 2.1% abdominal. En 95.9% el tratamiento fue dirigido, presentando además colonización rectal un 61.7% de este grupo. Por tanto, en 2 pacientes fue empírico debido únicamente a estudio positivo de colonización rectal por BMR sin foco de infección. La media de DPC fue 10.9 días, recibiendo el 24.5% más de un ciclo con mediana de 2 (rango 2-6).

Todos excepto un paciente recibieron antibióticos previos (media 6.5/paciente), destacando piperacilina/tazobactam (79.6%), meropenem (61.2%) y amikacina (46.9%). Asimismo, 83.7% los recibió concomitantemente (media 1.6/paciente), destacando vancomicina (49%), colistina (26.5%) y metronidazol (16.3%). 12.2% tenía COVID-19, y 53.1% otra infección concomitante: fúngica 41.5%, bacterias Gram-positivas 34.1%, bacterias Gram-negativas 24.4%.

74.5% obtuvo curación clínica y 66.7%, curación microbiológica (excluyéndose los pacientes para los que no se obtuvo nuevo cultivo microbiológico de control). 26.5% falleció en los 30 días siguientes al inicio, y en 6.1% tuvo relación con la infección.

CONCLUSIONES

El uso de NA ha demostrado efectividad, ya que pese a un importante porcentaje de pacientes críticos e infecciones concomitantes, las tasas de curación clínica y microbiológica son moderadas y la tasa de MRI realmente baja. También es destacable el elevado porcentaje de tratamiento dirigido, probablemente influenciado por la participación del equipo PROA en estos tratamientos.

Es recomendable seguir generando evidencia científica relativa a estos fármacos con nueva experiencia de uso, al ser una oportunidad farmacológica para infecciones graves por BMR con opciones terapéuticas limitadas.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO OBETICÓLICO COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Casarrubios Lázaro, GI; Miranda del Cerro, A; Lázaro López, A; Carrasco Corral, T; Heras Hidalgo, I; Horta Hernandez, AM.

OBJETIVOS

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad rara (5/10.000 habitantes en España) de origen autoinmune caracterizada por el daño de pequeños conductos biliares intrahepáticos que conduce a colestasis, fibrosis y posible cirrosis. El principal síntoma asociado a la enfermedad es el prurito.

El ácido ursodesoxicólico (AUDC) se utiliza como tratamiento de primera línea. En aquellos pacientes con respuesta inadecuada (25-40%), debe agregarse ácido obeticólico (AO).

Los objetivos del estudio fueron evaluar la efectividad y la seguridad del ácido obeticólico en pacientes con CBP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con CBP en tratamiento con AO tras fracaso o intolerancia a AUDC desde octubre-2019 hasta diciembre-2022 en un hospital de segundo nivel.

Variables: sexo, edad, tratamiento previo, uso concomitante de AUDC, motivo de inicio, dosis, duración del tratamiento, fosfatasa alcalina (FA) y bilirrubina total (BLRT) inicial, a los 6 y a los 12 meses, grado de insuficiencia hepática (Child-Pugh), estadio fibrosis, fármacos concomitantes para manejo síntomas asociados.

La variable principal para evaluar la efectividad fue la proporción de pacientes con niveles de FA < 1,67 x límite superior de normalidad (LSN) a los 12 meses de tratamiento. Como variables secundarias se analizaron a los 12 meses la media de BLRT, la reducción media FA y el porcentaje de pacientes que responden con dosis mínima de 5mg/día.

Como variable principal de seguridad se analizó la proporción de pacientes con efectos adversos relacionados.

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica y del módulo de dispensación de Pacientes Externos (Farmatools®).

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes, 100% mujeres con una mediana de edad de 59,3 años (RIC 44,2-63,7). Todos recibieron previamente AUDC durante una mediana de tiempo de 2,5 años (RIC 1,3-13,2). El grado de fibrosis fue mayoritariamente F1 (42,9%). En 6 pacientes (85,7%) la respuesta terapéutica a AUDC fue insuficiente, siendo necesario el inicio de AO de manera concomitante. Se inició AO en monoterapia en 1 paciente con intolerancia a AUDC.

Al inicio del AO todos los pacientes presentaban un estadio A de Child-Pugh. La media inicial fue FA 330 U/L (3,14xLSN) (DE±141,6), BLRT 1,2 mg/dL (DE±1,2).

Todos los pacientes mantuvieron dosis mínima 5mg/día por buena respuesta inicial a los 6 meses. 50% de los pacientes alcanzaron 12 meses de tratamiento, en todos ellos se consiguió FA<1,67 x LSN, BLRT media 0,6 (DE±0,1)(<LSN) y reducción media de FA 32,3%.

La mediana de duración de tratamiento con AO fue de 20,3 meses (RIC 9,2-34,1). 85,7% continua en tratamiento con AO y en 1 paciente fue necesario suspender el fármaco por descompensación hidrópica y evolución a estadio B de Child-Pugh.

71,4% de los pacientes presentó buena tolerancia al fármaco y en 28,6% se registraron RA leves (prurito y pirosis).

100% utilizaba medicación concomitante para manejar sintomatología de la enfermedad: resinolectiramina (28,5%), rifampicina (28,5%), antihistamínicos (28,5%), emolientes (100%)

CONCLUSIONES

En la población de estudio se ha observado efectividad del AO en la reducción de FA y BLRT y un perfil de seguridad adecuado, en concordancia con los estudios realizados (ensayo POISE).

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO CP-FARMA EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA NO ESTÉRIL

González Romero, C. Sánchez Serrano, J.L. Domingo Chiva, E. Frances Aldaz, R. Complejo Hospitalario Universitario Albacete

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de las guías de elaboración en el área de farmacotecnia no estéril tras la implantación del sistema informático CP-Farma®, comparándolo con las guías manuales, para analizar si la incorporación de este programa supone una mejora en el proceso y en la seguridad del paciente.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de seis meses de duración (julio-diciembre 2022) que consistió en la revisión de las guías de elaboración de fórmulas magistrales del servicio de farmacia.

Diariamente se revisaron las guías de elaboración y posteriormente, tras seis meses, se realizó un análisis comparativo de las guías revisadas entre los meses de julio-septiembre, cuando la mayoría de las guías eran manuales, frente a las guías de los meses de octubre-diciembre en los que se empezó a implantar realmente CP-Farma®.

Se analizó el número de guías realizadas con CP-Farma® frente al número de guías manuales y se comparó el número de errores detectados cada mes en ambos grupos. Además, se diferenciaron los errores más frecuentes en tres categorías: error en el registro de lotes de materias primas; error en cálculo o dosificación; y caducidad errónea de la fórmula, se contabilizó el número de errores de cada tipo y si se produjeron en guías manuales o CP-Farma®.

RESULTADOS

De un total de 431 guías se revisaron 404 (94%) y de estas guías revisadas 144 se realizaron con CP-Farma® (36%).

En cuanto a la elaboración de guías, en los meses de julio-septiembre un 6% de las guías se hicieron con CP-Farma®, frente a octubre-diciembre donde el 60% de las guías se realizaron con CP-Farma®. El porcentaje medio de errores en el total de guías revisadas en el primer periodo fue del 19% frente al segundo periodo donde fue de un 10%.

Analizando el número de errores en guías manuales y CP-Farma® con respecto a las guías de ambos grupos, observamos una frecuencia media de error del 19% en las guías manuales con respecto al total de guías manuales y de un 5% en las guías CP-Farma® con respecto al total de guías CP-Farma®.

En cuanto a los errores por categorías con respecto al número total de errores, el 39% de errores fue en registro de lotes (36% manual, 3% CP-Farma®), 37% en cuanto a caducidad de la fórmula (34% manual, 3% CP-farma®), y 24% error en cálculo o dosificación (17% manual, 7% CP-Farma®).

CONCLUSIONES

La revisión de guías de elaboración previa a la elaboración es fundamental para evitar errores y garantizar la seguridad del paciente.

Observamos una disminución del porcentaje de error al aumentar el número de guías CP-Farma®, debido a que el uso del programa reduce la frecuencia de errores con respecto a las guías manuales. Por tanto, consideramos que el programa CP-Farma® facilita gestionar y registrar adecuadamente los lotes y minimiza los errores de cálculo mejorando así la calidad del proceso.

Como objetivo futuro, se plantea corregir los errores propios del inicio de manejo del programa y formar a todo el personal del servicio de farmacia para elaborar todas las guías con CP-Farma®.

Conflicto de interés: No existe.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE CEFIDEROCOL EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES GRAVES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTI-RESISTENTE

Toledo Davia MA, Fernández Arévalo M, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Prieto Galindo R, Domínguez Barahona A. Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con cefiderocol en pacientes ingresados con infección grave por *Pseudomonas aeruginosa* multi-resistente (PAMR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, donde se seleccionaron aquellos pacientes tratados con cefiderocol en los años 2021-2022. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se registraron los siguientes datos: sexo, edad, duración del tratamiento, indicación, microorganismo aislado y antibiograma.

Las variables estudiadas fueron: la curación clínica de la infección, considerándose respuesta como la resolución o mejoría de la infección respecto al momento de su inicio y la ausencia de nuevos síntomas, mortalidad a 28 días desde el inicio del tratamiento, y la erradicación microbiológica (presencia de un cultivo negativo de control tras finalizar el tratamiento acompañado de ausencia de clínica); y se consideró como pacientes portadores aquellos con resultado positivo en alguna muestra y ausencia de clínica. De manera global, la seguridad fue evaluada como suspensión del tratamiento debido a efectos adversos.

RESULTADOS

Se trataron a un total de 16 pacientes con infección grave por PAMR tratados con cefiderocol (18 eventos clínicos registrados); una mediana de edad de 58,5[73-28] años y un 83%(14) hombres. El mecanismo de resistencia en todos los casos fue la producción de carbapenemasa tipo B (17 tipo IMP y 1 con tipo VIM). Distribución por diagnóstico: 6 pacientes con bacteriemia (2 de origen pulmonar), 8 con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), 4 con infección del tracto urinario (ITU) y 1 con infección intra-abdominal. Perfil de resistencias: el 100% de los casos fueron resistentes a meropenem, el 94% a quinolonas, otro 94% a aminoglucósidos, el 47% a colistina y un 42% a aztreonam. En 1 caso se documentó resistencia tanto a ceftazidima/avibactam como a ceftolozano/tazobactam.

La duración media de tratamiento fue de 11(SD3) días. En un 70% de los pacientes se consiguió la erradicación microbiológica y en torno al 23% permanecieron como portadores. En cuanto a supervivencia, en el 75% de los pacientes se consiguió la curación clínica al completar el tratamiento. La mortalidad, durante el proceso infeccioso, antes de los 28 días fue del 25%. En los pacientes fallecidos, la mediana de duración del tratamiento fue de 5[1-10] días. En cuanto a la seguridad, ningún paciente interrumpió el tratamiento debido a efectos adversos.

CONCLUSIONES

El uso de cefiderocol en nuestros pacientes parece obtener buenos resultados, tanto en curación clínica como en erradicación microbiológica y mortalidad. Comparando nuestros resultados con los del ensayo CREDIBLE-CR: la mortalidad a los 28 días fue menor en nuestros pacientes (25% vs. 35%) y los resultados obtenidos en curación clínica fueron similares (75%). Cefiderocol, comercializado actualmente en nuestro país para el tratamiento de ITU complicadas, infecciones graves causadas por BGN resistentes a carbapenem y neumonía nosocomial, se presenta como una nueva molécula activa frente a betalactamasas de clase B, las cuales proporcionan resistencia tanto a ceftazidima/avibactam como a ceftolozano/tazobactam. Son necesarios más estudios del efecto de cefiderocol sobre PAMR en las diferentes patologías para poder establecer el beneficio real de este antibiótico.

Conflictos de interés. No se declaran conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

CANDIDATOS POTENCIALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CABOTEGRAVIR+RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES VIH-1

Codonal Demetrio, A; Lázaro López, A; Torralba González De Suso, M; Tardáguila Molina, P; Martínez Ruíz, E; Horta Hernández, AM. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

OBJETIVOS

La incorporación del tratamiento antirretroviral (TAR) cabotegravir+rilpivirina de acción prolongada (CAB+RPV AP) y de administración intramuscular presenta las ventajas de disminuir la presión psicológica y el estigma asociado a la toma diaria de medicación y la mejora de la adherencia en algunos pacientes.

La combinación de estos dos fármacos está indicada en el tratamiento de la infección por el virus VIH-1 en adultos en tratamiento virológicamente suprimidos, sin evidencia actual/previa de resistencia a inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosídicos (ITINN) e inhibidores de la integrasa (INI) ni fracaso virológico previo a estas familias.

Para evitar la selección y potencial transmisión de virus resistentes a las familias de fármacos, es importante hacer una selección adecuada de los pacientes candidatos.

El objetivo del estudio fue seleccionar junto con el Servicio de Medicina Interna los pacientes que más se pueden beneficiar del cambio de TAR oral a CAB+RPV AP.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con infección por VIH en tratamiento activo en enero 2023 con cualquier TAR de administración oral.

Las variables recogidas fueron: RNA-VIH<50 copias/ml en los últimos 3-6 meses, presencia de mutaciones a INI o ITINN, coinfección por virus hepatitis B (VHB), adherencia al TAR o a consulta médica/farmacéutica (buena/mala), interacciones farmacológicas, embarazo o deseo gestacional actual y características clínicas y/o sociodemográficas del paciente.

RESULTADOS

De un total de 424 pacientes con infección VIH-1 en tratamiento oral activo, 166 (39,2%) pacientes son candidatos al cambio de TAR oral a CAB+RPV AP.

Las causas por las que se decidió no seleccionar a los pacientes como candidatos fueron: mala adherencia a visitas médicas/farmacéuticas (26,7%), problemas para acudir de forma periódica al hospital (lejanía con centro hospitalario, problemas económicos, profesionales, personales, etc.) (24,0%), presencia de rebrotes virológicos en analíticas previas (23,6%) y RNA-VIH-1>50 copias/ml (22,9%).

