

The background of the entire page is a photograph of a Gothic building facade, likely a cathedral or university building, with intricate stone carvings and a diamond-patterned tilework. In the foreground, there is a statue of a man wearing a large, wide-brimmed hat and a long, dark robe, holding an open book. The sky is blue with some clouds and a bright sun or light source in the upper right corner.

12-13 abril 2024

**XVIII JORNADA CIENTÍFICA DE LA  
SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA  
DE FARMACIA HOSPITALARIA**

**■ LIBRO DE RESÚMENES ■**

<b>COMITÉ CIENTÍFICO</b>	<b>COMITÉ ORGANIZADOR</b>
<b>PRESIDENTE:</b>	<b>PRESIDENTE:</b>
Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Coordinador Regional del Área de Farmacia. Presidente SCMFH.	Dra. Ana M <sup>a</sup> Horta Hernández. Jefa Servicio Farmacia. GAI Guadalajara.
<b>VOCALES:</b>	<b>VOCALES:</b>
Dra Ana Domínguez Barahona. Toledo. Dra. María Blanco Crespo. Guadalajara. Dra. M <sup>a</sup> Teresa Franco Sereno. Ciudad Real. Dra. Inmaculada Martín Niño. Cuenca. Dra. Esther Domingo Chiva. Albacete. Dra. Tamara Carrasco Corral. Residentes. Dra. Cristina Blázquez Romero. Dra Gema Isabel Casarrubios Lázaro Dr Manuel Alberto Toledo Davia Dr Alejandro Marcos Torre Dra Rocío Pardo Sánchez.	Dr. David García Marco. Vicepresidente SCMFH. Dra. Araceli Fernández-Corada Sánchez. Tesorera SCMFH. Dra. María Luisa Moreno Perulero. Secretaria SCMFH. Dra. Eva Martín Alcalde. Dra. Paula de Juan-García Torres.

## PROGRAMA CIENTÍFICO

### VIERNES 12 de abril de 2024

**13:30 h. Comida de trabajo de la Junta Directiva, Comité Científico y Comité Organizador.**

**16:00-17:00 h: Reunión Residentes SCMFH. Salón de Actos GAI Guadalajara**

**17:00-19:00 h: Compartiendo Experiencias en los Hospitales de Castilla-La Mancha.**

Modera: Dra. Gema Isabel Casarrubios Lázaro F.E.A. Farmacia Hospitalaria. GAI Guadalajara

1. **Nueva Plataforma de Formación Audiovisual de los Sistemas Automatizados del S. Farmacia.** Dra M Teresa Franco Sereno. FEA Hospital General Universitario de Ciudad Real.
2. **Farmacogenética: Validación rutinaria de los resultados de pacientes con deficiencia de la actividad de dihidropirimidina deshidrogenasa.** Dra Pilar Vicente Sánchez. Hospital General Universitario de Ciudad Real.
3. **Experiencia con Nutrición Parenteral Domiciliaria Pediátrica.** Dra Francisca Sánchez Rubio. FEA Hospital General de Villarrobledo.
4. **Evaluación por prueba ECOE en la asignatura de Prácticas Tuteladas: Experiencia Piloto.** Dra Cristina García Gómez. FEA Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
5. **Minimización de costes en el tratamiento de la osteoporosis en el adulto mayor.** Dra Irene Heras Hidalgo. Residente del Hospital General Universitario de Guadalajara.
6. **Gestión del capital venoso pediátrico ¿Qué puede hacer el farmacéutico al respecto?** Dra Laura Torralba Fernández. Residente Hospital Universitario de Toledo.

**21:30 h. Cena de Bienvenida. Lugar: Hotel Meliá Guadalajara.**

**SÁBADO 13 de abril de 2024**

**9:30 – 10:00 h. Inauguración oficial de la XVIII Jornada Científica de la SCMFH.**

- Representante de Consejería de Sanidad y/o SESCOAM.
- Elena Martín Ruiz. Directora Gerente de la GAI Guadalajara.
- Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez. Coordinador Regional del Área de Farmacia D.G.A.S. Presidente
- SCMFH y del Comité Científico de las XVII Jornadas de la SCMFH.
- Dra Ana M<sup>a</sup> Horta Hernández. Jefa Servicio Farmacia. Hospital General Universitario de Guadalajara.
- Presidenta del Comité Organizador Jornada.

**10:00-11:30 h Mesa Redonda “Atención Farmacéutica centrada en el paciente”.**

Modera: Dra Paula de Juan-García Torres, FEA Farmacia Hospitalaria. GAI Guadalajara.

- Integración del FH en los equipos clínicos en España. Experiencias de éxito en el área pediátrica.  
Dra. Cecilia Martínez-Fernández Llamazares. Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacéutica Hospitalaria responsable del área Materno-Infantil del Hospital Gregorio Marañón.
- Integración del FH en el Servicio de Geriátrica: experiencia GAI Guadalajara.
  - Visión del Geriatra. Diego Sepúlveda, FEA Geriátrica, GAI Guadalajara.
  - Visión del Farmacéutico de Hospital. Eva Martín, FEA Farmacia Hospitalaria. GAI Guadalajara

**11:30h -12:00 h: Pausa Café. Hall Salón de Actos GAI Guadalajara.**

**12:00-13:00 h. Presentación de las 5 mejores comunicaciones orales.**

Modera: Dra. Cristina Blázquez Romero. F.E.A. Farmacia Hospitalaria. GAI Guadalajara

**13:00-13:15h. Presentación del Libro: “Farmacia Clínica y Terapéutica. Tomo IV. El Farmacéutico Hospitalario en los equipos PROA”.**

Presenta: Dra. Natalia Andrés Navarro, Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital General La Mancha-Centro.

**13:15-13:30 h. Entrega Premio Mejor Comunicación de la Jornada.**

Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez y Dra. Ana M<sup>a</sup> Horta Hernández. Presidentes de Comités Científico y Organizador.

**13:30 -14:15 h. Asamblea General SCMFH. Junta Directiva SCMFH.**

**14:15h. Clausura XVIII Jornada Científica SCMFH**

**14:30 h. Cocktail de Clausura. Lugar: Restaurante Quinta Hayara.**

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

ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA Y DE LA ADHERENCIA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON INFECCIÓN POR VIH.....[7](#)

INFUSOR SUBCUTANEO DE FUROSEMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: A PROPOSITO DE UN CASO.....[8](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.....[9](#)

USO DE CABOTEGRAVIR+RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA TRAS UN AÑO DESDE SU COMERCIALIZACIÓN.....[10](#)

DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: UN DESAFÍO SILENCIOSO.....[11](#)

**COMUNICACIONES PÓSTER.....12**

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO APROPIADO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS.....[12](#)

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN Y SEGURIDAD DE GABAPENTINOIDES EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO.....[13](#)

HIPONATREMIA INDUCIDA POR MIRTAZAPINA: A PROPOSITO DE UN CASO.....[14](#)

EVALUACION DEL MANEJO FARMACOLOGICO EN EL PACIENTE AGITADO: RESULTADOS EN VIDA REAL.....[15](#)

EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA FRENTE AL TRATAMIENTO DE INFECCIONES PRODUCIDAS POR MICROORGANISMOS GRAM-POSITIVOS.....[16](#)

EXPERIENCIA DE USO DE MEROPENEM/VABORBACTAM EN VIDA REAL EN UN HOSPITAL GENERAL .....[17](#)

EFFECTIVIDAD DE DARATUMUMAB EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL .....[18](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....[19](#)

RESULTADOS EN SALUD DE NIRAPARIB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE OVARIO AVANZADO .....[20](#)

MULTIRRESISTENCIAS EN TUBERCULOSIS, RETANDO AL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....[21](#)



EXPERIENCIA DE USO DE EPTINEZUMAB EN LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA CRÓNICA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	<a href="#"><u>22</u></a>
EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE .....	<a href="#"><u>23</u></a>
ANGIOEDEMA OROFACIAL POR ALTEPLASA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	<a href="#"><u>24</u></a>
ANÁLISIS DEL USO EN PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFORTUMAB-VEDOTIN EN CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO.....	<a href="#"><u>25</u></a>
USO DE PAXLOVID®: RESULTADOS EN SALUD. VIDA REAL vs ENSAYOS CLÍNICOS.....	<a href="#"><u>26</u></a>
ANÁLISIS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA.....	<a href="#"><u>27</u></a>
ANÁLISIS DE UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN: USO DE 4 O MÁS ANTIDIAÉTICOS ORALES.....	<a href="#"><u>28</u></a>
INCIDENCIA Y MANEJO DEL SÍNDROME DE LIBERACIÓN DE CITOQUINAS ASOCIADO A ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS: TECLISTAMAB, TALQUETAMAB Y EPCORITAMAB.....	<a href="#"><u>29</u></a>
MONITORIZACIÓN DEL USO DE CARBAPENEMS Y DESESCALADA TERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....	<a href="#"><u>30</u></a>
CREMA O/W DE AMITRIPTILINA 2% PARA EL TRATAMIENTO DE LA VULVODINIA.....	<a href="#"><u>31</u></a>
FÓRMULA MAGISTRAL GABAPENTINA 5% Y LIDOCAÍNA 2% PARA EL MANEJO DE NEURALGIA POSHERPÉTICA .....	<a href="#"><u>32</u></a>
ANALISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE SIPONIMOD EN ESCLEROSIS MULTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA.....	<a href="#"><u>33</u></a>
TERAPIA SECUENCIAL EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UNA POSIBILIDAD POCO ESTUDIADA... ..	<a href="#"><u>34</u></a>
SEGURIDAD DE ACALABRUTINIB FRENTE A IBRUTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.....	<a href="#"><u>35</u></a>
ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MULTIPLE RECURRENTE DE ALTA ACTIVIDAD.....	<a href="#"><u>36</u></a>
EVALUACION DE LA INTERACCION ENTRE ACENOCUMAROL Y LEVOFLOXACINO EN PACIENTES INGRESADOS.....	<a href="#"><u>37</u></a>
ELABORACIÓN DE INFOGRAFIA ACERCA DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN PERFUSIÓN .....	<a href="#"><u>38</u></a>

DISEÑO, ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE ZINC.....[39](#)

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICION FRENTE A LA INFECCION POR VIH.....[40](#)

NUTRICIÓN PARENTERAL ¿CUÁNTO SABEMOS ACERCA DE SU PROCESO DE ELABORACIÓN?.....[41](#)

MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO ¿NECESIDAD DE MEJORA? .....[42](#)

TERAPIAS BIOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO Y SU MANEJO EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA..... [43](#)

ANÁLISIS DE LA UTILIZACION DE ISAVUCONAZOL INTRAVENOSO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....[44](#)

PERFIL DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRILO-VALSARTÁN DENTRO DEL ARSENAL TERAPÉUTICO ...  
.....[45](#)

EXPERIENCIA DE USO DE ISATUXIMAB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA O REFRACTARIO .....[46](#)

ANÁLISIS DE USO DE NIRMATRLVIR/RITNONAVIR EN UN HOSPITAL GENERAL.....[47](#)

¿TRATAMOS EL ASMA GRAVE NO CONTROLADA SEGÚN ESCALÓN 6 DE GEMA 5.3?.....[48](#)

IMPACTO ECONOMICO Y CARACTERIZACION DE PACIENTES ELEGIBLES PARA LA TRANSICION A BITERAPIA CON CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA DE ACCION PROLONGADA.....[49](#)

## COMUNICACIONES ORALES

## ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA Y DE LA ADHERENCIA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON INFECCIÓN POR VIH

de la Calle Riaguas, B; Alonso Salmerón, FJ; Briceño Casado, MDP; Gómez Espinosa, P; Juliá Luna, FJ; Lomares Manzano, I. Hospital Universitario General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

**OBJETIVO**

El aumento de la esperanza de vida en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) conlleva una mayor prevalencia de complejidad farmacoterapéutica (CF), que puede afectar a la adherencia al régimen terapéutico. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de CF y evaluar la adherencia terapéutica en adultos mayores con infección por VIH.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo y transversal en un hospital general (marzo 2022- junio 2023) en pacientes con infección por VIH mayores de 55 años. Se valoró la CF a través de la determinación de:

- pluripatología: si presentaba tres o más comorbilidades, incluyendo VIH.
- polifarmacia: si tenía prescrito seis o más principios activos.
- interacciones relevantes [entre medicación no incluida en el régimen de terapia antirretroviral (TAR)/con medicación TAR] utilizando las bases de datos de la Universidad de Liverpool® y Lexicomp®. Se recogieron aquellas de grado D (potenciales) o X (no coadministrar).

La adherencia se evaluó mediante el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) y los registros de dispensación en los últimos seis meses.

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

**RESULTADOS**

Se evaluaron 56 pacientes (64,3% hombres) con una edad media de 63,4 (55 - 87) años.

El 69,6% (n=39) presentaban pluripatología, siendo las comorbilidades más frecuentes: dislipidemia (39,3%), hipertensión arterial (28,6%), diabetes mellitus (21,4%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16,1%) artropatías (14,3%) y depresión (14,3%).

El 64,3% (n=36) presentaban polifarmacia con una media de 9,7 [desviación estándar (DE) = 4,2] fármacos/paciente.

Los grupos terapéuticos concomitantes con el TAR más frecuentemente prescritos fueron: hipolipemiantes (10,9%), ansiolíticos/sedantes (8,8%), antihipertensivos (8,8%), antidepresivos (7,9%), antiulcerosos (7,5%), antiinflamatorios no esteroideos (6,7%) y antiabéticos (6,3%).

Se detectaron un total de 63 interacciones (30 entre medicación no TAR / 33 con medicación TAR) en el 46,4% (n=26), con una media de 2,4 (DE = 1,5) interacciones/paciente. El 82,5% (n=52) fueron de tipo D (interacciones potenciales) y el 17,5% (n=11) de tipo X (no coadministrar).

Respecto a la adherencia, según el cuestionario SMAQ, el 71,4 % (n=40) fueron adherentes y el 91,1% (n=51) tuvieron un registro de dispensaciones  $\geq$  90%. Cuando se combinaron ambos métodos el 69,6% (n=39) fueron considerados adherentes.

**CONCLUSIONES**

La prevalencia de CF fue elevada. Aproximadamente dos tercios de los pacientes presentaron pluripatología y polifarmacia, además, cerca de la mitad presentaban interacciones. Los pacientes adherentes representaron el 70% en total. Es necesario un abordaje multidisciplinar en esta población para adecuar su farmacoterapia y reducir la CF, así como para mejorar la adherencia terapéutica.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## INFUSOR SUBCUTANEO DE FUROSEMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: A PROPOSITO DE UN CASO

Rubio Alonso, L., Martí Gil C., Boardman González D.J., García López E., Martín Niño I, Barreda Hernández D.  
Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

### OBJETIVO

Desarrollo del proceso de elaboración-dispensación-administración de infusor subcutáneo de furosemida (ISF) para tratamiento insuficiencia cardiaca grave (ICG).

Evaluación estado clínico del paciente tras administración.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multidisciplinar en hospital de 2º nivel a raíz de propuesta de uso de ISF por Servicio de Cardiología (SC).

Las variables estudiadas fueron:

- Posibilidad de administrar furosemida vía subcutánea en infusor.
- Situación clínica/personal del paciente.
- Gestión de dispensación, colocación y seguimiento.
- Posibilidad elaboración en Servicio de Farmacia (SF).
- Valoración estado clínico del paciente tras administración.

El trabajo se realizó de forma conjunta SF-SC-Hospital de Día (HD)-Centro de Salud (CS). Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de uso y estabilidad del ISF, consultándose Mambrino XXI® para el seguimiento del paciente.

### RESULTADOS

Uno de los tratamientos de elección en descompensaciones de ICG es furosemida intravenosa (IV), lo que requiere ingreso/desplazamiento al hospital para administración en planta/HD. Sin embargo, esto supone grandes dificultades para determinados pacientes. La posibilidad de usar ISF permite la administración del fármaco durante tiempo prolongado, evitando desplazamientos de estos pacientes al hospital. La administración subcutánea de furosemida no está contemplada en ficha técnica pero su uso se puede solicitar vía medicamentos en situaciones especiales, con autorización de Dirección Médica.

El paciente es un varón de 80 años diagnosticado de IC no isquémica desde hace más de 10 años con síndrome cardiorrenal asociado. Tiene situación funcional limitada, buen apoyo familiar y reside a más de 60 km del hospital. En los últimos 6 meses requirió ingreso hospitalario en 3 ocasiones por descompensación de IC y otro desplazamiento para administración de furosemida IV en HD.

En el último ingreso, SC plantea administración de furosemida subcutánea con un infusor, tras valorar capacidad del paciente, aceptación familiar y colaboración del CS. Se determinó que la dispensación del infusor se realizaría en el hospital (familiar recogería en HD) y la colocación y seguimiento sería ambulatorio.

Previa prescripción facultativa con formulario de Mambrino XXI®, se preparó el ISF en el SF, en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH). Se utilizó el modelo SFS-1,5-25P Nipro®, con volumen de 250ml a flujo 1,5ml/h y duración 7 días. La dosis de furosemida fue 120 mg/día (840mg/7días), según pauta médica. Se utilizó la presentación en ampollas 250 mg/25ml y se completó volumen con suero fisiológico 0,9%. Desde el SF se facilitó el infusor preparado, el dispositivo para la administración y el apósito.

Durante el seguimiento por SC/CS, se determina que el paciente presenta diuresis escasa (950cc/día), sin disnea en reposo, aceptable saturación de oxígeno (90-95%) y sin edemas de miembros inferiores.

### CONCLUSIONES

Este trabajo recoge la primera experiencia del proceso elaboración-dispensación-administración del ISF.

La opción de manejo ambulatorio de pacientes con funcionalidad limitada con ICG grave puede ser útil, sobre todo para evitar repetidos ingresos/desplazamientos al hospital.

La elaboración en el SF en CFLH garantiza la esterilidad del preparado, haciendo posible que sea estable 7 días.

Serían necesarios más datos cuantitativos para concluir que se consigue una mejoría clínica y si el ISF se podría establecer como una alternativa de tratamiento en pacientes con ICG.

- Es un caso clínico: SI
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

ALONSO SALMERON, FJ, DE LA CALLE RIAGUAS, B. CRIADO RUBIO, B. LOIZAGA CELADA, A. AGUILAR DUQUE, E. JULIÁ LUNA, FJ. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TALAVERA DE LA REINA). TOLEDO.

### OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de cabotegravir (CAB) y rilpivirina (RPV) de acción prolongada (AP) de administración intramuscular (IM) como terapia antirretroviral (TAR) en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Describir el perfil de utilización de CAB+RPV tras la incorporación a la guía farmacoterapéutica del hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en un hospital general (Mayo 2023-Enero 2024) en pacientes en tratamiento con CAB y RPV IM. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, TAR previa, y adherencia previa a iniciar CAB RPV AP, comorbilidades, fármacos concomitantes, interacciones con TAR (tipo D (potenciales) /X (no coadministrar)) y duración del tratamiento.

Para evaluar la efectividad se recogieron la carga viral (CV) y recuento de linfocitos T-CD4 (LT-CD4cel/ $\mu$ L) antes de iniciar CAB RPV AP y a los 3 meses después del cambio y la seguridad se analizó mediante el registro de efectos adversos (EA) y suspensiones del tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica informatizada y del módulo de pacientes externos Farmatools®.

### RESULTADOS

Se evaluaron 28 pacientes (68% hombres) con una edad media de 51 años ( $\sigma=12,13$ ), el 86% eran menores de 65 años.

El 68% (19) de los pacientes tenía como TAR previa dolutegravir/rilpivirina, el 14% (4) rilpivirina/emtricitabina/tenofovir alafenamida, el 11% (3) dolutegravir/lamivudina y el 7% (2) restante bicitegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida.

El 100% de los pacientes presentaba buena adherencia a la TAR oral.

Un 50% (14) de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes la depresión (32%) y la hipertensión arterial (18%). El 54% (15) de los pacientes tenía medicación concomitante a la TAR, siendo los ansiolíticos/sedantes (40%) y los antidepresivos (40%) los grupos terapéuticos más frecuentes. En cuanto a las interacciones, 2(7%) de los pacientes presentaba una interacción de tipo D con escitalopram. No se detectaron interacciones tipo X.

La media de duración del tratamiento con CAB RPV AP fue 6 meses ( $\sigma=2,99$ ).

El 93% (26) de los pacientes presentaba un valor de LT-CD4 previo al inicio de CAB RPV AP superior a 500/ $\mu$ L, teniendo el 100% un valor por encima de 300/ $\mu$ L. A los 3 meses de iniciar AP, el 100% de los pacientes presentó una CV indetectable y se mantuvieron los niveles de CD4 previos (93% >500/ $\mu$ L, 100% >300/ $\mu$ L).

En cuanto a la seguridad, un 46% (13) de los pacientes tuvo EA, siendo el más frecuente el dolor en la zona de inyección con duración de 1-3 días (92%). También hubo un caso de pirexia. Un 14% (4) de los pacientes suspendió el tratamiento, siendo en todos los casos el dolor en la zona de inyección tras la primera administración el motivo.

### CONCLUSIÓN

El cambio a CAB RPV AP mantiene la efectividad del TAR a los 3 meses del cambio, manteniéndose la CV indetectable y los valores de LT-CD4 estables. La seguridad asociada al tratamiento es aceptable, destacando el dolor en la zona de inyección que se produjo en casi la mitad de los pacientes.

Acerca del perfil de utilización CAB RPV se ha utilizado principalmente en hombres con buena adherencia al TAR. La mayoría de los pacientes tenían como TAR previo DTG/RPV y la mayoría no presentaba interacciones potenciales.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## USO DE CABOTEGRAVIR+RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA TRAS UN AÑO DESDE SU COMERCIALIZACIÓN

*Codonal Demetrio, A; Lázaro López, A; Martínez Pérez, ME; Torralba, M; Carrasco Corral, T; Horta Hernández, AM. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

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

El objetivo del estudio fue revisar las características basales de los pacientes que han iniciado CAB+RPV AP, así como los primeros resultados de efectividad y seguridad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron los pacientes con infección por VIH en tratamiento con CAB+RPV AP de enero a diciembre de 2023.

Fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del hospital en marzo de 2023. Se llevó a cabo junto con el Servicio de Medicina Interna y enfermería de la consulta de infecciosas.

Variables analizadas: demográficas, LTCD4+basal, TAR oral previo, motivo de cambio de tratamiento, RNA-VIH mes1 y mes7, y efectos adversos referidos por el paciente.

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 93 pacientes iniciaron CAB+RPV AP (82% hombres, mediana de edad=41 años (RIC: 34-5 1)). La mediana de LTCD4+ basal fue de 765 células/microlitro (RIC=580-975).

Los TAR orales previos mayoritarios fueron lamivudina/dolutegravir (48%) y bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (24%).

Los motivos del cambio de tratamiento mayoritarios fueron: cansancio de la toma diaria de medicación (57%) y minimizar olvidos de la toma de medicación (8%).

Se analizó la efectividad virológica:

- Tras un mes de tratamiento IM manteniéndose RNA-VIH50 copias/mL en todos los casos.
- Tras el séptimo mes de tratamiento, el 58% de pacientes habían recibido cinco dosis.

Todos mantienen supresión virológica excepto dos pacientes que han presentado fracaso virológico con 3140 copias/mL (no se detectan resistencias) y 43400 copias/mL (se detectan mutaciones en inhibidores de la integrasa E138eK, Q148R, L74LM e inhibidores no análogos de nucleósidos K103N, Y188L). La mediana de LT CD4+ fue de 680 células/microlitro (RIC=580-880).

En cuanto a la seguridad, todos los pacientes refirieron dolor en la zona de inyección acompañado de molestias musculares en miembros inferiores con duración de 2-5 días. El dolor fue más intenso con la administración de rilpivirina. Tras cinco administraciones, los pacientes comentaron mejor tolerancia que la primera administración. Cuatro pacientes suspendieron el tratamiento por dolor e impotencia funcional de varias semanas de duración.

### CONCLUSIONES

- En la población analizada CAB+RPV AP se ha utilizado mayoritariamente en hombres de mediana edad con buena situación inmunoviológica.
- El motivo principal del cambio de tratamiento oral a intramuscular fue el cansancio de la toma diaria de medicación.
- La mayoría de los pacientes utilizaban lamivudina/dolutegravir como TAR oral previo.
- La efectividad virológica se ha mantenido en todos los pacientes analizados tras el primer mes de tratamiento, y tras el séptimo mes hubo dos fracasos terapéuticos, destacando las mutaciones en inhibidores de la integrasa.
- La seguridad asociada al tratamiento IM es buena, resaltando una mejoría en la tolerancia con las posteriores administraciones.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: UN DESAFÍO SILENCIOSO

Amores del Rey, L; Cuesta García, M; Comino Martín, M; Franco Sereno, MT; Pérez Rodríguez, MT; Rodríguez Sánchez-Camacho, M. Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### OBJETIVO

Describir los desabastecimientos de medicamentos que han afectado a nuestro centro y analizar su impacto asistencial y económico.

### MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis se ha realizado mediante el registro en Excel utilizado para el seguimiento diario de los desabastecimientos de medicamentos en un hospital de tercer nivel. El periodo analizado ha sido de 01/12/2022 a 31/12/2023.

La información registrada es: medicamento afectado, detección problema (Servicio de Farmacia (SF)/ proveedor/ médico), duración, grupo terapéutico, medidas para disminuir consumo (no prescribible/ no disponible en botiquines/ aviso al médico-supervisor), si se realizó nota informativa y la solución final (cambio proveedor/ pedido a extranjeros-oficina farmacia/ no hay alternativa/ stock suficiente/ utilizar otra presentación). También se tuvo en cuenta número de productos que están bajo acuerdo marco.

Los desabastecimientos se clasificaron según impacto asistencial en: nulo si hubo suficientes unidades; menor cuando existe en el mercado medicamentos con mismo principio activo y vía y el farmacéutico pudo sustituirlo; medio si requirió la intervención del médico y mayor cuando no hubo alternativa terapéutica o fue importación extranjera.

Además, se calculó el coste total que han supuesto los desabastecimientos teniendo en cuenta la diferencia de coste del proveedor alternativo.

### RESULTADOS

Se registraron 549 desabastecimientos en el periodo de estudio. De estos, 291 eran principios activos diferentes y 30 sujetos a acuerdo marco vigente. El SF detectó 422 (76,87%), el proveedor 126 (22,95%) y el médico 1 (0,18%).

La duración fue en 295 casos (53,73%) menor a un mes; en 136 (24,77%) entre uno y tres meses y 40 (7,29%) más de 3 meses, teniendo en cuenta que 76 (13,84%) seguían activos a fecha fin del estudio y 2 (0,36%) fueron cese de comercialización.

Los grupos terapéuticos afectados mayoritariamente fueron: N-Sistema nervioso (18,90%), J-Antiinfeciosos (17,25%), L-Antineoplásicos (14,12%) y A-Sistema digestivo y metabolismo (9,17%).

En cuanto a medidas para disminuir el consumo, 32 medicamentos se restringieron de la prescripción, 17 fueron notificados al médico responsable/supervisor y 13 se excluyeron de la solicitud de botiquines del centro. En 8 ocasiones se difundió nota informativa.

Respecto a la solución, en 238 casos (43,35%) tuvimos stock suficiente hasta la resolución del problema, en 177 (32,24%) se cambió a proveedor alternativo, en 77 (14,03%) se utilizó otra presentación, 26 (4,74%) se gestionaron por extranjeros, 24 (4,37%) no tuvieron alternativa y 7 (1,28%) se gestionaron a través de oficina de farmacia.

Se han identificado 87 proveedores con desabastecimientos y 41 alternativos resolvieron el problema.

El impacto asistencial fue: menor en 248 casos (45,17%), nulo en 232 (42,26%), mayor en 50 (9,11%) y medio en 19 (3,46%). El impacto económico de las alternativas fue: 86.653,18 €.

### CONCLUSIONES

El análisis de los desabastecimientos nos ha permitido tener una visión detallada de la complejidad de esta problemática en nuestro centro.

Los resultados revelan que en la mayoría de los casos el impacto asistencial fue menor o nulo, frente a un elevado impacto económico.