Otras causas menos frecuentes fueron: coinfección por VHB, participación en un ensayo clínico, deseo gestacional, seguimiento en otros hospitales, presencia de mutaciones en los INI, comorbilidades asociadas (oncológicas o psiquiátricas), ingreso en otros centros asistenciales, preferencias del paciente, etc.

Por último, en los pacientes que si son candidatos se revisó la medicación concomitante, destacando interacciones con inhibidores de la bomba de protones (12,7%) o fármacos que alteran el intervalo QT (8,4%).

CONCLUSIONES

- De manera conjunta el Servicio de Farmacia y de Medicina Interna ha decidido que los pacientes candidatos a la terapia intramuscular sean: >18 años, supresión virológica mantenida, ausencia de mutaciones a INI o ITINN, ausencia de coinfección VHB, buena adherencia a medicación y a visitas, aceptación del cambio a terapia intramuscular bimensual.
- Un elevado porcentaje de pacientes son candidatos al cambio de TAR con CAB+RPV AP.
- Entre las causas de los pacientes no candidatos destaca la no supresión virológica o la mala adherencia a visitas médicas/farmacéuticas.
- En los pacientes candidatos es importante revisar la medicación concomitante para evitar interacciones con el nuevo TAR.

Conflicto de intereses: ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

RESULTADOS DE LA PROFILAXIS CON TIXAGEVIMAB/CILGAVIMAB EN PACIENTES DE RIESGO ALTO

Cuesta García M¹, Cebrián Carrascosa C¹, Comino Martín M¹, Pérez Serrano R¹, Calle Primo C², Rodríguez Martínez M¹. ¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Hematología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVOS

En abril de 2022, tras la publicación de las recomendaciones aprobadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud e instrucciones de SESCOAM, se inició en nuestra Gerencia la prescripción/administración de tixagevimab/cilgavimab para la prevención de COVID-19.

El objetivo del presente estudio es describir la utilización de tixagevimab/cilgavimab en nuestro Centro y conocer la efectividad del tratamiento.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Periodo analizado: junio-noviembre 2022. Criterios de inclusión: personas ≥ 12 años que pesen ≥ 40 kg, con condiciones que cursan con alto grado de inmunosupresión y que no han respondido adecuadamente a la vacunación (título de anticuerpos anti- S < 260 BAU/ml). Variables: fecha de administración, servicio prescriptor, criterio de inmunosupresión y si hay contagio, hospitalización o muerte por causa COVID a los 3 y 6 meses.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (Mambrino XXI) y de Farmatools.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes. 29 tratamientos (93,5%) prescritos por hematología, 1 (3,2%) por nefrología y 1 (3,2%) por neumología. El criterio de inmunosupresión fue tratamiento con anti-CD20 en 27 pacientes (87,1%), receptores de trasplante de órgano sólido en 2 (6,4%), receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos en 1 (3,2%) y tratamiento con ibrutinib en 1 (3,2%).

A los 3 meses postadministración se habían contagiado el 10% de pacientes (n=3), requirieron hospitalización por esta causa el 10% (n=3) y fallecieron el 3,3% (n=1).

A los 6 meses postadministración se habían contagiado el 23,1% de pacientes (n=6), requirieron hospitalización por esta causa el 19,2% (n=5) y fallecieron el 3,8% (n=1).

CONCLUSIONES

En nuestra Gerencia los pacientes en los que mayoritariamente se ha prescrito tixagevimab-cilgavimab para la prevención de COVID19 son hematológicos y principalmente pacientes con tratamientos anti-CD20. Siendo mínima la prescripción por otros servicios y otros grupos de pacientes inmunodeprimidos.

Aunque el 77% de pacientes no se han contagiado a los 6 meses de la administración, siendo la prevalencia de la enfermedad elevada, los datos de efectividad encontrados están muy alejados de los resultados publicados en el ensayo pivotal PROVENT, donde no se incluían pacientes inmunodeprimidos, ni vacunados y la variante omicron no era la predominante.

Se necesitaría un ensayo clínico para poder demostrar la eficacia de este fármaco en pacientes inmunodeprimidos.

Los datos in vitro publicados muestran menor actividad frente a las subvariantes de ómicron actualmente predominantes, por lo que existe incertidumbre sobre el papel y la utilización de este fármaco en el escenario actual.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN DERMATITIS ATÓPICA GRAVE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE DUPILUMAB

Toledo Davia MA¹, Blázquez Romero C¹, Collado Sanz JM², Piqueras Romero C³, Ramírez Corceles A⁴, Sánchez Casanueva T⁵. 1. Hospital Universitario de Toledo, Toledo. 2. Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete. 3. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de La Reina. 4. Hospital General de Almansa, Almansa. 5. Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares.

OBJETIVO

El objetivo es el análisis de la efectividad y seguridad de dupilumab en la vida real. Como objetivo secundario, el estudio pretende determinar el grado de adherencia de los pacientes incluidos, así como la seguridad con el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, ambispectivo, multicéntrico y regional (Castilla La Mancha) para analizar la efectividad y la seguridad al tratamiento con dupilumab a la semana 16 y 52 de tratamiento con el fármaco. Las variables a estudiar son las siguientes: Datos demográficos: género, edad, comorbilidades y medicación concomitante. Datos relativos a la evaluación clínica del paciente: valores de las escalas EASI, BSA e IGA previas al tratamiento, a la semana 16 y a la semana 52. Datos relativos a la seguridad del fármaco: reacciones adversas recogidas en los informes clínicos. Los datos recogidos para el estudio se obtuvieron del programa de gestión clínica MabриноXXI para los datos de las variables EASI, BSA e IGA, así como los datos relacionados con la seguridad (reacciones adversas). Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Para valorar la normalidad en la distribución de las variables se realizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Se aplicó el test t-student para las variables que presentaron una distribución normal y un test de Wilcoxon para las variables que no presentaron una distribución normal.

RESULTADOS

El porcentaje de participación de los centros fue del 66% (6 de los 9 centros propuestos) con un total de 28 pacientes registrados tratados con dupilumab; la mediana de edad fue de 30 [18-57] años y 64% (n=18) fueron mujeres.

Al inicio del tratamiento las variables clínicas recogidas fueron (expresado en media): EASI-pre de 33,8 (SD 9,15), BSA-pre de 50,9 (SD 23,3) e IGA-pre de 3,48 (SD 0.59). A las 16 semanas del tratamiento con dupilumab, las medias en las variables fueron las siguientes: EASI-16 de 5,04 (SD 4.05), BSA-16 de 9,18 (SD 5,51) e IGA-16 de 0,89 (SD 0.45). Se encontraron diferencias significativas en las tres variables (EASI-pre vs. EASI-16 $p < 0,01$; BSA-pre vs. BSA-16 $p < 0,01$; IGA-pre vs. IGA-16 $p < 0,01$). A la semana 52 no se obtuvieron datos y no pudo hacerse el análisis de resultados.

En cuanto a los resultados de seguridad: en 6 pacientes se registró algún evento adverso, 4 alteraciones oculares (conjuntivitis y sequedad ocular) y 1 caso de infección por herpes.

CONCLUSIONES

Dupilumab resulta eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica grave en cuanto a la reducción de las escalas de seguimiento utilizadas. Es importante tener en cuenta que, aunque la participación en número de centros es media-alta, algunos de ellos no disponían de un gran número de muestra, lo que explica la escasez de pacientes obtenidos, no representando la tendencia de prescripción de la región. Serían necesarios estudios que proporcionen evidencia a largo plazo sobre los efectos de este fármaco, para saber durante cuánto tiempo se mantienen la eficacia en los pacientes.

CONFLICTO DE INTERÉS: No se declaran conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NUTRICIÓN PARTENTERAL DOMICILIARIA

*Miranda del Cerro, Alejandro; Martínez Ruiz, Elvira; Casarrubios Lázaro, Gema Isabel; Pérez Maroto, María Teresa; Codonal Demetrio, Ana; Horta Hernández, Ana María
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Guadalajara.*

OBJETIVOS

El soporte nutricional domiciliario posibilita el alta hospitalaria a pacientes con dependencia prolongada a la nutrición parenteral. Para ello se debe asegurar la idoneidad del paciente y de su entorno socio-familiar para minimizar el riesgo de complicaciones infecciosas, mecánicas, metabólicas y psicosociales.

Según las recomendaciones de la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), los requerimientos de los pacientes con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) deben oscilar entre 0,15-0,20 g de nitrógeno/kg de peso y 150-160 kcal no proteicas/g nitrógeno que podrán variar según las comorbilidades del paciente.

El objetivo del estudio fue describir la evolución de los pacientes con NPD, analizar la composición de las NPD y comprobar si presentan complicaciones asociadas a las mismas.

MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo (enero 2015-enero 2023) en el que se incluyeron todos los pacientes con NPD elaboradas en el servicio de farmacia.

Variables recogidas: demográficas (edad, sexo), tiempo de soporte con NPD, indicación, causa de finalización, gramos de nitrógeno/kg de peso, kilocalorías no proteicas/g nitrógeno, complicaciones asociadas a la NPD y número de ingresos desde el inicio del soporte nutricional domiciliario.

Los datos fueron obtenidos a través de la historia clínica electrónica (Mambino XXI®), del registro de dispensaciones (módulo pacientes externos de Farmatools®) y del programa de prescripción electrónica de nutrición parenteral (Nutriwin®).

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes (68% mujeres) con una mediana de edad de 57 años (RIC:52,3-65,5). La indicación de la NPD en el 79% de los casos fue el soporte nutricional en pacientes oncológicos y el 21% restante fue por isquemia intestinal. La mediana del tiempo de soporte domiciliario fue de 77 días (RIC: 24-178). El 75% de los pacientes finalizaron el soporte por éxitus, el 15% por tolerancia oral y el 10% mantienen la NPD.

En las NPD formuladas la media de gramos de nitrógeno/kg de peso fue de 0,18 g (DE=1,94) y la media de las Kcal no proteicas/g de nitrógeno fue 151 kcal (DE=16,73).

El 37% de los pacientes registraron complicaciones de carácter infeccioso (29% por bacteriemias y/o sepsis asociadas al catéter y un 8% por infección del orificio de salida del catéter), un 30% presentaron complicaciones metabólicas (14% alteraciones hidroelectrolíticas, 4% hiperglucemia, 4% hipertrigliceridemia y 8% alteraciones hepatobiliares), 16% complicaciones mecánicas (8% trombosis venosa y 8% oclusión de catéter), 4% complicaciones psicosociales y el 13% presentaron complicaciones no relacionadas con la NPD.

Durante el periodo de seguimiento se registraron un total 43 ingresos, entre los cuales un 76% presentaron complicaciones relacionadas con la NPD.

CONCLUSIONES:

En la población del estudio la indicación principal de la NPD se relaciona con el soporte nutricional en el paciente oncológico.

Las formulaciones de las NPD elaboradas se ajustan a los requerimientos recomendados de aporte de nitrógeno y kilocalorías no proteicas por la ASPEN.

En un alto porcentaje de los ingresos se observan complicaciones asociadas a la NPD principalmente de tipo infecciosa (bacteriemias y/o sepsis asociadas al catéter).

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EXPERIENCIA DEL USO DE VEDOLIZUMAB EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CHRON

*Hernando Martínez P, Rubio Alonso L, Lafarga Lapieza V, García López E, Martí Gil C, Barreda Hernández D.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

OBJETIVOS

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología inflamatoria crónica, incluye principalmente colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). La variabilidad de estas enfermedades hace que su tratamiento sea complejo. Por ello, vedolizumab, ha supuesto una mejora en la terapéutica disponible en pacientes con respuesta inadecuada a anti-TNFs.

El objetivo es comparar la efectividad y seguridad del uso de vedolizumab, analizando la influencia de la patología.

METODOLOGÍA

Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo en un hospital de nivel-II (enero2018-septiembre2022). Se incluyeron pacientes con CU y EC tratados con vedolizumab, englobando también a aquellos que habían fallado previamente a anti-TNFs.

Las variables poblacionales fueron: sexo, edad, diagnóstico, duración de enfermedad, duración media del tratamiento con vedolizumab y línea de tratamiento.

Para determinar la efectividad:

- Dosis extra (semana 10).
- Necesidad de intensificación.
- Respuesta clínica (semana 12-16): reducción de 3 puntos en las escalas Partial-Mayo Score (PMS) para CU y Harvey-Bradshaw Index (HBI) para EC.
- Remisión clínica (semana 12-16 y semana 52): PMS<2 para UC; HBI<4 para CD.
- Suspensión del tratamiento.
- Persistencia (duración del tratamiento con Vedolizumab).

Para determinar la seguridad, se revisó el registro de aparición de reacciones relacionadas con la perfusión, intolerancias o efectos adversos.

Recogida de datos: historia clínica electrónica (Farmatools®-MambrinoXXI®).

El análisis estadístico (Stata.V.15.0) para analizar la respuesta y remisión clínica en función de la patología (test de Fisher).

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes, 67% hombres, mediana de edad 54(23-79) años y 57%(12 pacientes) con diagnóstico de CU. La duración media de la enfermedad fue 9(2-30) años, siendo la duración media del tratamiento con vedolizumab de 14(3-42) meses.

El 19% estuvo en tratamiento con vedolizumab en 1º línea, 43% 2ª línea y 38% 3ª/4ª línea.

La dosis extra (semana 10) fue necesaria en 50% de pacientes con CU y 33% con EC. El 100% de CU necesitaron intensificar el tratamiento frente a 44% de EC.

La respuesta clínica (semana 12-16) fue 17% en CU y 67% en EC, con remisión clínica (semana 12-16) de 8% para CU y 56% en EC. En semana 52, 25% pacientes con CU y 78% con EC alcanzaron remisión clínica.

El 92% de CU suspendió el tratamiento: 64% por falta de respuesta y 36% por respuesta parcial frente a 33% de EC por respuesta parcial.

La persistencia media para CU fue de 7(3-37) meses frente a 26(5-42) en EC. Durante el estudio no se reportaron intolerancias ni efectos adversos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las patologías asociadas a los resultados en las semanas 12-16 en EC (respuesta clínica p=0,032; remisión clínica p=0,046). Asimismo, en la semana 52 los pacientes solían presentar mejores resultados en EC (respuesta clínica p=0,030; remisión clínica p=0,030).