Sería interesante cuantificar el tiempo de dedicación de los profesionales (búsqueda de alternativas terapéuticas/cambios de proveedor?) así como potenciar las herramientas de gestión en los SF para establecer estrategias que permitan optimizar los recursos empleados.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## COMUNICACIONES PÓSTER

## TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO APROPIADO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

*Pérez Serrano R<sup>1</sup>, Hernández Gozalves G<sup>2</sup>, Garvayo Fernández F<sup>3</sup>, Vicente Sánchez MP<sup>1</sup>, Cuesta Cabezas T<sup>3</sup>, Abdel-Hadi Álvarez H<sup>2</sup>. 1 Servicio de Farmacia. 2 Servicio de Anestesia y Reanimación. 3 Servicio de Medicina Intensiva. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL*

**OBJETIVOS**

Se establece como objetivo principal determinar si el tratamiento empírico utilizado en la práctica clínica real en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) de nuestro centro es apropiado en base a los agentes causales de las infecciones identificadas. Objetivos secundarios: establecer las características de los pacientes con infección que han requerido ingreso en las UCIs, describir la localización de las infecciones, tratamiento empírico y dirigido definitivo y mortalidad de los pacientes con infección.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio unicéntrico observacional, de cohortes retrospectivo de pacientes críticos ingresados en las UCIs (general con 21 camas y quirúrgica con 6 camas) de nuestro centro. Se incluyen los pacientes ingresados en cualquiera de las UCIs que sufran durante su estancia en ellas alguna infección con identificación microbiológica del patógeno causal, entre enero y junio de 2022. Se registrarán: datos demográficos, comorbilidades, tratamientos antimicrobianos previos al episodio, escala SOFA y APACHE II al ingreso, variables microbiológicas (microorganismos y sensibilidad), foco, estancia, antimicrobianos, curación (clínica y microbiológica) y mortalidad. Se considera apropiado si el paciente ha recibido tratamiento antibiótico empírico para el microorganismo aislado (es sensible al menos a un antibiótico administrado). El estudio ha recibido la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos nuestro centro. Las variables cuantitativas continuas se expresaron como media las variables categóricas como porcentaje.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 140 pacientes, infección nosocomial 61,4%, 68,6% hombres y edad media de 65,1 años. SOFA 7,4 y APACHE II 19,9. El 51,6% había tomado antibióticos en los 90 días previos. Comorbilidades: diabetes 28,6%, EPOC 27,1%, cáncer 22%, hepatopatía 9,3% y enfermedad renal crónica 17,1%. 54 tratamientos empíricos diferentes, más frecuentes: amoxicilina/clavulánico (15%), piperacilina/tazobactam (13%) y piperacilina/tazobactam+linezolid (10%). En el 49,3% se prescribió empírico piperacilina/tazobactam (monoterapia+combinación) y en el 19,3% carbapenémicos (monoterapia+combinación). Duración media del tratamiento antibiótico 11,4 días. Los focos principales fueron: respiratorio (32,1%), abdominal (25,7%) y urinario (20%). Se aislaron 38 patógenos diferentes. En el 32,9% se aisló al menos un microorganismo multirresistente (10% AmpC, 7,1% BLEE, 4,2% carbapenemasa y 0,7% metilcilin-resesistente) y en el 35% se aisló más de un patógeno. El tratamiento empírico fue adecuado en el 80,7% de los pacientes y se realizó desescalada tras conocer el resultado microbiológico en el 57,9%. Estancia media en UCI 16,3 días y hospitalaria 33,9 días. Curación clínica 83,6%, curación microbiológica 80%, mortalidad bruta a los 28 días 22,1% y mortalidad relacionada con la infección 12,1%.

**CONCLUSION**

Sin abusar del uso de carbapenémicos, el acierto en el tratamiento empírico fue elevado y la mortalidad relacionada con la infección baja, tratándose de pacientes de UCI, con alta comorbilidad, una alta tasa de multirresistencia y nosocomialidad, y con una gravedad considerable. Existe una elevada variabilidad en la elección del tratamiento empírico en nuestras UCIs, por lo que sería deseable protocolizar los tratamientos, así como identificar áreas que permitan mejorar los resultados clínicos. La principal limitación del presente proyecto son la naturaleza unicéntrica del mismo y el carácter retrospectivo. Los resultados obtenidos podrían no ser representativos ni extrapolables u otras UCIs.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN Y SEGURIDAD DE GABAPENTINOIDES EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

*Juliá Luna, FJ; Lóizaga Celada, A; Criado Rubio B; Alonso Salmerón FJ; Aguilar Duque, E. Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.*

### OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de las prescripciones de pregabalina y gabapentina a las indicaciones autorizadas en ficha técnica (FT) en pacientes mayores e identificar aquellos pacientes con más riesgo de sufrir efectos adversos con esta medicación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes mayores institucionalizados en una residencia gestionada por nuestro hospital con prescripción de gabapentina y pregabalina, durante un periodo de 2 meses (febrero-marzo 2023).

De la historia clínica electrónica se recogieron las variables: edad, sexo, indicación y uso o no fuera de FT, dosis diaria, duración del tratamiento, presencia de patología respiratoria e interacciones potenciales con otros fármacos.

Se analizó la adecuación de las prescripciones de gabapentínoídes comparándolas con las indicaciones recogidas en ficha técnica.

Se examinó el riesgo de sufrir depresión respiratoria según la alerta publicada por la Food and Drug Administration (FDA) por prescripción de gabapentínoídes en pacientes con patología respiratoria y tratamiento concomitante con depresores del sistema nervioso central (SNC).

El análisis de datos se realizó mediante Excel.

### RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes (81% mujeres), con una edad media 80 años (rango 66-95). En 12 pacientes (57%) se prescribió pregabalina y en 9 (43%) gabapentina.

En 14 pacientes (67%) se recogieron indicaciones de uso no recogidos en FT: 6 (50%) con pregabalina y 8 (89%) con gabapentina. Con pregabalina 3 pacientes (50%) tenían indicación en dolor por osteoartritis, 2 (33%) en gonartritis y 1 (17%) con osteoporosis; mientras que con gabapentina 5 (63%) en agitación excesiva, 2 (25%) por osteoartritis y 1 (12%) por fibromialgia.

Con pregabalina, la mediana de dosis diaria fue de 50 mg (25-300) y duración de 137 días (21-935); mientras que con gabapentina fue de 400 mg (100-900) y duración de 264 días (21-399).

En 9 pacientes (43%) con prescripción de gabapentínoídes se observó patología respiratoria: 6 (66%) con insuficiencia respiratoria y 3 (33%) con EPOC.

Todos los pacientes tuvieron prescritos fármacos depresores del SNC, siendo los más frecuentes: quetiapina (43%), benzodiacepinas (38%), trazodona (29%) y risperidona (23%). El 81% de los pacientes tenían prescritos al menos 2 fármacos depresores del SNC.

### CONCLUSIONES

En general, la prescripción de gabapentínoídes no fue adecuada en nuestra población de estudio debido al alto porcentaje de indicaciones fuera de FT, siendo la gabapentina el fármaco más prescrito en estas condiciones y con mayor duración de uso.

Destaca la alta proporción de pacientes mayores con prescripción de gabapentínoídes con riesgo de sufrir depresión respiratoria, que se pudo ver incrementado por la presencia de fármacos depresores del SNC.

Por todo ello, estos factores convergen en la necesidad de un control más riguroso en estos pacientes para prevenir la aparición de reacciones adversas e incluso valorar el proceso de deprescripción de estos fármacos en aquellos que no lo necesiten o no sean efectivos.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO



## HIPONATREMIA INDUCIDA POR MIRTAZAPINA: A PROPOSITO DE UN CASO.

*Juliá Luna, FJ; Gómez Espinosa, P; Alonso Salmerón, FJ; De la Calle Riaguas, B; García Esteban, B. Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo.*

### OBJETIVO

La depresión es un problema frecuente en ancianos, siendo esencial la elección del tratamiento más adecuado. La mirtazapina es un fármaco antidepressivo empleado en el trastorno depresivo mayor en adultos y que actúa estimulando los neurotransmisores  $\alpha_2$  y los receptores de serotonina 5-HT<sub>2</sub> y 5-HT<sub>3</sub>.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han asociado con hiponatremia, pero la asociación de mirtazapina con hiponatremia no está tan documentada

El objetivo de este estudio es describir el caso de un paciente institucionalizado de edad avanzada con hiponatremia asociada al uso prolongado de mirtazapina.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 61 años con los siguientes antecedentes personales: diabetes, dislipemia, fumador, carcinoma urotelial avanzado en tratamiento paliativo, esquizofrenia paranoide e hiponatremia de posible origen multifactorial.

El tratamiento farmacológico activo del paciente consistía en: insulina aspart, hierro 100 miligramos (mg) diarios, simvastatina 20 mg diarios, piperaciclina/tazobactam 4/0.5 gramos (g) cada 8h, como tratamiento analgésico metamizol y paracetamol si precisa, tapentadol 50 mg diarios, ziprasidona 80 mg dos veces al día, lormetazepam 2 mg diarios y mirtazapina 15 mg/diarios.

Este caso se propuso en un centro sociosanitario asociado a nuestro hospital, en un comité multidisciplinar integrado por una geriatra, enfermeros, un farmacéuticos y terapeutas ocupacionales.

Tras revisión conjunta del paciente y debido a la sospecha de hiponatremia de origen farmacológico, se solicitó al Servicio de Farmacia realizar una revisión farmacoterapéutica del paciente.

### RESULTADOS

Se revisaron las analíticas plasmáticas del paciente y se analizaron las concentraciones de sodio: se observaron valores normales previas a la incorporación de mirtazapina (octubre 2019) e hiponatremia posterior (valores de sodio durante tres años entre 125-132 mmol/L).

La probabilidad de relación causal entre mirtazapina e hiponatremia se evaluó mediante el Algoritmo de Causalidad de Naranjo. Este algoritmo consta de nueve preguntas, cada una asociada a una puntuación. Tras realizar el cuestionario, puede haber cuatro resultados: definida (puntuación mayor o igual a 9), probable (5-8), posible (1-4) y dudoso (0).

En nuestro caso, se valoró como -posible- según el algoritmo para evaluar la causalidad de efectos adversos a medicamentos (puntuación= 3).

Por otro lado, se localizó una revisión de casos publicados en el que se observaba la asociación de hiponatremia y mirtazapina en pacientes mayores de 60 años, tras 6 días de tratamiento, con dosis de 7,5 mg/diarios y debido principalmente a la liberación inadecuada de hormona antidiurética.

Por ello, se sugirió la retirada de mirtazapina y tras nueva analítica 3 semanas después las concentraciones de sodio del paciente tornó a la normalidad hasta la actualidad.

### CONCLUSIONES

La intervención farmacéutica realizada permitió identificar el fármaco causante de la hiponatremia.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## EVALUACION DEL MANEJO FARMACOLOGICO EN EL PACIENTE AGITADO: RESULTADOS EN VIDA REAL.

*Boardman González, D.J.; Canales Ugarte, S.; García López, E.; Rubio Alonso, L.; Hernando Martínez, P.; Barreda Hernández, Dolores. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

### OBJETIVOS

Analizar el manejo farmacológico de la agitación de los pacientes en vida real, evaluando su efectividad y su adaptación a las recomendaciones vigentes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional, en el que se registraron en base de datos Excel los datos demográficos de los pacientes con algún episodio de agitación en un hospital de nivel dos, junto con el tratamiento recibido y la efectividad del mismo, entre septiembre y diciembre de 2023, a través de la historia clínica electrónica (Mambrino XXI®).

Se consideró efectivo el tratamiento farmacológico que resolviese el episodio, sin necesidad de medidas de contención en las 24 horas posteriores. Se estudió la asociación entre el grado de cumplimiento de las recomendaciones y la efectividad del tratamiento mediante análisis Chi-cuadrado, con el programa estadístico SPSS v.15.0®.

Tras búsqueda bibliográfica, se consideraron como recomendaciones vigentes los manuales clínicos del Hospital Virgen del Rocío (2019), el Protocolo de Atención al Paciente Agitado del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava (2018) y las guías clínicas Fisterra.

### RESULTADOS

Se analizaron 123 pacientes de los que el 58 % eran hombres, con una mediana de edad de 83 años. Los diagnósticos más comunes fueron: enfermedad infecciosa 36 casos (29,3%), trastorno psiquiátrico 27 casos (22%) y demencia 12 casos (9,8%). A todos ellos se les prescribieron medicamentos neurolépticos de rescate en caso de agitación psicomotriz, de los cuales se administraron a 58 (47,2%).

Los medicamentos más prescritos fueron olanzapina 5-10 mg (miligramos) vía oral o intramuscular a 65 pacientes (52,8%), haloperidol 5 mg vía subcutánea a 18 pacientes (14,6%) y risperidona 1 mg vía oral a 12 pacientes (9,8%). Olanzapina fue también el fármaco más administrado, habiéndose utilizado en un total de 26 pacientes (21%).

En cuanto a efectividad, de los 58 pacientes que recibieron el tratamiento, éste resultó efectivo en 35 casos (60,3%). El 22,8% de los tratamientos no se adaptaron a las recomendaciones; un 3,3% por el fármaco utilizado y un 19,5% por infradosificación. Al evaluar la asociación estadística entre el grado de cumplimiento de las recomendaciones y la efectividad del tratamiento, se demostró una relación significativa entre ambas ( $p = 0,005$ ). Aunque la correlación entre olanzapina y la efectividad en la contención del paciente no resultó estadísticamente significativa, su uso resultó efectivo en 19 casos (54,3%,  $p = 0,106$ ).

### CONCLUSIONES

A pesar de que son numerosos los casos en los que se prescriben medicamentos neurolépticos en pacientes que sufren algún episodio de agitación, el número de pacientes a los que se les llega a administrar es mucho menor. En nuestro centro existe una alta adherencia a las recomendaciones vigentes en cuanto a fármacos utilizados, aunque algo inferior en cuanto a posologías, lo cual justificaría la necesidad de seguimiento farmacoterapéutico para el cumplimiento de protocolos actualizados en casos de agitación, ya que éste se correlaciona estadísticamente con la efectividad. De este estudio se deduce el uso de olanzapina como posible primera elección en casos de agitación psicomotriz, aunque se requieren análisis más amplios para conseguir una posible significación estadística.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA FRENTE AL TRATAMIENTO DE INFECCIONES PRODUCIDAS POR MICROORGANISMOS GRAM-POSITIVOS

*Torralba Fernández L, Fernández Arévalo M, Jiménez Méndez C, Prieto Galindo R, García Pérez A, Moya Gómez P. Hospital Universitario de Toledo.*

### OBJETIVOS

Analizar el perfil de uso de dalbavancina y determinar su efectividad y seguridad en el tratamiento de infecciones causadas por microorganismos gram-positivos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con dalbavancina entre abril de 2016 y diciembre de 2023 en un hospital de tercer nivel.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, indicación, agente etiológico, tratamientos previos, motivo de uso, régimen terapéutico y número de dosis administradas. Se evaluó la efectividad mediante el porcentaje de pacientes con resolución clínica y microbiológica al final del tratamiento.

La resolución clínica se definió como: ausencia de fiebre, disminución de los reactantes de fase aguda y normalización de los parámetros de infección. La seguridad se determinó en función de las reacciones adversas presentadas.

Los datos se recogieron a través la historia clínica electrónica y del programa de dispensación. Los resultados se analizaron con el programa SPSS® v.22.0.

### RESULTADOS

Se registraron 30 pacientes: 17 hombres (56,7%) y 13 mujeres (43,3%). La mediana de edad fue de 69 años (42-90).

Las indicaciones se distribuyeron en: infección de prótesis articular (50%) infecciones óseas y articulares no protésicas (16,7%), endocarditis (16,7%), infección de piel y partes blandas (10%) y bacteriemia (6,6%).

Los agentes etiológicos identificados fueron: Staphylococcus epidermidis oxacilin-resistente (37,5%) Staphylococcus aureus metilicilin-resistente (15,6%), Staphylococcus aureus metilicilin-sensible (15,6%), Enterococcus faecium (12,5%), Enterococcus faecalis (6,2%) y otros (12,6%).

Entre los tratamientos previos utilizados, se encontraban: daptomicina (37%), vancomicina (22%), linezolid (15%) y otros (26%).

Los motivos de uso incluyeron: facilitar el alta hospitalaria (63,4%), toxicidad por tratamientos previos (23,3%) y contraindicación para el empleo de otros fármacos (13,3%).

Los regímenes terapéuticos empleados fueron los siguientes:

- 1000 mg día 1 + 500 mg semanales (duración variable: 1-12 semanas): 50%
- 1500 mg dosis única: 16,7%
- 1500 mg días 1 y 8: 10%
- 1000 mg dosis única: 13,4%
- 1500 mg días 1, 8 y 43: 3,3%
- 1500 mg día 1 + 1000 mg día 8: 3,3%
- 1000 mg día 1 + 500 mg semanales durante 3 semanas + 1000 mg cada 15 días durante 6 meses: 3,3%

La mediana de dosis administradas fue de 2 (1-15). En 23 pacientes (76,7%) se logró la resolución clínica de la infección, pero sólo en 7 de ellos se confirmó la resolución microbiológica. En el 23,3% de los pacientes tratados (N=7), la infección persistió.

De ellos, 3 reingresaron para el manejo adecuado de la infección. No se identificó ninguna reacción adversa al fármaco en los pacientes tratados.

### CONCLUSIONES:

Dalbavancina se empleó como fuera de ficha técnica en el 90% de los pacientes, coincidiendo con lo reportado en estudios de vida real. Su empleo ofrece ventajas notables en pacientes que requieren tratamientos prolongados, permitiendo su administración de forma espaciada a nivel ambulatorio y demostrando un perfil de seguridad favorable. Sin embargo, no hay consenso sobre el régimen posológico idóneo, lo que subraya la importancia de seguir investigando y optimizando las estrategias terapéuticas asociadas al uso de este fármaco.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO DE MEROPENEM/VABORBACTAM EN VIDA REAL EN UN HOSPITAL GENERAL

*Criado Rubio B, De la Calle Riaguas B, Alonso Salmerón F, Lóizaga Celada A, Aguilar Duque E, García Esteban B. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Toledo.*

### OBJETIVOS

Meropenem/vaborbactam (M/V) es la combinación de un carbapenémico con un inhibidor no betalactámico de serina betalactamasas de clase A y C financiado en infecciones por *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC, cuando no exista una alternativa terapéutica.

Evaluar la adecuación de la prescripción de M/V a las condiciones de financiación en pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y analizar su efectividad y seguridad. También se pretende identificar el grado de intervención del equipo PROA.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital general (enero-diciembre 2023) en pacientes tratados con M/V. Las variables recogidas de la historia clínica digital fueron: relacionadas con el paciente (sexo, edad, servicio), con la infección (diagnóstico, microorganismo aislado, tipo de muestra cultivada), con la antibioterapia (dirigida/empírica, concomitante, dosis y duración del tratamiento) y la intervención del PROA. La efectividad se evaluó mediante la resolución clínica tras finalizar el tratamiento y la seguridad se valoró mediante los efectos adversos (EA) e interrupciones.

### RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes (90% varones) con una mediana de edad de 66 años (49-87). Los servicios prescriptores fueron la unidad de cuidados intensivos 10 (50%), medicina interna 7 (35%), servicios quirúrgicos 2 (10%) y oncología 1 (5%).

Los diferentes diagnósticos fueron: infección del tracto urinario 7 (35%), bacteriemia 4 (20%), neumonía adquirida en la comunidad 4 (20%), infección de piel y partes blandas 3 (15%) y otros 2 (10%).

El microorganismo principalmente aislado fue *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC 17 (85%), *Klebsiella pneumoniae* multisensible 1 (5%), *Klebsiella oxytoca* productoras de KPC 1 (5%) y *Acinetobacter Baumannii* multirresistente 1 (5%).

Los tipos de muestras cultivadas fueron: urocultivo 7 (35%), hemocultivo 4 (20%), herida quirúrgica 2 (10%) y líquido peritoneal 1 (5%). Como screening de multirresistencias se identificaron 3 exudados faríngeos (15%) y 3 rectales (15%). La antibioterapia tenía una intención dirigida en el 70% de pacientes.

Todos los pacientes recibieron la pauta estándar de 2g/c8h en perfusión de 3h con una mediana de duración de 9 días (4-15).

La infección se resolvió con éxito en 14 pacientes (70%) mientras que en 6 de ellos se interrumpió el tratamiento (30%); 3 éxitos, 1 *Klebsiella pneumoniae* KPC resistente a M/V, 1 empeoramiento clínico y 1 desescalado. 7 pacientes recibieron M/V en monoterapia, mientras que 14 recibió otro tratamiento antibiótico concomitante; 7 oxazolidinonas, 2 aminoglucósidos, 2 quinolonas y 2 tetraciclinas. El grupo PROA participó en la prescripción del 100% de M/V.

Respecto a la seguridad, ningún paciente sufrió EA atribuibles al tratamiento y fue bien tolerado.

### CONCLUSIONES

En general nuestros resultados muestran un perfil de uso de M/V ajustado a las condiciones de financiación en indicación y duración. La mayoría de las infecciones con tratamientos dirigidos se resolvieron con éxito y sin reportar EAs. Un paciente con antecedentes de KPC que presentaba una *Klebsiella pneumoniae* multisensible se desescaló en un breve periodo de tiempo. Para asegurar el correcto uso de los nuevos antibióticos de amplio espectro consideramos fundamental la revisión por parte del equipo PROA.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EFFECTIVIDAD DE DARATUMUMAB EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

*Romera García JM, Mayo Canalejo B, Torres Degayon E, Vicente Sanchez MP, Calle Primo MC. Servicio de Farmacia. Servicio de Hematología. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

### OBJETIVOS

Daratumumab en combinación con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona (D-VCd) ha sido el primer tratamiento con indicación específica para la amiloidosis de cadena ligeras (AL) en pacientes adultos. No obstante, esta combinación no ha sido financiada para esta indicación en España.

El objetivo de este estudio fue describir la efectividad de daratumumab en pacientes con diagnóstico de amiloidosis en la práctica clínica real.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de amiloidosis que recibieron tratamiento con daratumumab, en un hospital de tercer nivel.

VARIABLES: edad, sexo, diagnóstico (amiloidosis primaria o amiloidosis asociada a mieloma múltiple (MM)), cadenas ligeras, número y tipo de órganos afectados, pro-BNP, troponina I y tasa de filtración glomerular (TFG) al diagnóstico, vía de administración de daratumumab (subcutáneo (SC) o intravenoso (IV)), y número de ciclos recibidos.

La efectividad se determinó mediante la respuesta hematológica y orgánica (según los criterios de la Sociedad Internacional de Amiloidosis (ISA)), así como por las medianas de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica informatizada (MambrinoXXI®) y la prescripción electrónica oncológica (FarmisOncofarm®).

### RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes. La mediana de edad fue de 65 años (rango intercuartílico (RIQ) 57-74), un 83,34% de ellos hombres. El 50% fue diagnosticado de amiloidosis primaria, siendo el restante asociado a MM. En cuanto a las cadenas ligeras, un 83,33% fue lambda y el restante, kappa. La media de órganos afectados fue 3 (RIQ 2-4): 83,34% afectación cardíaca; 83,34% renal; 66,67% tejidos blandos; 33,34% hepática; 33,34% intestinal.

Al diagnóstico, el 83,34% de los pacientes tuvo un pro-BNP > 332 ng/L, el 33,34% una TFG < 50 mL/min y todos tuvieron una troponina I > 0,1 ng/mL.

Todos los pacientes recibieron daratumumab subcutáneo, con una duración media de 23,3 meses (mediana de 19 ciclos (RIQ 6-57)). Hubo respuesta hematológica en la totalidad de los pacientes, pero sólo el 50% de los mismos tuvo respuesta orgánica.

Con una mediana de seguimiento de 20,1 meses, sólo un paciente progresó y falleció, con lo que las medianas de SLP y SG no han sido alcanzadas.

### CONCLUSIONES

Todos los pacientes de nuestra serie alcanzaron respuesta hematológica, pero sólo la mitad de ellos experimentaron respuesta orgánica, siendo estos datos acordes con los publicados en el ensayo ADROMEDA, que reportaban un 92% de respuesta hematológica y, aproximadamente, un 50% de respuesta orgánica. En nuestro estudio no se han alcanzado medianas de SLP ni de SG, con lo que sería necesario realizar un mayor seguimiento para analizar beneficios a este nivel. La principal limitación del estudio es el bajo número de pacientes incluidos, pero debido a la baja frecuencia de esta enfermedad y la limitada experiencia, no ha sido posible aumentar la muestra. A pesar de los modestos resultados obtenidos, el tratamiento con daratumumab podría resultar beneficioso en términos de respuesta en la práctica clínica real.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Lafarga Lapieza, V; Perez Cano, E; Martin Niño, I; Picazo Sanchiz, G; Martinez Valdivieso, L; Barreda Hernandez, D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca.*

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la utilización de trastuzumab-emtansina (TDM-1) en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) HER2+ en la práctica clínica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo (julio 2013-enero 2024) de pacientes que iniciaron tratamiento con TDM-1 en un hospital de nivel II. Las variables recogidas fueron: demográficas, estado de receptores hormonales (RH) e índice de proliferación celular (Ki-67), debut metastásico, tratamientos previos para el CMM, número de ciclos con TDM-1.

Variables de efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Variables de seguridad: efectos adversos (EA) incluido reducción de FEVI y su gravedad según los Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0 (CTCAE).

Los datos fueron extraídos de la historia clínica (Mambrino®) y Sistema de Gestión Integral del paciente oncohematológico (Farhos®)

### RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 57 (33-81) años. Un 13,3% de las pacientes tenían RH positivos y al menos 5 pacientes un Ki-67 >20%. La mediana de ciclos de TDM-1 fue de 8 (1-57), presentando un 33,3% (n=5) enfermedad metastásica al diagnóstico.

El tratamiento con TDM-1 en CMM fue en 1º y 2º línea de tratamiento en 4 y 6 pacientes respectivamente, todos ellos habiendo recibido como línea previa pertuzumab+trastuzumab+taxano excepto un paciente con trastuzumab+taxanos. En 5 pacientes se administró TDM1 como 3º línea o superior, siendo todas ellas tratadas con líneas previas que habían incluido trastuzumab en combinación con otros fármacos (vinorelbina, eribulina, gemcitabina, lapatinib, paclitaxel).

Respecto a la efectividad, al cierre del estudio, el 86,7% de las pacientes había interrumpido el tratamiento por progresión y el 53,3% había fallecido. La mediana de SLP y SG obtenidas fueron 5 (1-39) meses y 27 (2-228) meses, respectivamente.

Respecto a la seguridad, la FEVI se mantuvo dentro de los valores de normalidad en todas las pacientes, a excepción de una, en la que se objetivó una FEVI=35% y que debido a la disfunción severa del ventrículo izquierdo se le suspendió el tratamiento durante un año. Un 46,7% de las pacientes presentaron EA, y según la escala CTCAE grados 1-2: disnea(n=1), prurito vaginal (n=2), dolor osteomuscular (n=1), plaquetopenia (n=3), emesis (n=1). Únicamente en una paciente, se tuvo que reducir la dosis de TDM-1 por toxicidad hematológica.

### CONCLUSIÓN

En la práctica asistencial, la efectividad del tratamiento con TDM-1 en CMM ha sido inferior a la descrita en el ensayo pivotal EMILIA en cuanto a SLP (5 vs 9,6 meses) y SG (27 vs 30,9 meses). La diferencia de resultados obtenidos podría explicarse por la población incluida, siendo utilizado el TDM-1 en nuestro estudio en múltiples líneas de tratamiento mientras que en el estudio EMILIA se hace uso en segunda línea.

Respecto a la seguridad, los EA fueron los esperados para este fármaco, descritos en ficha técnica como frecuentes o muy frecuentes. La FEVI se mantuvo por encima del 45% tal y como se describe en el estudio EMILIA, excepto en una paciente.

El tamaño muestral sugiere que hay que continuar evaluando el uso de este fármaco para conocer su verdadero posicionamiento en la práctica asistencial.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## RESULTADOS EN SALUD DE NIRAPARIB EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

*Cebrián Carrascosa, C; Amores del Rey, L; Torres Degayon E; Vicente Sánchez MP; Nieto Sandoval Martín de la Sierra, P. Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVO

Evaluar efectividad y seguridad de niraparib en pacientes con cáncer de ovario epitelial de alto grado (COAG) que tienen respuesta tras una línea de quimioterapia (QT) basada en platino.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con COAG, tratadas con niraparib en mantenimiento de primera línea desde junio 2021 hasta enero 2024.

Las variables, se recogieron de historia clínica electrónica: MambrinoXXI y Farmis-Oncofarm: edad, fecha de diagnóstico, estadio, mutación BRCA 1/2, deficiencia HRD, fecha de cirugía, número de ciclos de QT, respuesta a la QT, dosis inicial de niraparib.

La efectividad se midió mediante supervivencia libre de progresión (SLP) como variante principal y supervivencia global (SG) como variable secundaria.

Se recogieron reducciones de dosis, interrupciones y suspensión del tratamiento debido a toxicidad como variables de seguridad.

Se utilizó programa SPSS v 23 para el análisis estadístico.

### RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes: mediana de edad 59,94 años (DS=10.12), todas en estadios 4 (64,54%), o 3 (38,46%), 76,9% con ECOG 0. BRCA no mutado (76,92%) y desconocido (23,08%), el 76,92% no presentó deficiencia en HRD (HRD-) o era desconocida y el 23,08% fue HRD+.

La media de ciclos de QT recibidos fue 7 (DS=2.29). El 61,54 % tuvo respuesta completa y el 38,46% parcial. Todas las pacientes iniciaron niraparib a dosis establecida, excepto 1 que inició con dosis reducida.

El seguimiento medio fue 14,47 meses (DS 9.02). El 61,54% experimentó progresión, con una mediana de SLP de 5,03 meses (IC95%: 2.22-7,84). Al final del seguimiento, 4 pacientes (30,77%) continuaban en tratamiento con una mediana de 17,92 meses (DS=4.73). La tasa de mortalidad fue 46,15%, la mediana de SG no se alcanzó.

El 100% de los pacientes presentó alguna reacción adversa (RA). El 46,15% sufrió toxicidad hematológica, siendo anemia (46,15%), neutropenia (23,08%) y trombocitopenia (15,38%) las principales manifestaciones. El 30,77% de las RA hematológicas fueron de grado 3 o mayor. La toxicidad gastrointestinal afectó al 69,23% de los pacientes, destacándose las náuseas y vómitos en el 61,54%. El 46,15% reportó fatiga o astenia y 1 paciente experimentó hipertensión arterial.

El 38,5% requirió reducción de dosis, el 23,1% interrumpió el tratamiento, y solo un paciente suspendió el tratamiento debido a intolerancia.

### CONCLUSIÓN

En nuestro estudio se obtienen datos de SLP inferiores a los reportados en el ensayo clínico pivotal. Esto se puede deber a que la proporción de pacientes HRD+ y BRCA + fue inferior a la del estudio PRIMA (23,8% vs 50,9%, y 0% vs 30,4% respectivamente). En cuanto a los datos de seguridad, son acordes con los publicados en la literatura.

Nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de buscar marcadores que seleccionen a los pacientes que puedan obtener mayor beneficio de esta intervención, ya que más de un tercio de nuestra población presenta respuestas muy mantenidas en el tiempo.

La muestra analizada en nuestro centro es pequeña y sería interesante analizar datos de manera multicéntrica para sacar conclusiones más robustas acerca del beneficio clínico de esta terapia en condiciones de práctica clínica real.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## MULTIRRESISTENCIAS EN TUBERCULOSIS, RETANDO AL MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lafarga Lapieza V, Garrido Moriana NJ, Picazo Sanchiz G, Martín Niño I, Hernando Martínez P, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz, GAI Cuenca. Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Luz. GAI Cuenca

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de tuberculosis multirresistente (TBC-MDR) y el manejo farmacoterapéutico durante la rotación del fármaco en Medicina Interna-Infeciosas (MI-I).

### MÉTODOS

Varón de 22 años, natural de Perú (hasta marzo-23), sin alergias conocidas ni antecedentes de interés. Acude a Urgencias (octubre-23) por vómitos de 3 días de evolución, tos irritativa sin expectoración hace más de tres meses, sin fiebre ni otra sintomatología asociada.

Se objetiva en radiografía de tórax infiltrado intersticial con imagen de cavitación en lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de TBC se solicitan baciloscopias seriadas de esputo e ingresa en MI-I.

Se aísla en esputo *Mycobacterium tuberculosis* y mediante PCR (XpertRMDR) se detectan genes de resistencia a dos fármacos de primera línea (rifampicina e isoniácida), etionamida y algún gen de baja resistencia a fluoroquinolonas, pero sensible a fármacos inyectables de segunda línea, clasificándose como TBC-MDR.

Se revisan fuentes bibliográficas y las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica que se comentan en sesión multidisciplinar con el Servicio de Farmacia (SF).

Tras conocer el resultado de resistencias y consultar a un experto de referencia, se modifica la pauta empírica inicial por:

- Bedaquilina 400 mg/24 h 14 días. Después, 200 mg 3 días/semana.
- Linezolid 600 mg/24 h
- Moxifloxacino 800 mg/24 h
- Delamanid 100 mg/12 h
- Clofazimina 100 mg/24 h

Desde el inicio, se mantiene el contacto periódicamente entre MI-I, SF y el paciente para comprobar la tolerancia y adherencia.

### RESULTADOS

Actualmente, para tratar la TB-MDR se priorizan esquemas orales acortados que incluyan una fluoroquinolona (levofloxacino/moxifloxacino), bedaquilina y linezolid, siendo esencial la implicación del SF para la adquisición de los fármacos. En nuestro caso, se solicita clofazimina mediante la plataforma de gestión de medicamentos en situaciones especiales con conformidad expresa previa del laboratorio.

Durante el ingreso el paciente refiere náuseas y vómitos matutinos puntuales. Se revisa de nuevo el tratamiento y se ajusta horario para evitar la administración de fármacos por la mañana mejorando tolerancia y manteniendo una adecuada absorción y biodisponibilidad. Se realiza una revisión de los efectos adversos relevantes recomendando la realización de electrocardiogramas periódicos tras el inicio de delamanid.

Análiticamente se observa leve elevación de urato en relación a la administración inicial de pirazinamida y etambutol, normalizándose posteriormente.

Previo al alta, con baciloscopia y cultivos de esputo seriados negativos, el equipo multidisciplinar refuerza la adherencia y entrega una hoja de optimización farmacoterapéutica recogiendo pauta posológica y recomendaciones, reforzando el papel del SF en el manejo de pacientes complicados.

Actualmente, el paciente refiere náuseas asociadas a moxifloxacino causando abandono puntual, para lo que se pauta metoclopramida y se insiste de nuevo en la importancia de la adherencia.

### CONCLUSIONES

La TBC-MDR presenta un manejo farmacoterapéutico complejo y menor tasa de curación. Por ello, consultar y seguir las recomendaciones de los expertos resulta imprescindible para conseguir tasas aceptables de curación.

La colaboración multidisciplinar entre el equipo médico-farmacéutico adquiere especial importancia ya que permite acelerar la adquisición de medicamentos, optimizar el tratamiento y realizar un seguimiento exhaustivo de la adherencia, poniéndose de manifiesto el valor de la integración del fármaco en equipos clínicos.

- Es un caso clínico: SI
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO DE EPTINEZUMAB EN LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA CRÓNICA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Lóizaga Celada, A; Lomares Manzano, I; Criado Rubio, B; Alonso Salmerón, FJ; Aguilar Duque, E; González Joga, B. *Hospital General Universitario Ntra. Sra. Del Prado, Talavera de la Reina (Toledo).*

### OBJETIVOS

Eptinezumab es el primer anticuerpo monoclonal (AcMo) indicado para la migraña que presenta una administración intravenosa trimestral, a diferencia de otros tratamientos biológicos anteriores con posología mensual y administración subcutánea.

En el ensayo PROMISE-2 (n=1121) se demostró la efectividad de eptinezumab en cuanto a la reducción del número de crisis a las 12 semanas de tratamiento, presentando 2,03 episodios menos que placebo a la dosis de 100mg, evidenciándose un menor consumo de medicación para las crisis agudas.

El objetivo de este póster es analizar la efectividad y seguridad de eptinezumab como profilaxis en el tratamiento de migraña crónica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general de pacientes que iniciaron tratamiento con eptinezumab entre los meses de junio 2023 y enero 2024.

Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica: edad, sexo, diagnóstico, pérdida/falta de respuesta a tratamientos profilácticos previos —incluyendo otros anticuerpos monoclonales (AcMo)—, posología y la mediana de seguimiento.

Para valorar la efectividad se tuvo en cuenta el número de crisis pre y postratamiento y la reducción en la intensidad de las crisis; sólo se consideraron aquellos pacientes con más de 12 semanas de tratamiento. En cuanto a seguridad, se registraron los efectos adversos notificados por los pacientes.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa Excel®.

### RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes con una media de edad de 49 años (62,5% mujeres), todos ellos con diagnóstico de migraña crónica refractaria. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 2,5 meses (1-5,75). Todos los pacientes recibieron la pauta de 100 mg vía intravenosa cada 12 semanas.

Los pacientes habían experimentado fracaso terapéutico con >4 tratamientos previos, entre los que se encuentran: topiramato, valproico, flunarizina, propranolol, amitriptilina, candesartán y toxina botulínica A. Todos los pacientes recibieron previamente otro AcMo, observándose falta de respuesta: galcanezumab (62,5%), fremanezumab (62,5%) y erenumab (12,5%).

Se evaluó la efectividad en 4 pacientes; tres de ellos (75%) notificaron mejoría en cuanto a la intensidad de las crisis y disminución en la utilización de medicación de rescate, no así en el número de crisis (una media de 15,6 crisis/mes (11,5-20) por paciente pre y postratamiento). Asimismo, dos pacientes de reciente inicio notificaron presentar ausencia de crisis por 7-10 días tras la administración. En términos de seguridad, se analizó el pull completo de pacientes, y sólo uno refirió persistencia de náuseas y vómitos durante los tres días siguientes a la administración de eptinezumab.

### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el uso de eptinezumab a corto-medio plazo redujo la intensidad de las crisis de migraña y el uso de fármacos de rescate con un perfil de seguridad manejable, aunque no se evidenció cambio en el número total de crisis al mes.

Dado la reciente financiación de este fármaco en marzo de 2023, nuestro estudio tiene un tamaño muestral reducido; esto evidencia la necesidad de más estudios con mayor número de pacientes para evaluar su efecto en la práctica clínica.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

*Prieto Galindo, R, Domínguez Barahona, A. Torralba Fernández, L. Jiménez Méndez, C. García Pérez A., Gómez Fernández E. Hospital Universitario de Toledo*

### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de Ocrelizumab en pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) y Esclerosis Múltiple Primariamente Progresiva (EMPP) en un hospital de tercer nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluye todos los pacientes tratados con Ocrelizumab desde abril 2019 hasta diciembre 2023.

Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), fecha inicio tratamiento, diagnóstico y número de infusiones recibidas.

Para evaluar la efectividad se compararon los brotes durante el año previo a Ocrelizumab y tras 1 año de tratamiento. También se comparó la puntuación del estado de discapacidad (escala EDSS al inicio y a las 52 semanas). Se registró la presencia de nueva actividad inflamatoria en resonancia magnética (RM) a las 52 semanas. Solo se incluyeron los pacientes con mínimo un año de tratamiento.

Para evaluar la seguridad se recogió la existencia y tipo de reacción adversa manifestada durante la infusión.

Los datos se recogieron mediante el módulo de Pacientes Ambulantes en Farmatools®, Mambrino XXI® y su tratamiento se realizó mediante Excel® y SPSS® (test de Wilcoxon para muestras relacionadas no paramétricas)

### RESULTADOS

El total de pacientes recogidos fue de 54 (69% mujeres y 31% hombres). La media de edad fue 43 años  $\pm$  8,62 años. 44 pacientes fueron diagnosticados de EMRR y 10 de EMPP. La media de infusiones recibidas fue de 5,29  $\pm$  2,66.

En cuanto a la efectividad, de los 54 pacientes solo cumplieron los criterios del estudio 35. La media de brotes en el año previo fue de 0,77  $\pm$  0,53 y tras un año se redujo a 0,082  $\pm$  0,02 con resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). La puntuación EDSS al iniciar el tratamiento fue 3,35  $\pm$  2 y tras 52 semanas 3,37  $\pm$  1,9 con resultados no significativos ( $p > 0,05$ ). Respecto a la resonancia, no fue posible valorar la presencia de nueva actividad inflamatoria en todos ellos debido a la falta de resonancia documentada a las 52 semanas. De los 35, solo 22 tenían registro de esta prueba. De estos 22 pacientes, solo 3 de ellos presentaron nueva actividad inflamatoria tras 52 semanas de tratamiento.

En cuanto a la seguridad, del total de 54 pacientes, el 41% manifestaron reacciones adversas durante la infusión. Las más frecuentes fueron picor faríngeo (6 pacientes) y urticaria (6 pacientes) seguido de cefalea, exantema, taquicardia y fatiga (2 pacientes respectivamente). La interrupción del tratamiento solo se produjo en un caso en el que el paciente desarrolló colitis inmunomediada.

### CONCLUSIONES

En nuestro estudio, Ocrelizumab muestra efectividad en pacientes con EMRR y EMPP al reducir el número de brotes y no presentar nueva actividad inflamatoria. Además, no existe incremento en la media de puntuación EDSS.

El perfil de seguridad es favorable, manifestando reacciones adversas leves con solo un caso que precisó suspender el tratamiento.

Sería necesario comparar nuestros resultados con los obtenidos en los estudios pivotaes y continuar con la recogida de datos para conseguir un mayor tiempo de seguimiento debido a la limitación del tamaño muestral y número de resonancias documentadas.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## ANGIOEDEMA OROFACIAL POR ALTEPLASA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drozd Vergara, A; Aldaz Francés, R; Martínez Azor, A; Moreno García, P; Cuerpo Ibáñez, L. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS

La alteplasa es un activador recombinante del plasminógeno tisular humano que convierte el plasminógeno en plasmina produciendo la disolución del coágulo. Las reacciones de hipersensibilidad inmunomediada asociadas a la administración de alteplasa presentan una frecuencia de aparición rara (entre 1/1.000-1/10.000), siendo el angioedema la más frecuente. El angioedema orofacial (AO) presenta una incidencia del 0,2-5,1% y el riesgo puede aumentarse en ictus isquémico agudo y/o por el tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). El objetivo de nuestro estudio es describir el abordaje terapéutico de una paciente con AO por alteplasa y evaluar su causalidad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del manejo terapéutico de un paciente con AO por alteplasa en un hospital terciario. Variables: sexo, edad, comorbilidades y tratamiento habitual. Para evaluar la causalidad del AO se utilizó el algoritmo del Sistema Español de Farmacovigilancia y el algoritmo de Karch-Lasagna modificado. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digitalizada.

### RESULTADOS

Mujer de 69 años, sin alergias medicamentosas, hipertensa y portadora de prótesis aórtica por estenosis severa. No IECA en el tratamiento habitual. Acudió al Servicio de Urgencias el 17/12/2023 con alteración del habla y desviación de la comisura facial, donde se activó el Código Ictus. Exploración física: disartria leve, paresia facial y extinción sensitiva izquierdas, hipoalgesia facio-braquio-crural izquierda y una escala NIHSS de 4 puntos. Tras realizar TC (tomografía computarizada) basal, TC-perfusión y angio-TC se diagnosticó de ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha, de probable origen cardioembólico.

Se inició trombólisis intravenosa a las dos horas y veinte minutos de iniciados los síntomas, sin complicaciones inmediatas. Finalizando la perfusión de alteplasa comenzó con edema de los labios, sensación de picor en la garganta y lesiones habonosas en brazos y tórax. Se interrumpió la perfusión de alteplasa y se pautaron metilprednisolona, famotidina y dexclorfeniramina intravenosos. No requirió intubación, ni se objetivó edema de úvula. Ante la posibilidad de angioedema más grave, el neurólogo realizó una petición de Medicamentos en Situaciones Especiales al Servicio de Farmacia por el uso compasivo de icatibant 30 mg subcutáneos, por si fuera necesario. El farmacéutico hospitalario (FH) revisó la bibliografía existente y tramitó un informe a Dirección Médica para su autorización. Se produjo una resolución completa del cuadro a las pocas horas y no se requirió icatibant. En cuanto a la causalidad del AO, se caracterizó como efecto adverso probable utilizando ambos algoritmos y se notificó mediante tarjeta amarilla al Sistema Español de Farmacovigilancia.

### CONCLUSIONES

Los pacientes tratados con alteplasa deben monitorizarse por si presentan angioedema durante las 24 horas tras la perfusión. El angioedema inducido por alteplasa es característico de una reacción mediada por bradicinina y el icatibant (antagonista sintético del receptor B2 de la bradicinina) es eficaz en su tratamiento.

Nuestra paciente no requirió icatibant y el AO se resolvió completamente tras el tratamiento con corticoides y antihistamínicos intravenosos. Es importante destacar la actividad proactiva del FH en materia de farmacovigilancia para la evaluación de la seguridad.

- Es un caso clínico: SI
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DEL USO EN PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFORTUMAB-VEDOTIN EN CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

*Martínez Azor, Andrea; Díaz Rangel, Marca; Alabort Ayllón, Hector; Drodzd Vergara, Andrea; Tébar Martínez, Eduardo; Moreno García, Paula Complejos Universitario Hospitalario de Albacete.*

### OBJETIVOS

Analizar el uso en práctica clínica de Enfortumab-vedotin en pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico tras recibir previamente quimioterapia basada en platinos e inhibidores del receptor o del ligando de muerte celular programada -1 posteriormente.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con enfortumab-vedotin desde febrero 2023 hasta enero 2024.

Las variables registradas fueron: sexo, edad, diagnóstico, presencia de metástasis, líneas previas de quimioterapia utilizadas, inmunoterapia previa, número de ciclos recibidos de enfortumab-vedotin, supervivencia libre de progresión (SLP) para tratamiento y reacciones adversas a medicamentos (RAM) observadas.