CONCLUSIÓN

Según nuestros resultados, a pesar de ser un tamaño muestral reducido, vedolizumab parece ser más efectivo en EC, con una respuesta rápida en semanas12-16. Probablemente no en la CU, debido a la mayor complejidad de la patología y los procedimientos quirúrgicos habituales.

Vedolizumab tiene un buen perfil de seguridad y no fue necesario suspender el tratamiento por efectos adversos.

CONFLICTO DE INTERESES: No.

EXPERIENCIA DE USO DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE

De la Calle Riaguas B, Juliá Luna FJ, Gómez Espinosa P, Alonso Salmerón FJ, Lomares Manzano I, Berrocal Javato MA. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina

OBJETIVOS

Tildrakizumab 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 tildrakizumab en PPMG en la práctica clínica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital General (octubre 2019 - diciembre 2022) en pacientes con PPMG en tratamiento con tildrakizumab. 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. Se registraron también las suspensiones de tratamiento por falta de respuesta.

La seguridad se analizó con el registro de efectos adversos (EA).

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

RESULTADOS

Se evaluaron 15 pacientes (60% hombres) con edad media 46,3 años (25 - 79).

El tratamiento previo de los pacientes incluyó metotrexato (73,3%), ciclosporina (80%) y terapia biológica (100%). La media de los fármacos biológicos previos fue de 2,3 (1 - 5) por paciente, incluyendo anti-TNF: adalimumab (40%), etanercept (40%) e infliximab (46,7%); anti-IL12-23: ustekinumab (66,7%) y anti-IL17A: secukinumab (26,7%) e ixekizumab (6,7%).

La dosis de tildrakizumab en el 86,7% (n=13) 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 12 semanas. En el 13,3% (n=2) fue de 100 mg cada 12 semanas desde el inicio. La duración media del tratamiento fue 17,1 (8 - 32) meses.

El 100% (n=15) de los pacientes presentaron un PASI basal ≥ 5 y el 66,7% (n=10) ≥ 10 .

A las 12 semanas, el 86,7% (n=13) alcanzaron al menos PASI-75; consiguiendo además el 20% (n=3) PASI-90 y el 33,3% (n=5) PASI-100; el 13,3% (n=2) no respondieron.

A las 36 semanas, un 53,3% (n=8) mantuvieron al menos PASI-75; alcanzando el 13,3% (n=2) PASI-90 y el 26,7% (n=4) PASI-100; el 46,7% (n=7) no respondieron.

Al finalizar el periodo de estudio, el 46,7% (n=7) de pacientes habían suspendido el tratamiento por falta de respuesta.

En cuanto al perfil de seguridad, solo un paciente presentó un EA: infección del tracto respiratorio superior.

CONCLUSIONES

La efectividad de tildrakizumab en pacientes con PPMG fue elevada a las 12 semanas de tratamiento, alcanzándose al menos PASI-75 en la mayoría y un tercio consiguió remisión completa de las placas de psoriasis. Sin embargo, a las 36 semanas, la respuesta se mantuvo en la mitad de los pacientes. Se registraron suspensiones del tratamiento en casi la mitad por falta de respuesta. Tildrakizumab presentó buena tolerancia.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

ATENCIÓN FARMACÉUTICA SIGLO XXI: APORTANDO VALOR EN SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CICLINAS.

Lafarga Lapieza, V; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Hernando Martínez, P; Pérez Cano, E; Martínez Valdivieso, L; Barreda Hernández, D.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de reacciones adversas (RAM) e interacciones medicamentosas asociadas al uso de inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas 4/6 (iCDK4/6) (palbociclib, ribociclib, abemaciclib) para el tratamiento de cáncer de mama.

METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo (enero 2017-enero 2023) de pacientes en tratamiento con iCDK4/6.

Variables recogidas: demográficas, diagnósticas, número de ciclos, RAM, reducciones de dosis, suspensiones de tratamiento e interacciones. Extracción de datos: historia clínica (Mambrino®) y registros de validación farmacéutica y dispensación (FarmaTools®).

Durante la validación farmacéutica se revisaron analíticas, evolutivos médicos, medicación domiciliar e intervenciones farmacéuticas (IF) registradas para detectar: RAM que requirieran ajuste de dosis según ficha técnica (FT) y Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0 (grado ≥ 3 , excepto plaquetopenia ≥ 2) e interacciones (UptoDate®).

RESULTADOS

Inclusión: 64 pacientes (98,4% mujeres). Mediana de edad: 63(44-91) años en tratamiento con palbociclib (n=40), abemaciclib (n=15) o ribociclib (n=9). Mediana del número de ciclos: 10(1-59) palbociclib, 7(1-45) abemaciclib y 5(2-17) ribociclib. Diagnóstico: cáncer de mama localmente avanzado/metastásico (n=52); cáncer de mama precoz (n=12).

45 pacientes desarrollaron RAM que precisaron ajuste, siendo hematológicas un 80% (palbociclib n=25, abemaciclib n=5 y ribociclib n=6): neutropenia (n=34) y plaquetopenia (n=4). En el 66,6% se ajustaron dosis o retiraron tratamiento según FT. El resto, a pesar de presentar neutropenias grado ≥ 3 , no se realizó el ajuste (ribociclib n=2, abemaciclib (n=4).

Las RAM no hematológicas de desarrollaron en el 36% (palbociclib n=6, abemaciclib n=9 y ribociclib n=1): diarrea (n=5), astenia (n=4), vómitos (n=3), hipertransaminemia (n=2), exantema (n=1). Un paciente con abemaciclib sufrió trombosis venosa profunda (TVP) que obligó a suspensión definitiva. Se realizaron todos los ajustes o retiradas correspondientes incluso cuando no lo requería la FT.

Al final, a 11 pacientes, 10 de ellos metastásicos, (palbociclib n=9; abemaciclib n=2) se les retiró definitivamente por: neutropenia (n=7); plaquetopenia (n=1); vómitos incoercibles (n=1), exantema (n=1) y TVP (n=1). Ésta última fue notificada por el farmacéutico hospitalario como sospecha de RAM al Sistema Español de Farmacovigilancia.

Todas las RAM registradas estaban recogidas en FT como “muy frecuentes”, excepto TVP (“frecuente”) pero fueron identificadas en mayor proporción de pacientes de lo indicado en FT.

Se identificaron 23 interacciones. Categoría X (n=9): con metamizol y una con carbamazepina que, tras la IF, se sustituyó por lacosamida. Categoría D (n=1): deflazacort que no preciso IF por toma esporádica. Categoría C: simvastatina (n=3), pantoprazol (n=1), apixabán (n=1), omeprazol (n=6). Únicamente se sustituyó simvastatina por pravastatina en un paciente y omeprazol por famotidina en dos. Categoría B: tramadol (n=1) y sertralina (n=1) que solo precisaban vigilancia.

CONCLUSION

El uso de iCDK4/6 refleja un perfil de RAM que precisa frecuentemente ajuste o retirada. En la práctica clínica habitual se realiza, pero también se identifican pacientes sin ajuste, suponiendo un riesgo en su salud.

El papel del farmacéutico hospitalario aporta valor, identificando y transmitiendo al clínico posibles RAM susceptibles de ajuste o retirada e interacciones medicamentosas tras la validación farmacéutica. Además, la actividad del farmacéutico hospitalario en materia de Farmacovigilancia contribuye a identificar riesgos asociados a los medicamentos en la práctica clínica.

[\(Enlace al póster\)](#)

VANCOMICINA ORAL EN PAUTA DESCENDENTE: PERFIL DE PACIENTES Y RESULTADOS

*Anguita Montenegro B, Amores del Rey L, Pérez Serrano R, Franco Sereno MT, Palacios Moya E, Porras Leal ML.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

OBJETIVOS.

El empleo de vancomicina oral en pauta descendente o tapering se contempla como alternativa en primera recidiva en infección por *Clostridioides difficile* (ICD). El objetivo es describir el perfil de pacientes que ha recibido vancomicina en tapering en nuestro centro y evaluar la efectividad. Como objetivo secundario, definir qué perfil de pacientes podrían beneficiarse de esta pauta.

MÉTODOS.

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con vancomicina en tapering (noviembre 2020-noviembre 2022).

Se recogieron: variables demográficas, servicio, revisión por el equipo del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), factores de riesgo (FR), criterios de gravedad (CG) y riesgo de recurrencia (RR) (puntuación de 2 en SCORE-1, valor predictivo de recurrencia >20%, y GEIH-CDI score >4, riesgo de recurrencia >50%).

La efectividad fue valorada mediante: curación (definida como cese de síntomas), recurrencia (reaparición de la clínica con toxina positiva dentro de las 8 semanas después de finalizar el tratamiento), mortalidad (28 días post-tratamiento) y efectos adversos. El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS (prueba chi cuadrado).

RESULTADOS.

Se revisaron 262 pacientes tratados con vancomicina de los que se incluyeron 57 (60 episodios) con pauta tapering (21,8%): 55% hombres, edad media 71 años (SD 14). Fueron episodios de recidiva el 28,3%. Los servicios prescriptores más frecuentes fueron Medicina Interna (40%), Nefrología (11,7%) y Oncología (10%), siendo la pauta tapering recomendada por el equipo PROA en el 75%.

FR: 73,3% >65 años, 3,3% Enfermedad Inflamatoria Intestinal, 26,7% inmunosuprimidos u onco-hematológicos, 41,7% internados en residencia/hospitalizaciones sucesivas en el último mes, 76,7% con tratamiento antibiótico en los últimos 30 días, mediana días 5 (RIC 1-10), siendo penicilinas el grupo más prescrito (50%). En el momento del diagnóstico, 63,3% estaban en tratamiento antibiótico. Durante el ingreso (52,6% estancia >10 días), 85% mantuvo prescrito inhibidores de bomba de protones.

CG: 16,9% presentaron leucocitos >15.000/L, 13,6% creatinina superior 1,5 veces el valor basal y 24,6% albúmina <3 g/dL. El 21,7% presentaron engrosamiento de la pared del colon o pseudomembranas.

RR: Puntuación=2 en SCORE-1 68,3% y GEIH-CDI score >4 31,7%.

Efectividad: La curación fue 95%: 100% en GEIH-CDI score <4 vs 84,2% GEIH-CDI >4 ($p < 0,05$), 100% sin episodios previos vs 82,4% en pacientes recidivantes ($p < 0,05$). La recurrencia fue 15,8%: 12,2 % GEIH-DCI score <4 vs 25 % GEIH-DCI >4 ($p > 0,05$) y 9,3% sin episodios previos y 35,7% en pacientes recidivantes $p < 0,05$. Un fallecido (no atribuible a ICD).

CONCLUSIONES.

La gran mayoría de pacientes presenta al menos un factor de riesgo para desarrollar ICD, siendo el perfil de pacientes en tratamiento con vancomicina en tapering pacientes no graves, con bajo RR y primer episodio. En este escenario, la terapia ha demostrado efectividad observándose diferencias estadísticamente significativas que muestran el beneficio en pacientes con FR y sin episodios previos, pudiendo ampliarse el perfil de pacientes recomendado por las guías. Vancomicina en tapering podría considerarse como una alternativa a fidaxomicina en primeros episodios ya que la proporción de recidiva en este estudio es inferior a la del ensayo pivotal con fidaxomicina (14%), aunque son necesarios estudios comparativos.

CONFLICTO DE INTERESES. Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EN EL PERIOPERATORIO, ¿SE CUMPLEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA LOS PROTOCOLOS?

García López, E; Picazo Sanchiz, G; Martín Niño, I; Hernando Martínez, P; Lafarga Lapiez, V; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. GAI de Cuenca.

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento del protocolo de profilaxis antimicrobiana perioperatoria en el Servicio de Cirugía General y Digestivo (S^o.CGD). Analizar las causas de incumplimiento del protocolo.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo (enero–marzo 2022) en un hospital de nivel-II. A través del programa de Unidosis Farmatools® se obtuvieron los pacientes que habían ingresado en el S^o.CGD con profilaxis antibiótica, seleccionándose de forma aleatoria aproximadamente la mitad de pacientes. Para conocer el tipo de intervención, se utilizó el programa de historia clínica electrónica MambrinoXXI®. Se comprobó desde Farmatools® los antibióticos y pautas posológicas prescritas, comparándolos con el protocolo revisado por la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica y la Unidad de Calidad en 2019 (cirugía limpia: cefazolina 2g IV 30min antes de la intervención; colecistectomías: cefazolina 2g IV en la inducción; cirugía de colon, íleo distal y recto: metronidazol 1,5 g IV + gentamicina 240 mg IV 2 o metronidazol 500 mg IV y gentamicina 80 mg IV seguido de 2 dosis postoperatorias de gentamicina 80 mg IV/8 horas y metronidazol 500 mg IV, añadiendo a la preparación del colón mecánica se añadirá eritromicina 1g oral y neomicina 1 g oral.; apendicectomías: amoxicilina-clavulánico 2 g IV, en dosis preoperatoria y continuar con dos dosis de 1 g IV). Se analizaron las causas de incumplimiento: errores en la pauta posológica, uso de fármacos distintos a los recomendados y administración de esquemas incompletos.

RESULTADOS

En el periodo estudiado, 183 pacientes recibieron profilaxis antibiótica. Se analizaron 100 pacientes (54.6%). Las intervenciones analizadas fueron 27.0% cirugía limpia (mama, hernia, eventración, laparotomía exploradora, laparoscopia y eventración), 22.0% colecistectomías, 18.0% cirugías de colon, íleo distal y recto, 16.0% apendicectomías y 17.0% intervenciones minoritarias. La profilaxis fue correcta en un 35.0% de las intervenciones. Las causas de incumplimiento fueron en un 44.6% por errores en la pauta posológica (75.8% infradosificación y 24.2% sobredosificación). El 40% usó otro antibiótico, siendo mayoritario (53.8%) el cambio de cefazolina por amoxicilina-clavulánico. Al 15.4% se le pautó un esquema incompleto, destacando de forma mayoritaria las intervenciones de cirugía de colon, íleo distal y recto donde se omitió pautar la gentamicina en el esquema metronidazol+gentamicina.

CONCLUSIONES

Se deben plantear estrategias encaminadas a asegurar el cumplimiento y la aplicación estandarizada de los protocolos de profilaxis. Para ello, el farmacéutico del equipo PROA tiene un papel muy importante tanto en el uso racional de los antibióticos como en mejorar la prescripción de los mismos, ya que una de las limitaciones del estudio ha sido confirmar la profilaxis administrada en la historia clínica de los pacientes.

No existen conflictos de interés.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FIDAXOMICINA EN INFECCION POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE

*Palacios Moya E, Anguita Montenegro B, Amores del Rey L, Pérez Serrano R, Franco Sereno MT, Porras Leal ML.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad del tratamiento con Fidaxomicina en pacientes con infección por Clostridioides difficile (ICD).

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes tratados con Fidaxomicina entre octubre 2018 y noviembre 2022 en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: demográficas, factores de riesgo (FR) (tratamiento previo con inmunosupresores y/o antibióticos reciente, antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), institucionalizados o ingreso reciente), servicio prescriptor, revisión por equipo del Programa de Optimización de Antibióticos (PROA), criterios de gravedad (CG), riesgo de recurrencia (RR) (SCORE-1 ≥ 2 (riesgo recurrencia $>20\%$, y GEIH-CDI ≥ 4 (riesgo recurrencia $>50\%$) y efectividad: curación (cese de síntomas a los 5 días de tratamiento), recurrencia (reaparición de clínica con toxina positiva dentro de las 8 semanas tras fin de tratamiento) y mortalidad (28 días tras tratamiento) y efectos adversos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 pacientes: 64.3% hombres, 71.4% >65 años, el 100% habían sido tratados previamente con vancomicina vía oral, siendo recidiva el 71.4%, el 14.3% reinfección y el resto se administró tras fracaso a tratamiento con vancomicina. Un paciente tenía antecedentes de EII, el 21.4% estaba en tratamiento inmunosupresor, con tratamiento antibiótico (50% último mes y 35.7% en el diagnóstico) y un paciente había estado ingresado recientemente. La duración del ingreso fue ≥ 10 días en el 28.6% de los casos. El servicio prescriptor mayoritario fue infecciosas (85.7%) y fueron revisados por el PROA el 92.3% de los pacientes.

En cuanto a criterios de gravedad, el 14.3% presentaron Leucocitos $>15000/L$ y el 50% Albúmina $<3g/dL$.

El RR según SCORE-1 ≥ 2 fue del 78.6% y GEIH-CDI ≥ 4 del 85.7%.

Respecto a la efectividad, el 71.4% se curaron y el 66.7% no tuvo recurrencia. La mortalidad a los 28 días fue del 21.4%, siendo atribuible a ICD en el 7.1%. Los efectos adversos fueron escasos, destacando náuseas y vómitos (14.3% y 7.1%).

CONCLUSIONES:

En base a estos resultados, el tratamiento con fidaxomicina puede considerarse un tratamiento efectivo y seguro para la ICD en pacientes tras fracaso o recidiva/recurrencia al tratamiento con vancomicina. Destacar la importancia de los equipos PROA en la revisión de estos tratamientos a fin de elegir el tratamiento más eficiente.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA GUIADA POR MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA. ESTUDIO DE IMPACTO ASISTENCIAL DE LA APLICACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS

Toledo Davia MA, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Prieto Galindo R, Blázquez Romero C, Moya Gómez P.
Hospital universitario de Toledo.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de las intervenciones farmacéuticas en materia de farmacocinética clínica tras la aplicación de un circuito de trabajo propuesto.

MÉTODOS

Estudio prospectivo durante 2 meses (marzo y abril de 2022) en el que se registraron las intervenciones farmacéuticas en relación a la actividad asistencial relacionada con la monitorización farmacocinética, de acuerdo a un circuito de trabajo implantado en el servicio, a pacientes en tratamiento con vancomicina. Se recogieron el número de extracciones totales y el número de pacientes y se establecieron las siguientes intervenciones: 1) Propuesta de monitorización: paciente candidato a monitorización según criterios establecidos. 2) Propuesta de nueva pauta posológica: corrección de la pauta según modelos farmacocinéticos. 3) Seguimiento con monitorización: en aquellos pacientes estables y según criterios establecidos. Además, se comparó el número de extracciones realizadas con el mismo periodo de 2021.

Se registró toda la actividad realizada y se analizó el grado de aceptación de las intervenciones, así como los resultados clínicos obtenidos en función de si los pacientes conseguían alcanzar los objetivos terapéuticos (vancomicina entre 10-20 mg/mL).

RESULTADOS

En el año 2021 se registraron 58 extracciones de niveles en 40 pacientes, y en el de 2022 (periodo de estudio) se obtuvieron un total de 92 extracciones en 64 pacientes, aumento del 68%. El número de intervenciones farmacéuticas fue 116: 64 (55%) propuestas de monitorización, 38 (32%) ajustes posológicos y 14 (12%) intervenciones sobre seguimiento con monitorización. En cuanto a los resultados en el grado de aceptación de las intervenciones realizadas: 63% de aceptación en cuanto a la propuesta de monitorización (de un total de 40/64), un 52% en propuestas de ajustes posológicos (de un total de 19/38) y un 30% en el seguimiento con monitorización (de un total de 4/14).

En cuanto a los resultados clínicos obtenidos tras las intervenciones aceptadas sobre ajustes posológicos: tras la corrección de dosis guiada por los niveles en el 90% de los pacientes se consiguieron alcanzar los objetivos terapéuticos. De estos pacientes cerca del 60% se encontraban por debajo del rango terapéutico y el restante 40% por encima del rango.

CONCLUSIONES

La acogida de la actividad asistencial en relación a la monitorización farmacocinética es valorada por los servicios clínicos, como se observa en la comparativa de la actividad registrada en los años 2021 frente al 2022 (aumento en las extracciones realizadas). Las intervenciones más aceptadas son aquellas que implican la monitorización inicial, sin embargo, pérdidas en el seguimiento por monitorización son elevadas, ya que hasta un 70% de estas intervenciones no fueron aceptadas, por ello como oportunidad de mejora sería interesante que el farmacéutico ganara autonomía a la hora de solicitar extracciones para ofrecer así un ajuste posológico adecuado a un mayor número de pacientes. Por otra parte, el grado de aceptación en cuanto al ajuste posológico es del 52%, obteniéndose resultados en salud positivos para estos pacientes evitando un tratamiento infra o supra-dosificado y evitando el uso de antibióticos de segunda línea, de mayor impacto ecológico debido a resistencias y también de mayor impacto económico.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

*Torres Degayón, E., Palacios Moya, E., Areas del Águila, VL.
Hospital General Universitario de Ciudad Real*

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad y seguridad de cladribina en el tratamiento de la esclerosis múltiple recurrente (EMR) muy activa.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron pacientes con EMR muy activa (definidos como pacientes con dos o más brotes en el año anterior, estuviesen o no en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad) en tratamiento con cladribina entre septiembre de 2019 y agosto de 2022. Las variables recogidas (historia clínica electrónica y módulo de DPE Farmatools) fueron: sexo, edad, fecha inicio y fin de tratamiento, tasa anualizada de brotes previa, al año y a las 96 semanas de tratamiento, progresión de la discapacidad, empeoramiento radiológico, recaída a los 6 meses (definida como necesidad de cambio de tratamiento), linfopenia a los 2 meses durante el primer año de tratamiento, e infección por virus herpes zoster (VHZ).

RESULTADOS:

Se analizaron 16 pacientes, 81% mujeres, mediana de edad 42 años. El 56% completó los 2 años de tratamiento. La tasa anualizada de brotes previa al inicio del tratamiento con cladribina fue de 1,56, de 0,5 en los pacientes que habían recibido el tratamiento completo y de 0,8 en los que solo habían recibido el primer año. De los 9 pacientes que han alcanzado las 96 semanas de seguimiento, el 55% se ha mantenido sin presentar ningún brote, en el 30% de los casos hubo progresión de la discapacidad y en el 20% empeoramiento radiológico. Un paciente presentó una recaída a los 6 meses de tratamiento. En cuanto a la seguridad, el 50% de los pacientes presentó linfopenia grado I-II al segundo mes de tratamiento y solo uno tuvo una infección por VHZ durante el tratamiento. El 12,5% de los pacientes tuvieron que retrasar el inicio del segundo año con cladribina debido a la presencia de linfopenia.

CONCLUSIONES:

Con los datos obtenidos, se ha demostrado efectividad en la disminución del número de brotes y progresión de la enfermedad en pacientes tratados con cladribina. Respecto a la seguridad, la depleción linfocitaria es una de las reacciones adversas más relevantes, estando presente en la mitad de los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE GABAPENTINA EN INDICACIONES AUTORIZADAS EN FICHA TÉCNICA EN PACIENTES INGRESADOS

Lóizaga Celada, A; Juliá Luna, FJ; Criado Rubio, B; Alonso Salmerón, FJ; Lomares Manzano, I; Berrocal Javato, MA. Hospital General Universitario Ntra Sra del Prado, Talavera de la Reina (Toledo).

OBJETIVO

Evaluar el uso adecuado de la prescripción de gabapentina en pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna.

Analizar las prescripciones de gabapentina según indicaciones autorizadas en ficha técnica o fuera de ella e identificar aquellos pacientes que presenten mayor riesgo de sufrir depresión respiratoria.

Describir posibles interacciones con otros medicamentos depresores del SNC que causen patología respiratoria, potenciando los efectos adversos de gabapentina.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo y observacional de pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna con prescripción de gabapentina durante un periodo de seis meses (julio-diciembre 2022).

Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica: edad, sexo, indicación, uso fuera de ficha técnica, duración de tratamiento, posología, presencia de patología respiratoria e interacciones potenciales con otros fármacos.

Se analizó el riesgo de sufrir depresión respiratoria por exposición a gabapentina, según la alerta publicada por la Food and Drug Administration (FDA) en 2019; los pacientes se clasificaron en función de coexistencia de patología respiratoria (EPOC, insuficiencia respiratoria, disnea) y tratamiento concomitante con depresores del sistema respiratorio. El análisis de los datos se realizó mediante Excel®.

RESULTADOS

Se estudiaron 29 pacientes con una media de edad de 81 años; el 53% eran mujeres. Se clasificó a los pacientes en función de su diagnóstico relacionado con las indicaciones de gabapentina recogidas por la AEMPS: epilepsia, dolor neuropático periférico, neuralgia postherpética y neuropatía diabética.

Once de los pacientes tenían indicación recogida en ficha técnica, representando el 37,9% de las prescripciones. Las indicaciones observadas fueron: dolor neuropático inespecífico (54,5%), neuralgia postherpética (27,2%), neuropatía diabética (9,1%) y epilepsia (9,1%).

El uso de gabapentina fuera de ficha técnica abarcó el 62,1% de las prescripciones totales, agrupándose en osteoartritis (33,3%), poliartropatía (22,2%), dolor lumbar no especificado (16,7%), Parkinson (11,1%), deterioro cognitivo (5,6%), síndrome ansioso-depresivo (5,6%) y ataxia cerebelosa (5,6%).

De todos los pacientes, veintisiete tenían una duración de tratamiento superior a cinco meses, y una dosis comprendida entre 300mg y 1.800mg diarios. El 65,5% de los pacientes presentaban patología respiratoria; el 52,6% insuficiencia respiratoria y el 36,8% EPOC. Además, el 37,9% tenía prescrito concomitantemente algún depresor del SNC, el 13,8% algún opioide, el 17,2% opioides con depresores del SNC y el 3,4% antihistamínicos.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las prescripciones de gabapentina se realizaron por indicaciones fuera de ficha técnica.

Según nuestro estudio, una alta proporción de pacientes con prescripción de gabapentina tuvo riesgo de sufrir depresión respiratoria, que se vio incrementado por la presencia de fármacos depresores del SNC. La edad media de los pacientes superaba los 65 años, aumentando el riesgo de aparición de reacciones adversas.

Por tanto, estos factores convergen en la necesidad de controlar rigurosamente a estos pacientes para evitar la aparición de reacciones adversas, e incluso la desprescripción de gabapentina.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

¿SOBREDOSIFICAMOS CON LA DOSIS FIJA DE PEMBROLIZUMAB A NUESTROS PACIENTES? ANÁLISIS MULTICÉNTRICO SOBRE SU REPERCUSIÓN EN TOXICIDAD

Sánchez Rubio, F.¹ Serna Serrano, B.¹ Drozd Vergara, A.² Clemente Andújar, M.²

Díaz Rangel, M.³ Sánchez Ruiz, S.⁴ ¹Servicio de Farmacia GAI de Villarrobledo. ²Servicio de Farmacia GAI de Albacete.

³Servicio de Farmacia GAI de Hellín. ⁴Servicio de Farmacia GAI de Almansa.

OBJETIVOS

La Ficha Técnica y el Informe de Posicionamiento Terapéutico de pembrolizumab para la indicación de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM), describen que no hay diferencias clínicamente significativas entre la dosificación fija (DF) de 200 mg y la basada en el peso (DP) de 2 mg/kg cada 3 semanas.

El objetivo es describir nuestra población diana, analizar eficacia y seguridad a DF e identificar si existe asociación entre el grado sobredosificación (GS) de pembrolizumab a DF y toxicidad.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo de todos los pacientes con CPNM tratados con pembrolizumab a DF de mayo/2018-diciembre/2022 en las Gerencias de Atención Integrada de una provincia. Variables descriptivas: esquema terapéutico, sexo, edad, hábito tabáquico, histología, ECOG, peso corporal, % sobredosificación, GS si $\leq 50\%$ vs $\geq 51\%$ y nº ciclos recibidos. Variables analíticas: efectividad mediante el cálculo de la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG); toxicidad mediante registro de los efectos adversos (EA) según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v5.0) y suspensiones de tratamiento (ST). El análisis estadístico realizado con el programa SPSS Statistics® v23: supervivencia mediante Kaplan-Meier; análisis inferencial mediante Chi-Cuadrado (X^2), V-Cramér (V) y Odds-ratio (OR).