Datos obtenidos a partir de la historia clínica digitalizada Mambrino XXI® y Farmatools®. La efectividad se evaluó en función de la SLP y respuesta al tratamiento (criterios RECIST). La seguridad, según el tipo y frecuencia de las RAM detectadas (criterios CTCAE v.5.0).

Análisis estadístico: programa STATA® v.17.0

### RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes: cinco hombres y una mujer; mediana de edad: 65 años (56-74). Todos con carcinoma urotelial en el tracto inferior con histología urotelial puro.

Al comienzo del tratamiento, cuatro presentaban metástasis: hepáticas (n=3), viscerales (n=2), óseas (n=1) y en ningún caso cerebrales; los otros dos restantes mostraban enfermedad avanzada.

El número de tratamientos sistémicos previos recibidos fue de 2 líneas (n=5) y 3 líneas previas (n=1). La quimioterapia empleada se basó en: Cisplastino-Gemcitabina (n=4); Carboplatino-Gemcitabina (n=2), seguidos de inmunoterapia con atezolizumab (n=4) y avelumab (n=3).

Enfortumab-vedotin fue 3ª línea de tratamiento para cinco de los pacientes y 4ª línea para uno. En el momento del estudio, la mediana de ciclos recibidos fue de 3 (2-8).

Para aquellos pacientes que finalizaron el tratamiento (n=3), la mediana de SLP resultó de 3 meses (2-5). En cuanto a la respuesta, tres de los pacientes sufrieron progresión de la enfermedad, mientras que los otros tres permanecen en tratamiento actual con enfermedad estable. Sólo un paciente falleció tras 2 ciclos de Enfortumab-Vedotin debido a complicaciones durante un ingreso hospitalario.

Respecto a la seguridad, los seis pacientes iniciaron el tratamiento a dosis completas (1,25 mg/kg), requiriendo todos ellos disminución de dosis (1mg/kg) a partir del segundo ciclo; más adelante, dos pacientes precisaron un segundo nivel de bajada de dosis (0,75 mg/kg) a partir del 4º y 8º ciclo por neurotoxicidad. Así, las RAM más frecuentes fueron: reacciones cutáneas (n=4), astenia (n=3), neurotoxicidad (n=2), alopecia (n=2), hiperglucemia (n=2), neutropenia (n=1). Tres pacientes mostraron reacciones adversas grado 3 y sólo en uno la toxicidad cutánea motivó la suspensión definitiva del tratamiento tras 4 ciclos completos.

### CONCLUSIONES

Los resultados de eficacia obtenidos en nuestro estudio en vida real resultaron inferiores a los descritos en el ensayo clínico EV-301 (3 meses vs. 5,5 meses respectivamente). Enfortumab-vedotin presenta buen perfil de seguridad y tolerabilidad; se observaron efectos adversos potencialmente asociados al mismo, que fueron controlados mediante reducciones de dosis e interrupciones temporales del tratamiento.

Sin embargo, es preciso aumentar el tamaño muestral, así como realizar un seguimiento más largo para obtener conclusiones más robustas de práctica clínica.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## USO DE PAXLOVID®: RESULTADOS EN SALUD. VIDA REAL vs ENSAYOS CLÍNICOS

PICAZO SANCHIZ,G; MARTÍN NIÑO,I; PÉREZ CANO, E; GARCIA LÓPEZ,E; BOARDMAN GONZÁLEZ,DJ;  
BARREDA HERNÁNDEZ,D. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

### OBJETIVOS

El ensayo EPIC-HR evaluó la eficacia de Paxlovid® en pacientes mayores de 18 años y con al menos un factor de riesgo (FR) de evolucionar a enfermedad grave. En el estudio quedaron excluidas aquellas personas que había pasado la infección o habían recibido alguna dosis de la vacuna disponibles para la COVID-19. El objetivo ha sido analizar efectividad y seguridad en vida real del tratamiento con Paxlovid® y ver si los resultados son comparables a los descritos en el ensayo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de nivel II. Se incluyeron todos los pacientes que se les había dispensado desde el Servicio de Farmacia (SF) tratamiento con Paxlovid® desde abril-22 hasta diciembre-23.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, FR para la progresión, inicio de síntomas inferior a 5 días, variables de eficacia descritos en el EC: hospitalización por COVID-19 hasta el día 28 y/o muerte por cualquier causa hasta el día 28; dosis ajustada a la función renal e interacciones relevantes, efectos adversos, historial de vacunación. Para ello, se revisó historia clínica informatizada en Mambrino XXI®, formulario de dispensación de Paxlovid® y visor clínico de Turriano®.

### RESULTADOS

En nuestra área se han dispensado 54 tratamientos, (50% mujeres vs 49% EC) con una media de edad 71,06 años (rango 33-94), superior a la del ensayo (45 años). El 100% de los pacientes iniciaron el tratamiento en los primeros 5 días de síntomas, cumpliéndose la indicación en la totalidad de los pacientes.

Los principales FR para progresar a COVID-19 grave, referidos en los criterios de priorización: tratamiento inmunosupresor con corticoides 33,33%, edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular 20,37% y pacientes oncológicos en tratamiento activo 20,37%.

En comparación con los participantes del ensayo clínico, en el que se excluyó a pacientes vacunados y/o que habían pasado la enfermedad, el 24,07% de los pacientes tenían una prueba positiva para COVID-19 y el 90,74% estaban vacunados. En relación a las variables principales, un 12,7% de nuestros pacientes terminó hospitalizado por motivos relacionados con el COVID-19 vs el 0,9% del EC. El 3,6% falleció dentro de los 28 días vs. 0% del EC.

En cuanto a seguridad, desde el SF se recomendó ajuste de la dosis por función renal en el 29,63% de los casos. Al revisar el tratamiento crónico las interacciones más frecuentes fueron por el uso de estatinas 20,37% y anticoagulantes de acción directa 12,96%. En 40,74% no se encontró ninguna interacción.

En la población del estudio no se ha notificado ninguna reacción adversa al tratamiento.

### CONCLUSIONES

Se sugiere que el uso de Paxlovid® ha sido seguro, durante el periodo de estudio no ha habido ninguna notificación de reacción adversa, pero dado las diferencias encontradas entre la población del EC con la nuestra, edad avanzada, haber pasado la infección y estar vacunadas puede explicar la diferencia en los resultados en las variables principales del estudio.

Destacamos el papel del farmacéutico, al revisar las posibles interacciones de los fármacos con la medicación habitual, permite realizar recomendaciones, aportando seguridad al tratamiento y valor en resultados en salud.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Cuesta García M1, Comino Martín M1, Pérez Serrano R1, Piqueras Flores J2. 1Servicio de farmacia. 2Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### OBJETIVOS

En el contexto de la implementación de un nuevo protocolo multidisciplinar de endocarditis infecciosa (EI) en nuestro hospital para estandarizar y mejorar la atención de esta patología grave y de mal pronóstico propusimos, el objetivo de analizar los casos reales de EI de los últimos años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, multidisciplinar y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Periodo analizado: 2017- 2022. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de ingreso/alta de EI, de los que el equipo médico se encargó de revisar las pruebas para verificar los casos reales de EI. Variables: sexo, edad, cirugía valvular, intervención cardiaca en un centro especializado, tipo de tratamiento (dirigido/empírico), microorganismo responsable, antibióticos utilizados, duración del tratamiento, vía de administración seleccionada, recurrencia y/o mortalidad a los 3 meses.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica (Mambrino XXI) y de los programas Farmatools y ATHOS-APD. Análisis con SPSS.

### RESULTADOS

Se incluyeron 96 pacientes con diagnóstico inicial de EI, de los que finalmente se seleccionaron 44 casos reales, de los cuales eran hombres 70.5%, edad media 67,8 años, cirugía valvular previa en el 29.5%, pacientes derivados a otro centro por cirugía cardiaca 75% (n=33) y el tratamiento fue dirigido en el 93% (n=41).

Los microorganismos causantes fueron 100% Gram positivos: Staphylococcus aureus 47% (n=19) (48% meticilin resistente), Streptococcus 24% (n=10), Enterococcus 17% (n=7), Staphylococcus coagulasa negativo 7% (n=3) y Corynebacterium 5% (n=2).

Los antibióticos utilizados en más de un 10% de los pacientes fueron: daptomicina 58.7% (n=27), cloxacilina 39.1% (n=18), ceftriaxona 37% (n=17), gentamicina 32.6 % (n=15), ampicilina 28.3% (n=13), vancomicina 28.3% (n=13), linezolid 15.2% (n=7), rifampicina 15.2% (n=7) y piperacilina/tazobactam 13% (n=6).

La duración media del tratamiento fue de 40 días (entre 4-6 semanas en el 78.4% (n=29), inferior a 4 semanas 2.7% (n=1) y superior a 6 semanas 18.9% (n=7)). La vía de administración seleccionada fue exclusivamente intravenosa en el 82% (n=36) y vía intravenosa con terapia secuencia a vía oral 18% (n=8).

La recurrencia de endocarditis en 3 meses se dio en el 2.3% (n=1) y la mortalidad en 3 meses en 13,6% (n=6).

### CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se puede afirmar que la EI se trata de una enfermedad importante y de mortalidad elevada. Por la metodología utilizada en nuestro estudio no podemos conocer la prevalencia real de EI, pudiendo ser una patología infradiagnosticada.

En nuestra área las EI son mayoritariamente causadas por bacterias Gram positivas principalmente Staphylococcus aureus y Streptococcus, los tratamientos son largos, con necesidad de cirugía cardiaca en la mayoría de casos, con necesidad de asociación de varios antibióticos y con poca utilización de la vía oral.

El análisis multidisciplinar de los pacientes diagnosticados de EI en nuestro centro, los agentes causales y los tratamientos utilizados es una información relevante, que permite una reflexión previa a la elaboración de un protocolo.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## ANÁLISIS DE UN PROBLEMA RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN: USO DE 4 O MÁS ANTIDIABÉTICOS ORALES

*García López, E; González Gero, Y; Picazo Sanchiz, G; Lafarga Lapieza, V; Martín Niño, I; Barreda Hernández, D. Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz, Gerencia Atención Integrada de Cuenca.*

### OBJETIVOS

El documento consenso sobre el posicionamiento de los antidiabéticos no insulínicos (ADNI) en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) del SESCAM actualizado en 2020 contempla en la intensificación del tratamiento de DM2, el uso concomitante de un máximo de tres ADNI.

El objetivo de este trabajo es analizar el tratamiento de pacientes con un problema relacionado con la medicación (PRM) de adecuación:  $\geq 4$  ADNI y recomendar acciones correctoras.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Se seleccionaron 8 centros de salud, con una población total de 45.937 pacientes y se analizaron cuáles estaban en tratamiento con  $\geq 4$ ADNI según los informes de julio 2023 extraídos de Digitalis® (sistema de explotación de datos de consumo farmacéutico).

Para comprobar este PRM se accedió a través de la historia clínica de Turriano® (diciembre 2023-enero 2024) al tratamiento prescrito y al registro de dispensaciones en oficinas de farmacia.

Se realizaron intervenciones farmacéuticas a los médicos prescriptores mediante hojas MEAP definidas por:

- Motivo de visita: PRM de adecuación.
- Exploración: tratamiento farmacológico.
- Anamnesis:  $\geq 4$ ADNI.
- Plan de actuación: datos analíticos y antropométricos y recomendaciones para adecuar la terapia y objetivos farmacoterapéuticos.

### RESULTADOS

Se analizó el tratamiento de 55 pacientes. Según el registro de dispensaciones, 44 pacientes (71.1% hombres, mediana edad  $66 \pm 9.9$  años) estaban en tratamiento  $\geq 4$ ADNI, durante al menos 3 meses, en los últimos 4 meses. Se realizó una hoja MEAP por paciente.

Al analizar los tratamientos se detectaron las siguientes asociaciones no recomendadas:

- N=34 en tratamiento concomitante con inhibidores de la recaptación renal de glucosa (iSGLT2) + inhibidores de la DPP-4 (iDPP-4).
- N=6 iSGLT2+ análogos de GLP-1 (a-GLP1).
- N= 2 iDDP-4+iDDP-4.
- N=1 iDDP4+a-GLP1.
- N=1 en tratamiento con dos secretagogos (sulfonilurea + repaglinida).

En los pacientes en tratamiento con a-GLP1 (n=7) se recomendó: valorar la retirada si no se habían cumplido los objetivos de disminución de peso del 3% ni mejora de HbA1c cercana al 0,7 % y promover hábitos de vida saludables.

Se propuso ajuste de dosis por insuficiencia renal, según las recomendaciones de ficha técnica, en n=4 superaban la dosis máxima diaria de metformina, n=3 la de sitagliptina y n=1 la de vildagliptina. En n=6 en tratamiento con gliclazida se recomendó pautar en dosis única.

Para el seguimiento de la HbA1c en n=10 se recomendó solicitar analítica periódicamente y actualizar datos antropométricos. Se propuso como objetivo conseguir niveles de HbA1c  $\leq 7\%$  y  $\leq 8\%$  considerando las características de los pacientes en n=17 con nivel HbA1c  $\geq 8\%$ . Se recomendó considerar una desintensificación del tratamiento en n=4 con HbA1c  $< 6,5\%$ .

### CONCLUSIONES

La calidad de la prescripción y de la asistencia se ve favorecida al monitorizar indicadores homologados, como es el caso de los antidiabéticos no insulínicos. Será necesario evaluar posteriormente la efectividad de las hojas MEAP, ya que el facultativo prescriptor ha de valorar individualmente una desintensificación del tratamiento farmacológico para adecuar la farmacoterapia a los objetivos que se quieren lograr con cada paciente.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## INCIDENCIA Y MANEJO DEL SÍNDROME DE LIBERACIÓN DE CITOQUINAS ASOCIADO A ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS: TECLISTAMAB, TALQUETAMAB Y EPCORITAMAB

*Jiménez Méndez C., Torralba Fernández L., Prieto Galindo R., García Pérez A., Toledo Davía M.A., Moya Gómez P  
Hospital Universitario de Toledo, Toledo.*

### OBJETIVO

Describir la incidencia y el manejo farmacológico del síndrome de liberación de citoquinas (SLC) en relación a la administración de anticuerpos (Ac) biespecíficos como son teclistamab (anti-BCMA/CD3), talquetamab (anti- GPRC5D/CD3) y epcoritamab (anti-CD3/CD20).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se seleccionaron todos los pacientes en tratamiento con anticuerpos biespecíficos (teclistamab, talquetamab y epcoritamab). Se recogieron variables demográficas (sexo, edad) y clínicas (ECOG basal, diagnóstico, tratamientos previos). Para la evaluación del uso de los Ac biespecíficos se registraron: la duración del tratamiento, el número de ciclos recibidos, la aparición y síntomas del SLC, así como el tratamiento farmacológico aplicado.

La información se obtuvo del programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y la historia clínica informatizada (Mambrino-XXI®).

### RESLTADOS

Resultaron un total de 6 pacientes: (3 tratados con talquetamab y 2 con teclistamab y 1 paciente tratado con epcoritamab). Características basales: 4 hombres y 2 mujeres, con una mediana de edad de 65 [51-76] años.

En cuanto a las variables clínicas, el ECOG al inicio del tratamiento fue en un 50% ECOG 0 y un 50% ECOG 1. Los pacientes tratados con talquetamab y teclistamab tenían diagnóstico de mieloma múltiple y el paciente en tratamiento con epcoritamab contaba con un diagnóstico de linfoma B de células grandes. Todos los pacientes, independientemente del Ac biespecífico utilizado, recibieron 3 líneas de tratamiento quimioterápico previas.

La duración media del tratamiento con cualquier Ac biespecífico fue de 4,1 meses [0,1-18,4] y la media de ciclos recibidos fue de 13 [1-19]. Dos pacientes, uno tratado con epcoritamab y otro con teclistamab, suspendieron el tratamiento debido a éxitus. Un total de tres pacientes presentaron el SLC, y fueron tratados con corticoides, analgésicos, antihistamínicos y tocilizumab (anti-IL6). Dos pacientes con teclistamab presentaron SLC durante la fase de inducción (día +1 y día +2, de la administración de la primera dosis, respectivamente), uno de ellos presentó como sintomatología una crisis hipertensiva que requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la administración de 3 dosis de tocilizumab. Otro paciente presentó, además de crisis hipertensiva, prurito, eritema cutáneo y fiebre sin foco, con necesidad de administración de 2 dosis de tocilizumab. El tercer paciente, con epcoritamab, desarrolló SLC en el día +6 tras la primera dosis máxima, manifestando fiebre sin foco, a pesar de tratamiento antibiótico, resuelta con 1 dosis de tocilizumab.

### CONCLUSIONES

El SLC se ha descrito como una reacción adversa al tratamiento con Ac biespecíficos con una incidencia en nuestros pacientes del 50% y con una aparición temprana tras el uso de estos anticuerpos. El uso de tratamientos con fármacos inmunomoduladores como el tocilizumab han sido efectivos en el tratamiento de este efecto adverso tal y como se describe en ficha técnica.

Son necesarios más estudios prospectivos con un mayor número de pacientes y un mayor tiempo de seguimiento para poder analizar mejor la incidencia y manejo del SLC.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## MONITORIZACIÓN DEL USO DE CARBAPENEMS Y DESESCALADA TERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

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

### OBJETIVOS

Los carbapenems son antibióticos de amplio espectro cuyo uso inadecuado está relacionado con la resistencia bacteriana. En nuestro hospital su consumo, según la Dosis Diaria Definida (DDD) por 100 estancias, fue de 6,5 en 2021 y de 6,2 en 2022.

El objetivo de este trabajo fue el de analizar el uso de carbapenems y evaluar el desescalado terapéutico, con o sin intervención del farmacéutico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo realizado entre enero y marzo de 2023 en un hospital de nivel II. Las nuevas prescripciones de carbapenems se registraron diariamente en una hoja de cálculo Excel® y se realizó un seguimiento de los pacientes.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, antibiótico prescrito, diagnóstico, duración del tratamiento, tratamiento empírico o dirigido, si se solicitaron cultivos microbiológicos, si se realizó desescalada, las intervenciones farmacéuticas realizadas con propuesta de desescalada y su aceptación.

Los datos se recogieron mediante el módulo Farmatools Unidosis® y el programa de historia clínica electrónica MambrinoXXI®.

### RESULTADOS

Se registraron 154 prescripciones de carbapenem. El 66,2% de los pacientes eran varones (N=102). La edad media era de 68,7 años±17 años.

Meropenem fue el carbapenem más utilizado (91,6%,N=141), seguido de ertapenem (8,4%,N=13). No hubo prescripciones de imipenem-cilastatina.

Los criterios diagnósticos por los que se iniciaron los carbapenems fueron: infección respiratoria 30,5%(N=47), sepsis 20,1%(N=31), neutropenia febril 13,6%(N=21), infección del tracto urinario (ITU) 13,0%(N=20), infección abdominal 11,7%(N=18) y otros 11,1%(N=17). La duración media del tratamiento fue de 7 días.

El tratamiento fue empírico en el 91,55% de los casos (N=141). Se solicitaron cultivos microbiológicos en el 77,9%(N=120) de los casos y se realizó desescalada en el 44,16%(N=53) (47,2% durante la hospitalización, 52,8% al alta). En el 22,64%(N=12) la desescalada se produjo tras una intervención farmacéutica(IF). Se realizaron 22 IF para desescalar según antibiograma, el 68,2%(N =12) fueron aceptadas.

### CONCLUSIONES

La mayoría de los tratamientos se iniciaron con meropenem y de forma empírica. Para mejorar los resultados de la desescalada es fundamental solicitar cultivos microbiológicos.

El desarrollo del programa PROA y la integración del farmacéutico en este equipo es clave para monitorizar estrechamente los tratamientos y ajustarlos a la situación clínica de cada paciente.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## CREMA O/W DE AMITRIPTILINA 2% PARA EL TRATAMIENTO DE LA VULVODINIA

*Doménech Millán A1, Ruiz Arca G1, Baldominos Cordón A1, Corrales Krohnert S1, Jiménez Blázquez ME2, Horta Hernández AM1. 1Servicio de Farmacia. 2Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

### OBJETIVOS

La vulvodinia es una afección de la vulva que cursa con dolor intenso, quemazón, prurito y dispareunia.

El Servicio de Dermatología (SD) nos presentó el caso de una paciente de 74 años diagnosticada de vulvodinia tratada con gabapentina oral y metilprednisolona 0,1% tópica. Debido a una mala tolerancia a este tratamiento, se solicitó al Servicio de Farmacia (SF) la elaboración de un gel vulvar de amitriptilina 2%.

El objetivo es describir el diseño y la elaboración de una fórmula magistral tópica de amitriptilina 2% off-label para el tratamiento de la vulvodinia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda para recabar la evidencia de la utilización de este fármaco vía tópica en esta patología en las bases de datos PubMed y UpToDate.

Se revisó en la literatura la información disponible sobre formulaciones tópicas de aplicación vulvar para seleccionar el vehículo idóneo, así como las fichas técnicas de diversos excipientes y del principio activo para asegurar la compatibilidad entre ambos.

Se realizaron los ensayos y controles acordes al procedimiento de elaboración de formas farmacéuticas semisólidas del Formulario Nacional. Para estimar el periodo de validez se consultó la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPPM).

### RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica, se encontró información sobre el empleo de una crema de amitriptilina 2% en esta patología, presentando buenos resultados y buena tolerancia frente a los efectos sistémicos de la amitriptilina oral.

Como principio activo se partió de materia prima de amitriptilina hidrocloreuro en polvo. Se utilizó como vehículo una crema de cetomacrogol O/W no iónica por sus características de inocuidad, permitiendo minimizar la probabilidad de reacciones de hipersensibilidad, y por presentar un pH próximo al de la mucosa vaginal (4,5-5,5).

Respecto a la elaboración, se dispersó el principio activo en una pequeña cantidad de agua purificada para, a continuación, ser incorporado poco a poco hasta completa homogeneización en la crema de cetomacrogol. Para el acondicionamiento, el preparado se envasó protegido de la luz en tubos de aluminio.

Al no contar con datos de estabilidad fisicoquímica se estableció un periodo de validez de 1 mes según la GBPPM. Los caracteres organolépticos, extensibilidad y signo de la emulsión permanecieron estables durante los 30 días de caducidad establecidos.

### CONCLUSIÓN

La colaboración entre el SD y el SF permite la adecuación de los tratamientos a las necesidades de los pacientes y ofrece una nueva opción terapéutica en el abordaje de la vulvodinia a casos refractarios a líneas clásicas de tratamiento. Cabe esperar una efectividad y tolerabilidad similar a la descrita en la literatura.

El tratamiento tópico con amitriptilina supone una mayor comodidad para el paciente y un menor riesgo de efectos adversos respecto al tratamiento sistémico.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## FÓRMULA MAGISTRAL GABAPENTINA 5% Y LIDOCAÍNA 2% PARA EL MANEJO DE NEURALGIA POSHERPÉTICA

*Baldominos Cordón, A. Ruiz Arca, G. Domenech Millán, A. Heras Hidalgo, I. Zapata Martínez, I. Horta Hernández, AM. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.*

### OBJETIVOS

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-23 utilizado para el tratamiento de la psoriasis en placas. En el tratamiento de la neuralgia posherpética (NPH) la mayoría de fármacos empleados vía tópica no se encuentran comercializados en formas de dosificación adecuadas para esta indicación siendo necesario recurrir a la formulación magistral (FM).

El objetivo fue describir el diseño y elaboración de una FM tópica de lidocaína y gabapentina para el tratamiento de la NPH, así como evaluar su efectividad y seguridad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El servicio de dermatología solicitó una FM tópica de lidocaína y gabapentina para un paciente adulto pluripatológico hospitalizado, que desarrolló lesiones cervicales por el virus Varicela Zóster durante el ingreso. El paciente presentó dolor neuropático asociado a las lesiones y se encontraba en tratamiento con gabapentina VO.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y UpToDate sobre la utilización y dosificación de gabapentina y lidocaína vía tópica para el manejo de la NPH. Se revisaron las propiedades físico-químicas tanto de los principios activos como de los excipientes más adecuados para el diseño de la FM. Se encontraron referencias bibliográficas sobre conservación a una temperatura de 25-30° durante 30 días.

Para el desarrollo galénico de la FM se siguieron las recomendaciones del procedimiento de elaboración de geles del Formulario Nacional (PN/L/FF/003/00), y se efectuaron los pertinentes ensayos y controles necesarios para su posterior validación.

### RESULTADOS

Se hallaron artículos que evidenciaban el uso de gabapentina 5% y lidocaína 2% en formulaciones transdérmicas como tratamiento de la NPH.

Dada la patología y las características de la zona a tratar, como vehículo transdermal se decidió emplear gel PLO, un excipiente compuesto por una fase acuosa y otra oleosa adecuado para facilitar la absorción de principios activos a través de la piel.

La fase oleosa se obtuvo mezclando lecitina de soja y miristato de isopropilo en una proporción 1:1, a temperatura ambiente. La fase acuosa se originó dispersando Pluronic 127® en agua purificada al 20-30%, conservándose posteriormente en nevera para mantener la mezcla licuada.

La lidocaína y gabapentina son solubles en la fase acuosa, incorporándose en el agua antes de añadir el Pluronic 127®.

Se utilizó ácido sórbico en ambas fases como inhibidor del crecimiento de microorganismos.

Una vez añadida la fase acuosa sobre la fase oleosa y alcanzada la temperatura ambiente, se forma el gel. La FM resultante es un gel micelar de color amarillo de consistencia media y alta extensibilidad. Las características organolépticas del gel permanecieron estables durante todo el período de validez asignado.

El paciente fue tratado durante un mes con la FM con buena tolerabilidad, consiguiéndose un mejor manejo del dolor hasta la resolución del cuadro clínico.

### CONCLUSIONES

La FM de gabapentina 5% y lidocaína 2% en gel PLO ha resultado ser efectiva y segura en este paciente. La colaboración del servicio de Farmacia con el servicio de Dermatología ha permitido desarrollar una FM adecuada para el tratamiento de la NPH.

- Es un caso clínico: SI
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE SIPONIMOD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA.

*Carrasco Corral T1, Casarrubios Lázaro G1, Blanco Crespo M1, Barbero Jiménez DE2, Miranda del Cerro A1, Horta Hernández AM1. 1Servicio de Farmacia. 2Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

El 30-50% de pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) a los 15-20 años desarrollarán esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP), caracterizada por aumento de discapacidad y escasas opciones terapéuticas.

Siponimod modula el receptor linfocítico esfingosina-1-fosfato. Está indicado en el tratamiento de pacientes adultos con EMSP con enfermedad activa.

Siponimod se metaboliza a través del citocromo CYP2C9 (79,3%) y CYP3A4 (18,5%). El uso concomitante de inductores/inhibidores de estos citocromos provoca un riesgo potencial de interacciones.

Existen polimorfismos del CYP2C9 que condicionan la capacidad para metabolizar siponimod y su perfil de efectos adversos (EA). En genotipo CYP2C9\*3\*3 (metabolizador pobre) su uso está contraindicado, CYP2C9\*2\*3/\*1\*3 (metabolizadores intermedios) requiere dosis de mantenimiento reducida y el resto de genotipos son metabolizadores estándar.

Objetivos: evaluar la seguridad y perfil de interacciones de siponimod.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar. Se incluyeron pacientes con EMSP tratados con siponimod desde enero/2021-enero/2024 en un hospital de segundo nivel.

Variable principal de seguridad: proporción de pacientes con EA muy frecuentes/frecuentes ( $\geq 1/100$ ). Registro y análisis del perfil de interacciones: tipo X, D o C según Lexicomp® con medicación concomitante, detectadas en la Consulta de Atención Farmacéutica (CAF) e intervención realizada.

Otras variables: demográficas, tratamientos previos, Escala Extendida del Estado de Discapacidad (EDSS), niveles plasmáticos de linfocitos y enzimas hepáticas, posología y duración, suspensión y motivo.

Fuentes de información: genotipado proporcionado por el Servicio de Neurología, historia clínica electrónica, módulo de dispensación de Pacientes Externos y tarjeta sanitaria electrónica. Análisis estadístico descriptivo empleando el programa SPSS.v.25.

### RESULTADOS

Se incluyeron 11 mujeres, mediana de edad 46 años RIC(44-48). Todas fueron tratadas con varios fármacos modificadores de la enfermedad (FME) durante su forma recurrente: 45% con  $\geq 3$  FME. La mediana de tiempo de evolución de EMRR a EMSP fue 16,4 años RIC(11,8-17,9). La mediana de EDSS al inicio de siponimod fue 5,5 RIC(4-6,5).

Ocho pacientes recibieron siponimod a dosis de 2 mg/24h (CYP2C9\*1\*1/\*1\*2) y tres a dosis de 1 mg/24h (CYP2C9\*2\*3). La mediana de tiempo de tratamiento fue 9,17 meses RIC(5,97-19,27).

Media de linfocitos inicial fue  $1,77 \times 1000/\mu\text{l}$  ( $DE \pm 0,52$ ), a los 3 meses  $0,43 \times 1000/\mu\text{l}$  ( $DE \pm 0,25$ ). La media de reducción de linfocitos a los 3 meses del 69% ( $DE \pm 25$ ). Ninguna paciente presentó aumento significativo de enzimas hepáticas.

Perfil EA: 11 (100%) presentaron linfopenia, 2 (18%) alteraciones del sistema nervioso, 1 (9%) alteraciones gastrointestinales y 1 (9%) alteraciones anímicas.