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes tratados con pembrolizumab-DF en monoterapia y en primera línea de tratamiento con el fin de no enmascarar los EA asociados a quimioterapia:

- El 90,9% (n=30) fueron hombres, con una $X=67,7$ años. El 42,4% (n=14) fumadores activos, 48,5% (n=16) exfumadores y 9,1% (n=3) no fumadores. El 48,5% (n=16) histología tipo epidermoide, el 45,5% (n=15) histología tipo adenocarcinoma y el 6,0% (n=2) indiferenciados. Presentaban un ECOG=0 el 12,1% (n=4), ECOG=1 el 60,6% (n=20) y ECOG ≥ 2 el 27,3% (n=9). El peso $X=70,5$ kg (equivalente a recibir $X=141$ mg/ciclo y una $X=46,4\%$ de sobredosificación respecto a la DF). Ciclos recibidos $X=7,9$.

Resultados en supervivencia:

- Mediana SLP 20 semanas [IC95% 3,1–36,9]; SLP 6 vs 12 meses 45,5% vs 33,3%.
- Mediana SG 53 semanas [IC95% 37,3–68,7]; SG 6 vs 12 meses 69,7% vs 51,5%.

Resultados en toxicidad:

- EA: 57,8% (n=19): G1=1, G2=16, G3=10 y G5=4.
- ST por toxicidad: 24,2% (n=8).
- Toxicidad directamente inmunomediada: 18,2% (n=6): neumonitis=2, hepatitis, diabetes, penfingoide y anemia hemolítica.
- Exitus letalis por toxicidad en n=1 paciente.
- GS-toxicidad: $V=0,2$ ($p=0,7$).
- GS-exitus si $\geq 51\%$: $X^2=7,8$ ($p=0,02$).
- No ST-exitus: $X^2=5,7$ ($p=0,02$); OR=17,5 [IC95% 1,7 – 180].

CONCLUSIONES

- Nuestros datos de efectividad son inferiores al estudio pivotal KEYNOTE-024 (SLP 6 vs 12 meses 62,1% vs 47,0%, y SG 80,2% y 69,9%, respectivamente). Esto puede asociarse a que respecto a la seguridad (KEYNOTE-024: EA en 73,4%, interrupción 7,1%), nuestros EA y tasas de discontinuación fueron muy superiores.
- A falta de mayor robustez en el estudio, se identificaron las siguientes asociaciones: una leve asociación no estadísticamente-significativa entre el GS-toxicidad asociada ($V=0,2$; $p=0,7$) y dos estadísticamente-significativas entre GS-exitus ($X^2=7,8$; $p=0,02$) y No ST-exitus ($X^2=5,7$; $p=0,02$; OR=17,5 [IC95% 1,7 – 180]).

CONFLICTO DE INTERESES: No.

[\(Enlace al póster\)](#)

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ESTÁNDAR: ¿ES HORA DE CAMBIAR?

*Sánchez Cadena AD, Palacios Moya E, Anguila Montenegro B, Pérez Serrano R
Hospital General Universitario de Ciudad Real*

OBJETIVOS

Objetivo principal: analizar la repercusión de estar colonizado por microorganismos productores de carbapenemasas (MPC) en pacientes intervenidos quirúrgicamente que manifestaron signos de infección por dichos colonizantes en el postoperatorio y necesitaron tratamiento con ceftazidima-avibactam.

Objetivo secundario: evaluar la efectividad del tratamiento con ceftazidima-avibactam.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal y observacional. Incluyó pacientes quirúrgicos colonizados por MPC cuyos screenings de colonización se extraen rutinariamente en reanimación en el postoperatorio, que manifestaron clínica infecciosa por dichos colonizantes y fueron tratados con ceftazidima-avibactam (septiembre de 2019 a junio de 2022).

Criterios de exclusión: pacientes tratados con ceftazidima-avibactam de forma empírica y aquellos que nunca presentaron un screening positivo para un MPC.

Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba estadística Chi² considerando la significación estadística un valor de $p < 0,05$.

-Variables: edad, sexo, tipo de herida quirúrgica (HQx) clasificada en limpia, limpia-contaminada, contaminada, sucia-infectada, estancia en reanimación(días), tratamiento con ceftazidima-avibactam(días), días antibioterapia total recibida (todos los antibióticos recibidos reanimación + planta), tiempo desde intervención quirúrgica (IQx) hasta solicitud screening , tiempo desde IQx hasta screening positivo, aislamiento en hemocultivos de microorganismo colonizador y/u otros cultivos, negativización del screening y exitus.

RESULTADOS

se incluyeron 16 pacientes, edad media 68 años, 75% hombres, 31,25% limpia-contaminada, 6,25% contaminada, 62,5% sucia-infectada, estancia media de 32 días, la media de días de ceftazidima-avibactam fue de 11,37, la media de días de antibioterapia total recibida fue de 57, la media de días desde la IQx hasta la solicitud del screening fue de 6,5, 25% de pacientes presentaron screening positivo dentro de los 7 días postIQx, 37,5% se aislaron en hemocultivos y en otros cultivos el 62,5%, 43,75 % negativizaron el screening y 43,75% exitus. Se comparó: hemocultivos positivos vs exitus, HQx vs aislamiento en hemocultivos y negativización de screenings vs exitus. No se obtuvo significación estadística en ninguna de las variables comparadas excepto que de 7 pacientes que negativizaron el screening sólo 1 fue éxitus ($p=0,036$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observó una mortalidad de casi el 45%, si bien es cierto que es difícil asignar esa mortalidad a la condición de presentar un screening positivo para un MPC, haber aislado posteriormente dichos MPC en otros cultivos como hemocultivos, sumado al desarrollo de clínica infecciosa que condicionó el inicio de tratamiento antibiótico dirigido con ceftazidima-avibactam, podría considerarse como factor determinante en el desenlace de exitus. Además, el grupo de pacientes que negativizó el screening presentó una menor mortalidad, resultando en una $p= 0,036$. El tratamiento con ceftazidima-avibactam consiguió una tasa de negativización del 43,5%. El 25% de pacientes resultaron con screening positivo en menos de 7 días desde la IQx por lo que podrían haber estado colonizados antes de dicha IQx.

Asumiendo como principal limitación en nuestro estudio la reducida cohorte de pacientes reclutados: ¿estaría justificado realizar un screening de colonización por multirresistentes previo a IQx ? Ventajas: evitar propagación de multirresistentes en reanimación, orientar de antemano el tratamiento antibiótico empírico, posibilidad de dirigir la profilaxis antibiótica prequirúrgica a ese multirresistente o incluso plantear una de-colonización previa a la IQx.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ADECUACION A UN PROTOCOLO DE USO DE FÁRMACOS ANTI-C5 EN SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO Y ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD.

Salinas Muñoz, TE. Notario Don Gil, C. González Escribano, MC. Moreno Perulero ML, Saiz Molina, JJ. Alañón Pardo, MM. Hospital La Mancha Centro Ciudad Real.

OBJETIVO:

Determinar la adecuación a un protocolo de uso de fármacos anti-C5 en pacientes con síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) así como su efectividad.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de un periodo de 12 meses de seguimiento (01/02/2022-01/02/2023). Para la elaboración del protocolo se incluyeron los siguientes aspectos: criterios de inicio, seguimiento y retirada. Para los inicios de tratamiento, los pacientes debían presentar diagnóstico por exclusión descartando el déficit de ADAMS13 e infección por *Escherichia coli* productora de toxina siga y presencia de la triada clásica (trombocitopenia, insuficiencia renal, anemia hemolítica microangiopática (MAT)). La solicitud de alteraciones de la regulación del complemento se realizaba previo al inicio de tratamiento.

Para aquellos pacientes no vacunados frente a *Neisseria meningitidis* (NM), se establecieron unas pautas de profilaxis antibiótica.

Se incluyeron todos aquellos pacientes en tratamiento con fármacos anti-C5 en el contexto de SHUa.

Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, creatinina, indicación, plaquetopenia, hemoglobina, anemia, presencia de esquistocitos, haptoglobina, tipo de fármaco, nivel de ADAMS13, vacunación frente a NM, profilaxis antibiótica, retirada de tratamiento, exitus.

La respuesta al tratamiento se determinó con la normalización hematológica, cambio en el recuento de plaquetas, estado libre de MAT y cambios en la función renal.

Los datos fueron recolectados de la historia clínica (Mambrino XXI®) y el módulo de pacientes ambulantes de Farmatools®

RESULTADOS:

Un total de 5 pacientes fueron analizados, al 100% se le administró eculizumab. 4 de ellos fueron mujeres. La mediana de edad fue de 48 años (31-65). El 100% de los pacientes presentaba trombocitopenia, anemia hemolítica, niveles indetectables de haptoglobina y esquistocitosis al inicio del tratamiento.

4 de los pacientes fueron tratados por primer episodio de SHUa. 1 se trató como profilaxis en trasplante y presencia de variante genética del factor H.

El 60% de las personas tratadas tenían la pauta completa de vacunación para NM, el 40% recibió profilaxis antibiótica al momento de la administración.

En cuanto a la respuesta, el 40% recuperó parámetros hematológicos, sin normalización de los niveles de creatinina. El 20% recuperó parámetros hematológicos y la función renal. En el paciente en profilaxis, no se tuvieron en cuenta estos parámetros; El resultado de un paciente fue de éxitus.

CONCLUSIONES:

El 100% de los pacientes se adecuaron al protocolo de uso.

1 paciente refirió una completa recuperación de la función renal y normalización de los valores analíticos, lo que llevó a la suspensión del fármaco.

Es importante el papel del farmacéutico de hospital en la elaboración de protocolos de fármacos de alto impacto económico para un correcto abordaje del tratamiento, maximizando la eficiencia en el manejo de esta patología.

CONFLICTO DE INTERESES: No

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA EN UN HOSPITAL GENERAL, ¿SE ADECUAN A LAS NUEVAS CONDICIONES DE USO?

ALONSO SALMERÓN, FERNANDO. DE LA CALLE RIAGUAS, BEATRIZ. JULIÁ LUNA, FRANCISCO JAVIER. CRIADO RUBIO, BLAS. LOIZAGA CELADA, ALMUDENA. BERROCAL JAVATO, MARIA ANTONIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TOLEDO)

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de utilización de los inhibidores selectivos del cotransportador sodio-glucosa (iSGLT2) en un Área de Salud, en base a las nuevas indicaciones aprobadas para este grupo: insuficiencia cardíaca crónica sintomática (ICCs) y enfermedad renal crónica (ERC) y valorar su adecuación al aclaramiento de creatinina (CICr) de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo en un hospital general (febrero-abril 2022) en pacientes en tratamiento con iSGLT2. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, médico prescriptor [médico de atención primaria (MAP), especialista], tipo de iSGLT2 (dapaglifozina, empaglifozina, canaglifozina) e indicación (DM2 no controlada, ICCs y ERC) y función renal del paciente.

Para evaluar la adecuación de la prescripción médica de los iSGLT2 se compararon las indicaciones y las pautas con las recomendadas en ficha técnica (FT) según la edad y CICr del paciente.

La función renal se clasificó según el CICr en: normal (≥ 90 ml/min), insuficiencia renal leve (60-89 ml/min), moderada (30-59 ml/min), grave (15-29 ml/min) y muy grave (< 15 ml/min).

El cálculo de CICr se realizó mediante la calculadora de la Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO). Los datos se obtuvieron del módulo de Unidosis de Farmatools e historia clínica electrónica y fueron recogidos en una tabla Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 30 pacientes (66,7% hombres) con edad media de 68,56 (rango 45-94) años. El 53,3% (16) eran mayores de 65 años.

El 60% (18) de los médicos prescriptores eran especialistas, siendo el 38,9% (7) cardiólogos, el 27,8% (5) endocrinos, el 27,8% (5) internistas y el 5,5% (1) nefrólogos. El 100% (11) de prescripciones con las nuevas indicaciones fueron pautadas por especialistas.

El 50% (15) tenían prescrita dapaglifozina, el 46,7% (14) empaglifozina y el 3,3% (1) canaglifozina.

El 53,3% (16) de las indicaciones fueron DM2 no controlada, el 43,3% (13) ICCs y el 3,3% (1) ERC. Por tanto, el 46,7% (14) fueron indicaciones de reciente incorporación.

De las indicaciones de dapaglifozina, el 53,3% (8) fueron DM2 no controlada, el 40% (6) ICCs y 6,7% (1) ERC. De las de empaglifozina, el 42,9% (6) DM2 no controlada y 57,1% (8) ICCs. La indicación de canaglifozina fue en DM2 no controlada.

El 100% (30) de las prescripciones se ajustaban a lo indicado en las FT.

El 23,3% (7) de los pacientes requirieron de ajuste posológico dado su CICr, realizándose correctamente en el 85,7% (6), mientras que el 14,3% (1) mantuvo una pauta que no se ajustaba a lo referido en las FT.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, muestran que las prescripciones para nuevas indicaciones de los iSGLT2 son casi equiparables a las de DM2 no controlada. El principal iSGLT2 prescrito fue dapaglifozina. La prescripción médica de iSGLT2 se adecuó a la recomendada en FT según edad y CICr del paciente en la mayoría de los casos. Sin embargo, debemos tener la vista fijada en estos fármacos, ya que posiblemente experimenten un aumento en la prescripción y uso de los mismos.

No existe conflicto de intereses

[\(Enlace al póster\)](#)

ACTUACIÓN FARMACÉUTICA ANTE UNA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO

Tébar Martínez E., Lerma Gaudé V. Complejo Hospitalario Universitario Albacete.

OBJETIVOS.

Describir la actuación realizada desde una unidad de atención farmacéutica de pacientes externos ante una nota de seguridad de la Agencia Española del Medicamento relacionada con ibrutinib.

MÉTODOS.

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han sido tratados con ibrutinib entre enero 2016 y octubre 2022 en un hospital de tercer nivel.

Se recibió en noviembre del 2022 la nota de seguridad a través del correo corporativo, en la que se expone que los pacientes de edad avanzada y/o con comorbilidades cardíacas tienen mayor riesgo de padecer reacciones adversas cardíacas (RAC) durante el tratamiento con ibrutinib, que fue reenviada a los médicos prescriptores implicados (servicio de hematología). Posteriormente, se identificaron los pacientes vivos en tratamiento con ibrutinib durante ese periodo a través del módulo de pacientes externos de la aplicación informática Farmatools. De estos, se seleccionaron aquellos cuya edad a fecha del estudio era mayor o igual a 65 años, padecían algún tipo de antecedente personal cardíaco (APC) o presentaron alguna RAC. A continuación, se registraron en una hoja Excel las siguientes variables extraídas de la historia clínica informatizada Mambrino XXI: número de historia clínica, fecha de nacimiento, sexo, APC y RAC durante el tratamiento, dosis inicial, fecha de RAC, tiempo hasta la RAC, dosis post-RAC y dosis actual.

Se dividió a los pacientes en tres grupos diferentes: aquellos que presentaron RAC (grupo 1), aquellos con edad de 65 o más años y/o APC (grupo 2) y aquellos que no presentaron RAC, menores de 65 y sin APC (grupo 3).

RESULTADOS.

De los 42 pacientes, se identificó un 83% (35) de pacientes susceptibles de recomendación que se dividieron entre los grupos 1 y 2, siendo de estos un 43% (15) mujeres y 57% (20) hombres. El 100% (35) tenían 65 o más años y un 37% (13) padecían algún tipo de APC.

En el grupo 1 se incluyó al 17% (7) de los pacientes, de los cuales 6 actualmente no continúan con el tratamiento, y 1 de ellos cumple con el ajuste de dosis sugerido en la nota.

En el grupo 2 se incluyó al 66% (28) de los pacientes para los que la nota recomienda una vigilancia estrecha de la función cardíaca.

En el grupo 3 se incluyó al 17% de los pacientes (7) para los que la nota determina no ser necesario realizar ningún tipo de recomendación.

CONCLUSIONES.

La gran parte de los pacientes estudiados en tratamiento con ibrutinib son de edad avanzada y presentan algún tipo de comorbilidad cardíaca y, por tanto, precisan una vigilancia estrecha de la posible aparición de RAC. En base a los datos recogidos y analizados, no fue preciso realizar recomendaciones a los médicos prescriptores, ya que se cumplían lo establecido en la nota de seguridad. No obstante, es importante seguir realizando este tipo de actuaciones para garantizar la minimización de riesgos en el uso de fármacos.

No existen conflictos de intereses.

INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO INTEGRADO EN EL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ALONSO SALMERÓN, FERNANDO. DE LA CALLE RIAGUAS, BEATRIZ. JULIÁ LUNA, FRANCISCO JAVIER. CRIADO RUBIO, BLAS. LOIZAGA CELADA, ALMUDENA. GARCÍA ESTEBAN, BEATRIZ. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TOLEDO)

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en los diferentes servicios hospitalarios desde la creación de un PROA institucional y evaluar el grado de aceptación de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo de las intervenciones realizadas por el farmacéutico integrado en un equipo PROA de un hospital general (enero 2022 - agosto 2022). Se recogieron todas las IF realizadas sobre la prescripción de antimicrobianos.

Las variables recogidas fueron: número de intervenciones realizadas, servicio hospitalario, grupo terapéutico y antibiótico implicado, tipo de intervención y grado de aceptación. Los tipos de intervenciones se clasificaron en: cambio de antibiótico, suspensión del tratamiento, optimización de dosis (ajuste por obesidad, insuficiencia hepática o renal), modificación de la frecuencia, modificación de la vía de administración, monitorización farmacoterapéutica y otros tipos de intervenciones.

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

RESULTADOS

Se registraron un total de 280 intervenciones. Los servicios a los que se les realizó un mayor número de recomendaciones fueron medicina interna con 113(40,4%) intervenciones, cirugía general con 41 (14,7%), cirugía vascular con 33 (11,8%), traumatología con 17 (6,1%), digestivo con 16 (5,7%) y urología con 16 (5,7%).

El grupo ATC de los antimicrobianos sobre los que se intervino fue: J01 antibacterianos para uso sistémico (90,7%), seguido de J02 antimicóticos para uso sistémico (6,1%) y J05 antivirales de uso sistémico (3,2%). Dentro del grupo J01, las clases de antibacterianos sobre los que más se intervino fueron: betalactámicos (39,8%), quinolonas (23,6%), oxazolidinonas (7,9%) y macrólidos (4,3%). Por antibacterianos: levofloxacino (19,3%), amoxicilina/clavulánico (17,7%), piperacilina/tazobactam (5,5%), ciprofloxacino (4,3%) y cefditoreno (3,9%).

Se aceptaron 210 intervenciones (74,7%): 116 intervenciones relacionadas con la dosis, de las cuales se aceptaron 92(79,3%); 57 relacionadas con la suspensión del tratamiento, de las que se aceptaron 43 (75,4%); 41 con la monitorización farmacoterapéutica, de las que se aceptaron 27 (65,9%); 22 con modificación de la frecuencia, de las que se aceptaron 18(81,8%); 21 con la vía de administración, de las que se aceptaron 14 (66,7%); 12 con el cambio de tratamiento, de las que se aceptaron 9 (75%) y 11 otros tipos de intervenciones, de las que se aceptaron 7 (63,6%).

CONCLUSIONES

Las intervenciones más frecuentes estuvieron relacionadas con la optimización de la dosis por obesidad, insuficiencia hepática o renal y con la suspensión del tratamiento. El grado de aceptación de las recomendaciones fue elevado (75%) lo que apoya la integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar con el fin de optimizar la antibioterapia en los pacientes hospitalizados.

Conflicto de intereses: no.

[\(Enlace al póster\)](#)

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE Y EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE FIDAXOMICINA

Jiménez Méndez C., Blázquez Romero C., Toledo Davia M.A., Torralba Fernández L., Prieto Galindo R., Moya Gómez P. Hospital Universitario de Toledo. Toledo

ANTECEDENTES E IMPORTANCIA

La infección por *Clostridioides difficile* (*C.difficile*) constituye la primera causa de diarrea nosocomial en nuestro medio. La utilización de fidaxomicina constituye una de las alternativas terapéuticas más interesantes con el fin de evitar episodios de recurrencias en pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar si en pacientes con infección por *C.difficile* el tratamiento con fidaxomicina evita las recurrencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de 6 meses de duración (Noviembre 2021–Mayo 2022) en el que se registraron todos los pacientes hospitalizados con una prescripción para el tratamiento de la infección por *C.difficile*.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de episodio, tratamiento prescrito y tipología del episodio y recurrencias.

Para ello se utilizó el programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y la historia clínica informatizada (Mambrino-XXI®). Los datos se trataron en una hoja Excel®, y se utilizó el programa estadístico STATA-MP-16.0 para los resultados.

RESULTADOS

Se analizaron 81 pacientes, 44 mujeres (54,32%). La mediana de edad fue de 71 años (RIQ=65-79). En total se registraron 155 episodios, lo que supone 1,91 episodios/paciente. La distribución según la tipología del episodio fue: 59,73% primer episodio (N=93), 18,12% primera recidiva (N=28), 14,77% recaída (N=23), 4,03% primer episodio fulminante (N=6) y 3,36% segunda recidiva (N=5).

Del total de los episodios, la vancomicina se utilizó en 86 ocasiones (55,48%), seguida de fidaxomicina en 30 (19,35%), vancomicina pulsada 21 (13,55%), metronidazol 12 (7,74%), vancomicina + metronidazol 3 (1,94%), vancomicina rectal 2 (1,29%), y Bezlotoxumab 1 (0,65%).

Del total de pacientes tratados con fidaxomicina, el 35,7% (5) fue en primera recidiva, el 28,6% (4) en recaída, 21,4% (3) en primer episodio y 14,3% (2) en segunda recidiva. Se registraron 5 pacientes que tras el tratamiento con fidaxomicina tuvieron un episodio posterior por *C.difficile*. En 4 (28,6%) pacientes no se pudo evaluar la efectividad del tratamiento por éxitus.

CONCLUSIONES

La fidaxomicina se utilizó principalmente para tratar episodios de primera recidiva, observándose una tasa de recurrencia en estos pacientes de menos del 40%.

La principal limitación del estudio es el reducido número de pacientes, por lo que serán necesarios más estudios para poder evaluar la efectividad de la fidaxomicina en cuanto a evitar recurrencias.

No existe conflicto de intereses.

ANTICUERPOS MONOCLONALES FRENTE AL SARS-COV-2 EN TRASPLANTADOS RENALES: ¿REDUCEN LA MORTALIDAD?

Luque Jiménez M¹, Pérez Serrano R¹, Anguita Montenegro B¹, Porras Leal ML², Romera García JM¹, González Gasca FJ¹. ¹Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVO

La aparición de fármacos frente al COVID-19, como sotrovimab (STR) y casirivimab/imdevimab (CI), son una nueva opción terapéutica para pacientes con factores de riesgos de mala evolución como es el caso de los trasplantados renales.

El objetivo principal fue comparar la mortalidad en este tipo de pacientes que recibieron estos fármacos frente a un grupo control (GC). Además de describir la población según sus FR y otros tratamientos recibidos, así como la efectividad de estos nuevos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Criterio de inclusión en ambos grupos: pacientes con trasplante renal e infección por SARS-COV2. Incluyendo en el grupo tratamiento (GT), aquellos que habían recibido STR o CI. El periodo de estudio fue para GC marzo-mayo 2021 y GT enero-mayo 2022.

Se recogieron las variables: fármacos anti-COVID19, FR y la puntuación en escalas de riesgo específicas como MASS score y SEIMC score. Además de la efectividad de STR/CI, considerando efectivo si no fallecían los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes (GC:13 y GT:5), mediana de edad GC 64.54±10.697 vs 62±7.517 en el GT (p=0.636). El 100% de ambos grupos presentaban FR asociados, la mediana fue de 4 [2-5] en GC vs 5 [3-5] GT (p=0.134).

Los FR presentando en GC y GT, respectivamente fueron, mayores de 65 años 61.5%vs55.6% (p=0.410), diabetes mellitus 25.4%vs39.9% (p=0.261), hipertensión arterial 84.6%vs100% (p=0.457), enfermedad respiratoria crónica 0%vs40% (p=0.016), obesidad 15.38%vs20% (p=0.814), enfermedad cardiológica 7.6%vs0% (p=0.523), cáncer 15.38%vs40% (p=0.352), accidente cerebrovascular 23.07%vs20% (p=0.888) y enfermedad hepática 16.4%vs0% (p=0.352)

La puntuación media en la MASS score en el GC fue de 9.23 (IC95%: 8.21-10.25) vs 9.8 (IC95%:7.58-12.02) en el GT (p=0.537), el 76.92% y 80% en el GC y GT, respectivamente, presentaba riesgo alto de mala evolución. La puntuación media de la SEIMC score en el GC fue 10.85 (IC95%8.48-13.21) vs 8.40 (IC95%: 6.32-10.48) (P=0.083), el 100% en ambos grupos presentaban riesgo alto o muy alto de fallecer

En el GC, 61.54% recibió azitromicina, 38.46% lopinavir/ritonavir, 7.69% INF-gamma, 7.69% inmunoglobulinas y ningún paciente tocilizumab ni anakinra. En el GT el 100% recibió STR y ningún paciente recibió otro tratamiento anti-covid.

La mortalidad fue del 38.5% en el GC frente al 0% en el GT (p=0.103).

CONCLUSIÓN

Se trata de dos grupos comparables entre sí, sin diferencias estadísticas (a excepción de la enfermedad respiratoria crónica, a favor del GT) pero con limitaciones metodológicas importantes como el tamaño de la muestra, época de pandemia distintas, diferentes variantes del virus, estado vacunal y las estrategias terapéuticas utilizadas, hacen difícil establecer una comparación directa entre ambos grupos y por tanto, obtener conclusiones definitivas.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, no observamos ninguna muerte en el GT, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes que recibieron SRT. Aunque habrá que esperar a estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos buenos datos y establecer su beneficio clínico.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

SÍNDROME DE FUGA CAPILAR SISTÉMICO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martínez Azor A, Domingo Chiva E, Alabort Ayllon H, Collado Sanz JM. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS

El síndrome de fuga capilar sistémico crónico (SFCS) es una enfermedad grave y poco frecuente, con menos de 150 casos descritos en la actualidad, caracterizada por hipoalbuminemia, hipotensión y edema. El objetivo del presente trabajo es describir el caso clínico y abordaje terapéutico de un paciente diagnosticado de SFCS, así como el papel del farmacéutico en la validación y gestión del tratamiento.

MÉTODOS

La información clínica se obtuvo a través de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®, la prescripción farmacológica en Farmatools Dominion® y de los pases de visita realizados con el equipo multidisciplinar de atención al paciente crítico en la Unidad Cuidado Intensivos (UCI).

RESULTADOS

Mujer de 20 años que acude hasta 6 veces al Servicio de Urgencias por edema facial de 25 días de evolución. Ingres a cargo del Servicio de Medicina Interna con los siguientes síntomas: edema generalizado, aumento de peso involuntario, disnea de mínimos esfuerzos y anasarca, presentando durante el ingreso derrame pleuropericárdico que precisó pericardiocentesis e ingreso en UCI. Se diagnosticó de SFCS por exclusión y el tratamiento consistió en: Inmunoglobulinas 1mg/kg durante dos días, teofilina en perfusión intravenosa y posteriormente vía oral ajustada según niveles plasmáticos y terbutalina solución oral 5mg cada 8horas durante 14días, con mejoría de los síntomas. A los días, reaparece derrame pericárdico y se mantienen presentes elevación del hematocrito, hipoalbuminemia e hipoproteinemia. Ante este caso refractario, y revisando la bibliografía publicada sobre series de casos se decidió volver pautar teofilina y terbutalina de manera crónica puesto que se había observado mejoría de los síntomas con el primer ciclo de tratamiento, inmunoglobulinas mensuales, sin observar mejoría desde el segundo ciclo, por lo que decidió suspender, y dosis aisladas de Infliximab (7mg/kg) y Bevacizumab 5mg/Kg sin evidenciar mejoría con ninguno de ellos. Todos los tratamientos se tramitaron como medicamentos en situaciones especiales (MSE).

Al tratarse de un caso crónico y de enfoque multidisciplinar, el Servicio de Nefrología planteó iniciar diálisis peritoneal (DP) para eliminar la sobrecarga de volumen y optimizar el volumen de distribución, consiguiendo así una adecuada eficacia terapéutica.

En la actualidad la paciente continúa ingresada en UCI y mantiene tratamiento con DP, teofilina y terbutalina permaneciendo con los síntomas controlados.

CONCLUSIONES

El SFCS es una enfermedad grave y poco frecuente en la cual es muy limitada la evidencia publicada sobre su manejo terapéutico. La inclusión del farmacéutico de forma activa dentro del equipo clínico multidisciplinar encargado del manejo y seguimiento de los pacientes críticos es muy importante a la hora de la validación y adecuación de las prescripciones, aportando información a facultativos y pacientes, proporcionando evidencias de calidad en la indicación solicitada, así como en el establecimiento de un circuito ágil y rápido de las solicitudes de utilización de medicamentos utilizados en condiciones diferentes a las autorizadas, tramitados como MSE; además de la realización de seguimiento terapéutico del paciente, centrado principalmente en los aspectos de farmacovigilancia.

Conflictos intereses: ninguno

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

Tardáguila Molina, P¹; Carrasco Corral, T¹; Heras Hidalgo, I¹; Gavilan Gigosos, H¹; Pro Jimenez, FJ²; Martín Alcalde, E¹. ¹ Servicio de Farmacia, ² Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Guadalajara.

OBJETIVOS

- Analizar episodios de infección por Clostridium difficile (ICD) y tratamientos utilizados.
- Determinar grado de adecuación al protocolo vigente en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo desde enero a diciembre de 2022 realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes con positividad para toxinas A y/o B de C.difficile en heces. Variables analizadas: edad, sexo, duración de ingreso hospitalario, episodio de ICD, factores de riesgo, severidad ICD (no severa: leucocitosis <15 000 cel/ml + Cr<1,5 mg/dL; severa: Leucocitosis >15 000 cel/ml ó Cr>1,5 mg/dL; fulminante: hipotensión o shock, íleo o megacolon), tratamiento, antibioterapia concomitante y adecuación a protocolo.

Se revisaron las historias clínicas a través de los programas Mambrino XXI® y Farmatools®

RESULTADOS

Se incluyeron 120 pacientes. 53% hombres, mediana de edad: 76 años (RIC:62-86), 20% institucionalizados. Se analizaron 154 episodios de ICD. Mediana de días de hospitalización: 12 (RIC:6-23), el 21% no precisó hospitalización. 16 pacientes fallecieron durante el ingreso aunque ICD no fue su causa.

Factores de riesgo: Uso antibioterapia tres meses previos (88%), el 37% estuvo en tratamiento con quinolona, el 36% con cefalosporinas, el 67% con penicilina y/o carbapenem y el 28% con otros antibióticos (linezolid, fosfomicina, vancomicina...). Enfermedad oncohematológica (30%); inmunosupresión (26%); otros factores riesgo (77%): tratamiento con IBP, enfermedad inflamatoria intestinal, nutrición enteral por sonda nasogástrica, ingreso en UCI.

Episodios:

- Primer episodio ICD (74%): 60% no severa, 37% severa y 3% infección fulminante. El 92% recibió tratamiento con vancomicina oral a dosis estándar (VODE) (125 mg/6h 10-14 días); 4% metronidazol; 3% fidaxomicina y 1% rifaximina. El 47% recibió tratamiento antibiótico para otras infecciones concomitante (TABC)
- Primera recurrencia (1R) (21%): 60% no severa y 40% severa.
- De los tratados en el episodio inicial con VODE, el 27% sufrió 1R. De los tratados con metronidazol el 20% y un 33% de los tratados con fidaxomicina
- Tratamiento 1R: 41% recibió vancomicina oral a pulsos (pauta extendida) (VOP), el 29% fidaxomicina, el 21% volvió a ser tratado con VODE, el 9% falleció antes de recibir tratamiento. En el 40% de los pacientes se prescribió TABC.
- Segunda o sucesivas recurrencias (≥2R) (5%): 71% no severas y el 29% severas.
- De los pacientes tratados en 1R con VODE el 29% sufrió 2º recurrencia. De los tratados con fidaxomicina el 33% y de los tratados con VOP un 15%.

Tratamiento de ≥2R: 58% recibió VOP, el 14% fidaxomicina, el 14% VODE más bezlotoxumab y el 14% falleció antes de recibir tratamiento. Durante el tratamiento de (≥2R) a ningún paciente se prescribió TABC. El grado de adecuación al protocolo del hospital fue del 88%.

CONCLUSIONES.

El porcentaje de 1R es similar al descrito en las diferentes guías de tratamiento de ICD.

Los pacientes que han sido tratados durante la 1R con VOP presentan menor porcentaje de recurrencias que los tratados con fidaxomicina y con VODE, aunque en este último caso, no se adaptaban a las recomendaciones del protocolo.

En un elevado porcentaje de episodios, el tratamiento se ha adecuado a las recomendaciones del protocolo actual del hospital.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

ESTADO DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA-LA MANCHA

Collado Sanz, JM., Aldaz Francés, R., Domingo Chiva, E., García Gómez, C., Valladolid Walsh, A., Martínez Azor, A. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Albacete.

OBJETIVOS

Conocer el estado de implantación actual de los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en los diferentes hospitales de Castilla-La Mancha (CLM), y el papel del farmacéutico dentro de estos equipos, de forma que se conozca la actividad que realizan para poder plantear opciones de mejora.

MÉTODOS

Se diseñó una encuesta en Google Forms y se distribuyó a través del correo electrónico corporativo a los jefes de Servicio de Farmacia (SF) de todos los hospitales de CLM. Esta encuesta constó de las siguientes 12 preguntas:

1. ¿A qué hospital perteneces?
2. ¿Su hospital cuenta con PROA?
3. ¿Participa el SF en su PROA?
4. ¿Qué otros servicios acuden habitualmente a las reuniones del PROA?
5. ¿Desde qué fecha está implementado el PROA en su hospital?
6. ¿Realizan las reuniones de forma telemática o presencial?
7. ¿Con qué frecuencia se reúne el PROA?
8. ¿Qué duración aproximada suelen tener las reuniones?
9. ¿Qué antimicrobianos revisa el PROA?
10. ¿Se recogen indicadores de actividad PROA?
11. ¿Con qué frecuencia son aceptadas las recomendaciones del PROA?
12. Si la respuesta 2 ha sido afirmativa, ¿qué papel desempeña habitualmente el farmacéutico en el PROA?

RESULTADOS

Se recibió respuesta de los 14 hospitales de CLM. Las respuestas fueron:

1. No aplica.
2. Sí 93%, no 7%.
3. Si 100%.
4. Microbiología 85%, Medicina Interna/Infecciosas 100%, UCI 62%, Anestesia 15%, Pediatría 8%, Hematología 8%, Preventiva 46%, Especialidades quirúrgicas 23%.
5. Desconocido 8%, 2014 8%, 2017 15%, 2018 8%, 2019 8%, 2020 15%, 2021 15%, 2022 8%.
6. Telemática 23%, presencial 77%.
7. Diariamente 33%, cada 2 días 17%, semanal 17%, quincenal 8%, mensual 25%.
8. Menos de 15 min 25%, de 15 a 45 min 75%.
9. Carbapenémicos 92%, nuevos antibióticos 92%, antifúngicos 54%, antivirales 23%.
10. Sí 85%, no 15%.
11. Desconocida 31%, 26-50% 8%, 51-75% 31%, 75-100% 31%.
12. Respecto a ésta, se obtuvo gran variedad de funciones: algunas de las cuales fueron: Selección de pacientes, adecuación de posología, ajuste por función renal, peso o técnicas de depuración extracorpóreas, duración del tratamiento, optimización del modo de administración, asesoramiento del equipo, propuesta de tratamiento, gestión de los medicamentos, evaluación de la toxicidad, monitorización, terapia secuencial, desescalado, elaboración de guías de administración, monitorización de consumos y gasto, formación, revisión de la historia clínica, revisión de interacciones, registro de acciones, registro de indicadores y explotación de los datos.

CONCLUSIONES

El grado de implementación del PROA en CLM es en general elevado, si bien el próximo reto es su certificación en cada centro. La forma de llevar a cabo la actividad es muy heterogénea, con diferente integración de los servicios, frecuencia de reuniones, antimicrobianos revisados, registro de indicadores y tasa de aceptación de las recomendaciones. El farmacéutico forma parte fundamental del equipo PROA, desempeñando una amplia variedad de funciones dentro del mismo. El presente trabajo puede servir a otros compañeros como referencia de ideas para desarrollar mejoras en sus respectivos equipos PROA o incentivar su implantación definitiva en aquellos centros que no dispongan de PROA.

Conflicto de intereses: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRATADOS CON OCRELIZUMAB

Collado Sanz, JM., Plata Paniagua, S., Tébar Martínez, E., Alabort Ayllón, H., Drozd Vergara, A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

OBJETIVO:

Ocrelizumab es un tratamiento inmunosupresor indicado para pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente y primaria progresiva (EMRR y EMPP) cuya diana es el antígeno CD20 presente en los linfocitos B, mediando su destrucción. Desde la aparición de las vacunas contra el SARS-CoV-2 ha existido cierta preocupación respecto a si éstas mantendrían su eficacia en pacientes tratados con tratamientos depletos de linfocitos B, como es ocrelizumab. El objetivo del presente estudio fue describir la efectividad de la vacunación contra el SARS-CoV-2 en la prevención de la infección por este coronavirus en pacientes tratados con ocrelizumab.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Utilizando la historia clínica digital, se recogieron los siguientes datos de pacientes en tratamiento con ocrelizumab: sexo, edad, número de dosis de ocrelizumab recibidas, número de dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 recibidas (de cualquier laboratorio), pruebas positivas de detección de SARS-CoV-2 posteriores a la vacunación (contando desde la primera dosis) realizadas por profesionales sanitarios (tanto PCR como antigénicas), días transcurridos hasta la negativización de dichas pruebas y necesidad o no de hospitalización a causa de la COVID19.

RESULTADOS:

Se obtuvieron datos de un total de 110 pacientes en tratamiento con ocrelizumab, de los cuales el 51% eran mujeres. La media de edad fue de $43 \pm 11,7$ años. La mediana de dosis recibidas fue de 5 (RIC 3 – 7). El 88% de los pacientes había recibido pauta completa de vacunación (56%, 3 dosis y el 32%, 2 dosis), el 4% recibió 1 sola dosis y el 8%, ninguna dosis. El 18% de los pacientes dieron positivo en algún momento tras la administración de la vacuna. De entre todos los que tuvieron algún test positivo, el 95% tenía pauta completa de vacunación (40%, 3 dosis y el 55%, 2 dosis) y el 5% no había recibido ninguna dosis. La mediana de días transcurridos hasta la negativización de la infección fue de 16,5 días (RIC 4,25 – 39,5). De entre los pacientes que sufrieron la infección, solo 3 (15% de los positivos y el 2,8% del total de pacientes estudiados), requirieron hospitalización a causa de la COVID19, todos ellos con pauta completa de vacunación.

CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados, la vacunación contra el SARS-CoV-2 parece efectiva en la mayoría de los pacientes tratados con ocrelizumab, al menos evitando hospitalización, si bien la cantidad de positivos totales puede ser significativa. Sin embargo, este estudio está limitado al carecer de grupo control con el que comparar la incidencia de la infección. Por otro lado, una mayoría de pacientes con esta enfermedad, sabiendo que están siendo tratados con inmunosupresores, podrían haber extremado otras medidas de prevención más allá de la vacunación (higiene, mascarilla, distancia social...) por lo que puede ser un factor de confusión a la hora de interpretar los datos. Por tanto, si bien este estudio describe la situación adecuadamente, serían necesarios otros estudios controlados para evaluar más eficazmente esta cuestión.

Conflicto de interés: ninguno.

[\(Enlace al póster\)](#)

EFFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES EN INFECCION LEVE/MODERADA POR SARS-CoV-2. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

*Romera García JM¹, Mayo Canalejo B¹, González Gasca FJ², Porras Leal ML², García Pérez AM, Pérez Serrano R¹.
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

¹ Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad en vida real de los pacientes tratados con remdesivir (pauta de 3 días), molnupiravir o nirmatrelvir/ritonavir por COVID-19 leve/moderado en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con infección leve/moderada por SARS-Cov-2 tratados con antivirales entre enero-2022 y enero-2023.

Variables: edad, sexo, días de síntomas pre-tratamiento, servicio prescriptor, tipo de antiviral prescrito, criterio de priorización según "Criterios para valorar la administración de las nuevas alternativas terapéuticas antivirales frente a la infección por SARS-Cov-2 (versión 7)" de la AEMPS, fecha de inicio del tratamiento y hospitalización en los siguientes 30 días por cualquier causa. Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción Farmatools® y de la historia clínica Mambrino XXI®.

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 105 pacientes, con una edad media de 65 años, 51,4% hombres. La mediana de evolución de síntomas pre-tratamiento fue de 2 días (rango 1-7 días). Se prescribió nirmatrelvir/ritonavir al 47,6%, remdesivir al 46,7% y molnupiravir al 5,7%. Servicio prescriptor: Hematología (27,6%), Nefrología (24,8%), Oncología (18,1%), Medicina Interna (15,2%), Urgencias (10,5%) y otros (3,8%).

El 97,1% de los pacientes perteneció al grupo 1 de criterios de alto riesgo (26,5% tratados con quimioterapia mielotóxica; 23,6% trasplantados de órgano sólido; 18,6% tratados con inmunomoduladores biológicos; 14,7% con inmunosupresores; 5,9% onco-hematológicos no citotóxicos con neutropenia o linfopenia; 4,9% inmunodeficiencia primaria; 2,9% con tratamiento sustitutivo renal; 2,9% trasplantados con progenitores hematopoyéticos).

Tras el tratamiento antiviral, el 94,3% de los pacientes no requirió hospitalización en los siguientes 30 días (100% de los tratados con molnupiravir, 98% de nirmatrelvir/ritonavir y 89,8% de remdesivir). Del 5,7% restante, la mitad de los pacientes ingresó por el mismo proceso infeccioso, y la otra mitad por causas distintas a la infección, de los cuales 1 murió durante ese período.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia clínica con el uso de antivirales frente a la infección por SARS-CoV-2 leve/moderada fue principalmente en pacientes del grupo 1 de criterios de alto riesgo, destacando sobre todo onco-hematológicos y trasplantados. El fármaco más prescrito fue nirmatrelvir/ritonavir, teniendo como servicio prescriptor mayoritario Hematología, seguido de Nefrología.

El uso de estos antivirales en la práctica real ha demostrado ser efectiva, con una tasa de hospitalización a los 30 días muy baja, evitando así un posible agravamiento de la infección en pacientes con alto riesgo de hospitalización.

Conflicto de intereses: No

INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN NEUMONITIS ASOCIADA A INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Criado Rubio, B; Lomares Manzano, I; Juliá Luna, FJ; Alonso Salmerón, FJ; Lóizaga Celada, A; Berrocal Javato, MA. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La inmunoterapia con inhibidores de la muerte celular programada 1 (PD-1) y del ligando 1 de muerte celular programada (PD-L1) ha revolucionado en los últimos años la estrategia terapéutica en numerosos tumores. Pese a que en el caso de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) estos tratamientos han logrado aumentar la esperanza de vida, pueden desencadenar eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario, como por ejemplo la neumonitis por inhibidores de punto de control inmunitario (IPCI). La neumonitis es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave del tratamiento con IPCI.

Describir nuestra experiencia clínica en el empleo de inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF- α) en un caso de neumonitis asociada a IPCI en un paciente de 72 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de un caso descriptivo y retrospectivo. Se utilizó la historia clínica electrónica para recoger los siguientes datos: contexto clínico basal del paciente, comorbilidades, tratamiento y evolución clínica.

RESULTADOS

Varón de 72 años con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes. Es diagnosticado de CPNM, adenocarcinoma estadio IIIB. La expresión de PD-L1 tumoral fue del 95%. Inicia tratamiento con radioterapia neoadyuvante y pembrolizumab a dosis de 200 mg cada 21 días un total de 10 ciclos. El paciente acude a urgencias objetivando disnea refractaria al tratamiento broncodilatador e insuficiencia respiratoria no hipercápnica. Presenta resultados negativos en los cultivos microbiológicos y el lavado broncoalveolar. En la radiografía de tórax se observan infiltrados inflamatorios difusos y fibrosis pulmonar. Se diagnostica de una neumonitis grado 4. La quinta versión de los criterios comunes para la evaluación de las reacciones adversas en la terapia del cáncer define la neumonitis como un trastorno caracterizado por la inflamación local o difusa del parénquima pulmonar. El tratamiento de elección de la neumonitis fue oxigenoterapia de alto flujo, salbutamol inhalado 2, 5 mg c/6h, ipratropio bromuro inhalado 0,5 mg c/6h, metilprednisolona iv 250 mg c/24h durante 3 días y prednisona vo 20 mg c/24h 4 días más, además de una dosis única de infliximab iv 5 mg/kg. Tras completar el tratamiento el paciente continúa con disnea refractaria por lo que se decide limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo posteriormente.

CONCLUSIONES

El paciente fallece a causa de la neumonitis causada por la inmunoterapia con pembrolizumab. La inmunoterapia en el CPNM ha crecido enormemente en los últimos años, no obstante los efectos adversos inmuno-mediados deben ser reportados y monitorizados. En estos casos aún se desconoce el tratamiento de soporte que se debe aportar al paciente. Los ensayos deben aumentar los factores predictivos que pueden ayudar a identificar el perfil de pacientes susceptibles de desarrollar estas toxicidades y prevenir su aparición, a fin de mejorar la efectividad de los tratamientos.

CONFLICTO DE INTERES Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)

CONCILIACIÓN DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS

García López, E; Fernández-Bravo Rodrigo, J; Picazo Sanchiz, G; Canales Ugarte, S; Martí Gil, C; Barreda Hernández, D. Hospital Virgen de la Luz. GAI de Cuenca.

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) de conciliación al ingreso hospitalario de estatinas en mayores de 75 años y el grado de aceptación de las mismas en un hospital de nivel-II. Estudiar su adecuación a las recomendaciones de acuerdo al algoritmo de revisión del Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha Vol.XXIII,Nº1,2022 “¿Estatinas en mayores de 75 años?”.

MÉTODOS

En una fase previa, se analizaron IF de conciliación de medicación realizadas entre enero y julio de 2022, observándose que los fármacos hipolipemiantes eran el grupo con más errores de conciliación al ingreso. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, analizándose las IF de conciliación de estatinas en mayores de 75 años entre agosto y diciembre de 2022. En estas intervenciones se proponía mantener el tratamiento domiciliario y se clasificaron en aceptadas, no aceptadas y no valorables (no se pudo determinar el resultado de la IF). Para evaluar la adecuación al algoritmo, las variables analizadas fueron: factores de riesgo cardiovascular y tipo de prevención, esperanza de vida, deterioro cognitivo, intensidad de dosis y niveles de transaminasas y creatín-quinasa. Las fuentes empleadas fueron Farmatools® y el programa de historia clínica Mambrino XXI®.

RESULTADOS

Se recogieron 59 IF sobre conciliación de estatinas en mayores de 75 años. El 35.6%(N=21) fueron aceptadas y se mantuvo el mismo tratamiento domiciliario, el 32.2%(N=19) no se aceptaron y el 32.2%(N=19) tuvieron un resultado no valorable, no pautándose en ambos el tratamiento domiciliario durante la hospitalización. Según el algoritmo, en el 59.3% de las IF(N=35) se debía valorar continuar con el tratamiento domiciliario y en el 40.7%(N=24) se tendría que haber propuesto una retirada o reducción de dosis. De las IF aceptadas, en el 71.4%(N=15) se mantuvo el tratamiento por la clínica del paciente [66.6% (N=10) la dosis era adecuada y segura, 26.7%(N=4) dosis correcta pero no seguras y 6.67%(N=1) no tenía una dosis adecuada ni segura]. De las IF no aceptadas, en el 28.6%(N=6) se mantuvo el tratamiento domiciliario aunque se tendría que haber propuesto y valorado una retirada o reducción de dosis. De las IF no aceptadas, en el 57.9%(N=11) se debía haber propuesto una retirada o reducción de dosis. En el 81.8%(N=9) la dosis era correcta y segura y en el 18.2%(N=2) no se pudo establecer la seguridad del tratamiento.

CONCLUSIONES

Se observó que en la mayoría de las IF aceptadas la continuación del tratamiento domiciliario estaba justificada. Sin embargo, en más de la mitad de las IF no aceptadas no estaba justificado mantener el tratamiento habitual del paciente. Para mejorar los resultados obtenidos sería clave contar con un farmacéutico en urgencias, para evitar errores de medicación en la transición entre distintos niveles asistenciales. Además, se deben seguir criterios comunes en la validación de las prescripciones, basándonos en recomendaciones de protocolos actualizados.

No existen conflictos de intereses.

[\(Enlace al póster\)](#)

¿HACEMOS UN USO RACIONAL DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES?

Comino Martín, M; Amores del Rey, L; Lozano Toledo, R; Cuesta García, M; Anguita Montenegro, B; Rodríguez Martínez, M. Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de pacientes con soporte nutricional parenteral (SNP) de corta duración en un hospital de tercer nivel. Analizar sus características y valorar el coste.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (marzo-diciembre 2022) de pacientes adultos con SNP de corta duración (≤ 5 días). La información se recopiló de la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®) y del programa de nutrición parenteral (Kabisoft®). Se revisaron datos de consumo obtenidos en Kabisoft® y Farmatools®.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio de ingreso, estancia hospitalaria, indicación, duración del SNP, motivo fin, vía administración (central/periférica), complementaria/total e impacto económico.

RESULTADOS

Se revisaron 208 pacientes con SNP de los cuales fueron incluidos 67 por tener SNP de corta duración (32,21%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 21 días (rango 3-128). La edad media de 66,7 años (DE 10,51), el 73,13% hombres. La duración media fue de 2,17 días (DE 1,46), mientras que la mediana global fue de 7 días (rango 1-144). Los servicios mayoritarios de ingreso fue medicina intensiva (56,72%) seguido de cirugía (17,91%), oncología (5,97%), reanimación (5,97%), digestivo (4,48%), interna (4,48%), urología (2,99%) y cardiología (1,49%).

Destaca cirugía digestiva como principal motivo de inicio de SNP (19,40%), íleo paralítico (14,93%), intolerancia nutrición enteral (NE) (10,45%), hemorragia digestiva alta (8,96%), intradiálisis (7,46%), shock séptico (7,46%), pancreatitis (5,97%), obstrucción intestinal (5,97%), alteración neurológica (4,48%), perforación intestinal (4,48%), desnutrición (4,48%), intolerancia oral (2,99%), isquemia intestinal (1,49%) y preoperatorio (1,49%). El principal motivo de suspensión de SNP fue la tolerancia a NE (59,70%), seguido de exitus (16,42%), tolerancia oral (13,43%), infección (2,99%), traslado (2,99%), alta (1,49%), flebitis (1,49%) e imposibilidad vía central (1,49%).

De esos 67, la duración estuvo justificada en 13 pacientes (19,40%) siendo las causas la aparición de flebitis en NP periférica (1), administración complementaria con NE (10) y el traslado del paciente (2).

El coste medio diario por paciente de SNP se estimó en 24,80€, siendo el coste del SNP completo de 71,65€ por paciente.

CONCLUSIONES

Debido a la gran cantidad de pacientes que reciben SNP de corta duración y a su elevado coste económico, es necesario revisar de forma individualizada las indicaciones que justifiquen este tipo de soporte nutricional, el cual no está exento de complicaciones. Así como establecer protocolos junto con los servicios en los que se ha detectado una mayor prevalencia de SNP de corta duración como es el servicio de medicina intensiva.

Es importante unificar los criterios de transición entre el SNP y enteral, dado que una de las limitaciones ha sido no poder determinar si la transición se está realizando de forma óptima.

Es necesario revisar las causas de la escasa utilización de nutrición parenteral por vía periférica ya que estaría indicada en estos casos.

No hay conflicto de intereses en este trabajo

AJUSTES EN LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR Y VALORACIÓN DE UN EFECTO ADVERSO ASOCIADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Gómez Espinosa, P; De La Calle Riagüas, B; Juliá Luna, FJ; Alonso Salmerón, FJ; Lomares Manzano, I; Berrocal Javato, MA
Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)*

OBJETIVOS

Nirmatrelvir/ritonavir es un nuevo fármaco que surge como alternativa para prevenir las posibles complicaciones del covid-19 en un grupo de pacientes determinados. Puesto que se trata de un fármaco del que se dispone de una experiencia limitada y debido a su alto perfil de interacciones, requiere de una correcta validación por parte de los farmacéuticos de hospital, así como de un estrecho seguimiento e información de las reacciones adversas.

El objetivo de este trabajo es, a propósito de un caso, revisar las interacciones que requieren ajustes en el tratamiento y el efecto adverso comunicado en una paciente.

MÉTODOS

Para la revisión de la medicación concomitante se usó el programa de receta electrónica y la historia electrónica de la paciente. Las interacciones se evaluaron con las calculadoras de interacciones de la Universidad de Liverpool y de UpToDate (Lexicomp), proponiéndose los ajustes de fármacos necesarios. Para valorar la relación de los efectos adversos se utilizó el algoritmo de causalidad de Naranjo.

RESULTADOS

Una mujer de 64 años acudió a urgencias por sintomatología compatible con covid-19 de 2 de evolución. La paciente estaba en tratamiento inmunomodulador con adalimumab y corticoides durante más de 4 semanas consecutivas. Tras dar positivo para covid-19, Urgencias solicitó al Servicio de Farmacia valorar el tratamiento con nirmatrelvir/ritonavir para dicha paciente.

Se detectaron interacciones en los siguientes fármacos de su tratamiento habitual:

- Domperidona: aumento de concentraciones séricas y efectos adversos cardiacos.
- Simvastatina: aumento de concentraciones séricas con riesgo de toxicidad severa y rabdomiolisis.
- Bilastina: aumento de concentraciones séricas y toxicidad renal.
- Matamizol: aumento de concentraciones séricas y disminución de las concentraciones de nirmatrelvir/ritonavir.
- Se propuso el siguiente plan de actuación:
- Suspensión de domperidona.
- Suspensión de simvastatina y posterior reintroducción tras 5 días de la última administración de nirmatrelvir/ritonavir.
- Suspensión de bilastina.
- Sustitución de metamizol por paracetamol.

Todas las modificaciones fueron aceptadas por el médico y se inició el tratamiento.

Un día después acudió a Urgencias por prurito muy intenso.

Se realizó el algoritmo de Naranjo y la puntuación que se obtuvo fue de 5, determinando la relación como probable. Finalmente se suspendió nirmatrelvir/ritonavir.

CONCLUSIONES

El tratamiento con nirmatrelvir/ritonavir tenía varias interacciones con el tratamiento habitual de la paciente, lo que requirió que se realizaran varios cambios. Todos los cambios fueron aceptados.

El nuevo fármaco ocasionó, con una relación probable, un prurito muy intenso a la paciente que hizo necesario suspender el fármaco.

Conflicto de intereses: Ninguno

[\(Enlace al póster\)](#)