Un 36% presentó interacciones relevantes con siponimod. Dos interacciones nivel X con carbamazepina, 1 nivel D con tizanidina y 1 nivel C con metotrexato que fueron comunicadas al neurólogo responsable. Se recomendó suspender el fármaco concomitante en las interacciones tipo X, y la monitorización estrecha en los otros casos. Todas fueron aceptadas.

Nueve pacientes suspendieron tratamiento durante el estudio. Cinco (55%) por EA, 2 (22%) falta de respuesta, 2 (22%) voluntad propia.

### CONCLUSION

Todas las pacientes presentaron algún EA, siendo la linfopenia el más frecuente. Más de la mitad suspendió siponimod por EA.

Remarcar la importancia del farmacéutico en la revisión y detección de posibles interacciones, además de una coordinación estrecha con el equipo médico para garantizar el uso óptimo y seguro de los tratamientos.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## TERAPIA SECUENCIAL EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UNA POSIBILIDAD POCO ESTUDIADA.

*Comino Martín M1, Cuesta García M1, Pérez Serrano R1, Piqueras Flores J2 1Servicio de farmacia. 2Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVOS.

Analizar los resultados clínicos de la realización de terapia secuencial antibiótica (TSA) en pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (2017-2022) multidisciplinar en pacientes adultos con diagnóstico de EI donde se realizó TSA en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes en cuyo diagnóstico de ingreso/alta fueron clasificados de EI o sospecha de ella, confirmado dicho diagnóstico por un equipo médico mediante pruebas de imagen. De estos pacientes, se seleccionaron aquellos en los que se cambió de antibiótico intravenoso (IV) a vía oral.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, antecedentes, comorbilidades, duración del tratamiento IV y oral, tipo de tratamiento (dirigido/empírico), microorganismo responsable, antibióticos utilizados, exitus y recurrencia a los 3 meses.

La información fue recopilada de la historia clínica (Mambrino XXI®) y de los programas de validación Farnatools® y ATHOS-APD® y analizada en SPSS®

### RESULTADOS.

Se revisaron 96 pacientes con sospecha de EI de los cuales en 44(45,8%) se confirmó el diagnóstico de EI y de estos, se realizó TSA en 8(18,18%). De los pacientes en los que se realizó TSA, la media de edad fue de 73 años (DE9,5), el 75% fueron hombres. En relación a los antecedentes, el 50% presentó valvulopatía previa, el 37,5% cirugía cardíaca previa y ninguno presentó EI previa. Las comorbilidades: el 87,5% sufría hipertensión, 37,5% diabetes, 37,5% dislipemia, el 25% fibrilación auricular, 12,5% obesidad y 12,5% cáncer tratado.

El 87,5% llevó un tratamiento antibiótico dirigido, creciendo en los hemocultivos: 50% Staphilococcus sp. 25% Streptococcus sp. 12,5% Enterococcus sp. La duración media del tratamiento IV fue de 44días(DE11,4) con una media de fármacos administrados de 3(DE1,4) donde el 50% llevó daptomicina, 50% gentamicina, 37,5% vancomicina, 37,5% cloxacilina, 37,5% ceftriaxona, 25% rifampicina, 25% ampicilina, 12,5% sulfametoxazol/trimetropim, 12,5% fosfomicina y 12,5% piperacilina/tazobactam. La mediana de duración del tratamiento oral fue de 14días[IQR10-21] administrando el tratamiento en monoterapia (excepto en un caso), pasando el 50% a linezolid, el 37,5% amoxicilina (de cuales el 12,5% también llevó rifampicina), y el 12,5% sulfametoxazol/trimetropim. Fueron adherentes al tratamiento oral el 100% de los pacientes. Ningún paciente tuvo recurrencias ni murió en un periodo de 3 meses desde el diagnóstico de la EI.

### CONCLUSIONES.

A pesar del reducido número de pacientes con TSA y siendo esto un sesgo para el estudio, se puede concluir que son resultados prometedores para poder iniciar TSA en pacientes con EI permitiendo así, la creación de protocolos unificados junto con otros servicios asistenciales.

El tratamiento antibiótico IV de la EI prolonga la estancia hospitalaria de los pacientes, a pesar de presentar una sintomatología estable, es por este motivo que la TSA podría reducir la duración y permitir dar un alta precoz a los pacientes.

Con ello, se puede afirmar que la TSA en el tratamiento de la EI mejoraría la calidad de vida del paciente, reduciría el número de antibióticos usados y permitiría un ahorro de los recursos sanitarios.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## SEGURIDAD DE ACALABRUTINIB FRENTE A IBRUTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.

*Miranda del Cerro, Alejandro<sup>1</sup>; Mendoza Acosta, Inés<sup>1</sup>; García Torres, Paula de Juan<sup>1</sup>; Carrasco Corral, Tamara<sup>1</sup>; Codonal Demetrio, Ana<sup>1</sup>; Horta Hernández, Ana María<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Farmacia Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

Inmunoquimioterapia en el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica (LLC). Aunque su eficacia se ha demostrado en diversos ensayos, no están exentos de efectos adversos (EA). Ibrutinib y acalabrutinib presentaron EA comunes debidos a la inhibición de BTK (efectos on-target) como infecciones o sangrados. Ibrutinib presenta mayor riesgo de fibrilación auricular e hipertensión arterial al inhibir otras vías como PI3K, Src-terminal y HER-2 (efectos off-target). Acalabrutinib inhibe con mayor selectividad la BTK, lo que le confiere un mejor perfil de seguridad según algunos estudios.

El objetivo principal fue comparar la seguridad de acalabrutinib frente a ibrutinib teniendo en cuenta la incidencia de EA y suspensión del tratamiento por EA.

También se analizó la relación entre los factores de riesgos cardiovasculares (FRCV) y la incidencia de EA.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de LLC tratados con acalabrutinib o ibrutinib en primera línea o en recaída/refractarios desde diciembre/2015-agosto/2023. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación con medicamentos del hospital.

Las variables principales fueron la incidencia de EA y la suspensión por EA.

Otras variables: edad, sexo, FRCV (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, insuficiencia renal crónica (IRC) y anticoagulante oral).

El análisis estadístico empleado fue la prueba T-Student y F-Snedecor. Se realizó una regresión de Cox para evaluar el riesgo entre FRCV y la incidencia de EA. Para ello se usó el software SPSS v27.0.1

### RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes tratados con acalabrutinib (79% hombres) con mediana de 73 años (RIC: 62-82) y 29 con ibrutinib (59% hombres) con una mediana de 75 años (RIC: 62-83) ( $p>0,3$ ). La media de FRCV por paciente fue de 2,4 (DE: 1,6) y 2,8 (DE: 1,7) para acalabrutinib e ibrutinib ( $p=0,4$ ). En ambos grupos el porcentaje de pacientes con algún FRCV fue 93%.

La distribución para los FRCV: HTA 57% vs. 62%, tabaquismo 29%vs. 41%, hipercolesterolemia 29% vs 41%, diabetes 22% vs. 48%, IRC 7% vs. 24% y sobrepeso 21% vs. 10%, tratamiento anticoagulante 14%vs.17% para acalabrutinib vs ibrutinib respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas.

El 85% pacientes con acalabrutinib presento algún EA con una media de 1,7 (DE:1,1) vs. 90% del grupo de ibrutinib con una media de 2,4 (DE:1,7) ( $p>0,05$ ).

La distribución de EA fue: hematológico 36% vs. 10% ( $p=0,08$ ), hemorrágico 50% vs. 24% ( $p=0,16$ ), cardiovascular 7% vs. 21% ( $p=0,39$ ), neurológico 29%vs. 3% ( $p=0,03$ ), cutáneo 29% vs. 3% ( $p=0,03$ ), digestivos 29%vs. 28% y metabólicos 14% vs. 6% ( $p=0,25$ ) para acalabrutinib e ibrutinib, respectivamente.

El 14% de pacientes con acalabrutinib suspendieron el tratamiento por EA frente al 24% con ibrutinib ( $p=0,69$ ).

Según el análisis de Cox entre las comorbilidades y la aparición de EA no hubo ningún resultado estadísticamente significativo.

### CONCLUSIONES

No se observan diferencias en la incidencia total de EA, la media de EA por paciente ni en la suspensión por toxicidad. Acalabrutinib presenta una mayor incidencia de EA de tipo cutáneo y neurológico. No se pudo demostrar ninguna asociación entre FRCV y la incidencia de los EA.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE DE ALTA ACTIVIDAD

*Miranda del Cerro, Alejandro<sup>1</sup>; Blanco Crespo, María<sup>1</sup>, Casarrubios Lázaro, Gema Isabel<sup>1</sup>; Pérez Maroto, María Teresa<sup>1</sup>; Yusta Izquierdo, Antonio<sup>2</sup>, Horta Hernández, Ana María<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Farmacia Hospital Universitario de Guadalajara <sup>2</sup>Servicio Neurología Hospital Universitario de Guadalajara.*

### OBJETIVOS

El ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra el antígeno CD20 de los linfocitos B. Fue el primer fármaco indicado en las formas de esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) y primaria progresiva (EMPP).

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y la seguridad durante la infusión de ocrelizumab en pacientes con esclerosis múltiple recurrente de alta actividad (EMR).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multidisciplinar observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EMR que iniciaron tratamiento con ocrelizumab desde Mayo del 2019 hasta Agosto 2023.

La variable utilizada para evaluar la efectividad fue la tasa anualizada de brotes durante el periodo de seguimiento.

Las variables registradas para estudiar la seguridad fueron el número y gravedad de las reacciones relacionadas con la perfusión (RRP), según la versión 5.0 de los Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), y las medidas para su resolución.

Otras variables recogidas fueron: edad, sexo, fecha de diagnóstico, fecha inicio tratamiento con ocrelizumab, valores de Expanded Disability Status Scale (EDSS) al inicio del tratamiento y fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) empleados anteriormente.

Los datos se recogieron a través de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®, el módulo de pacientes externos del programa de prescripción electrónica Farmatools® y el programa de prescripción electrónica Farmis®.

### RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes, 15 fueron mujeres con una mediana de edad 46 años (RIC 39-52).

La mediana del EDSS al inicio del tratamiento fue 4,6 (RIC 3-6). El 92% fueron tratados con algún FAME (70% Betaferon, 40% Natalizumab, 13% Dimetilfumarato, 22% Fingolimod, 14% Acetato de Glatiramero, 34% Teriflunamida, 4% Alentuzumab y 4 % Cladribina) con una mediana de 2 tratamientos (RIC:2-3) previos por paciente.

La mediana de duración de la enfermedad desde el diagnóstico fue 15 años (RIC: 10-19) y la mediana de tiempo desde el inicio del tratamiento con Ocrelizumab 2 años (RIC: 1-4).

La tasa anualizada de brotes registrada fue de 0,07 brotes/año durante el periodo de seguimiento.

En cuanto a la seguridad, 4 pacientes presentaron una RRP. Todas fueron de grado 2 (gravedad moderada) y se dieron durante la primera infusión. Para la resolución de las RRP se tuvo que reducir la velocidad de infusión en todas ellas, y en un caso se precisó administrar dexclorfeniramina intravenosa.

### CONCLUSIONES

En este estudio, la mayoría de los pacientes con EMR fueron mujeres con discapacidad moderada según la escala EDSS. La mayoría había recibido algún FAME previo.

La baja tasa de incidencia de brotes recogida en el estudio refleja la efectividad del tratamiento con ocrelizumab en pacientes con EMR. Aun así, este resultado está condicionado por la muestra reducida recogida en el estudio y el breve periodo de seguimiento de los pacientes que empezaron el tratamiento durante el último año.

El ocrelizumab se pudo administrar de manera segura, ya que todas las RRP registradas ocurrieron durante la primera infusión y fueron de carácter moderado. Se pudieron resolver reduciendo la velocidad de infusión, y solo en un caso se necesitó administrar un antihistamínico, sin precisar finalizar el tratamiento prematuramente.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EVALUACION DE LA INTERACCION ENTRE ACENOCUMAROL Y LEVOFLOXACINO EN PACIENTES INGRESADOS.

Moreno García, P.; De Mora Alfaro, MJ.; Ortiz Navarro, MR.; Alabort Ayllon, H.; Drozd Vergara, A.; Tebar Martínez, E. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

### OBJETIVOS

Evaluar la trascendencia de la interacción en terapia combinada con acenocumarol y levofloxacino en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel durante un año en base a los valores de INR.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel durante el año 2023 que han recibido terapia concomitante con acenocumarol y levofloxacino.

Para registrar los datos de los pacientes durante el ingreso hospitalario se utilizan los programas de historia clínica electrónica y prescripción hospitalaria MambrinoXXI® y FarmaTools®, y se analizan en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®.

Las variables recogidas son: edad y sexo de los pacientes, valores del INR previos a iniciar el tratamiento combinado, durante el tratamiento y tras finalizarlo. También se considera si el paciente requirió ajuste de dosis de acenocumarol o rescates con vitamina K. Se comparan los datos de INR antes de instaurar el tratamiento con el INR durante el ingreso y se determina si durante el tratamiento se supera el objetivo terapéutico medio (INR: 2-3), o bien si aumenta el valor de INR en más de 1 unidad. Se tiene en cuenta en qué casos los pacientes necesitaron un ajuste de dosis de acenocumarol o suspender el tratamiento y se determina si el INR se normalizó tras finalizar el tratamiento.

### RESULTADOS

Se revisan un total de 45 pacientes hospitalizados desde enero hasta diciembre de 2023. La media de edad de la muestra es de 81 años, siendo el 64% hombres y el 36% mujeres. De ellos, se descartan 9 pacientes dado que presentan una sobredosificación de acenocumarol previa a la introducción de levofloxacino que falsearía los datos; otros 3 se descartan por no disponer de datos de INR durante el ingreso.

Se analizan los valores de INR de los 33 pacientes restantes y se evidencia que durante el tratamiento combinado en 14 de ellos se sobrepasa el objetivo terapéutico (2-3), y en 5 el valor de INR ha aumentado en más de 1 punto con respecto al valor anterior al tratamiento; esto supone que en un 57,6% de los pacientes estudiados ha habido un aumento significativo del INR.

En 5 pacientes fue necesario suspender el tratamiento con acenocumarol, y en 15 de ellos se realizó un ajuste de dosis. Además, en 2 ocasiones fue necesario un rescate con vitamina K. Por último, se observa que en 14 de los sujetos se normalizó el valor de INR tras finalizar el tratamiento.

### CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes estudiados sufren un aumento significativo de los valores de INR al combinar el tratamiento de acenocumarol con levofloxacino.

La edad media del grupo de estudio es avanzada: en estos pacientes los niveles de albúmina suelen estar disminuidos, lo cual podría influir en el resultado de la interacción.

Pese a que no puede garantizarse completamente la causalidad, sería recomendable vigilar estrechamente los niveles de INR mientras se mantenga el tratamiento con levofloxacino y ajustar la dosis de acenocumarol en función al resultado.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ELABORACIÓN DE INFOGRAFIA ACERCA DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN PERFUSIÓN

*Tébar Martínez, E., Domingo Chiva, E., de Frutos Del Pozo, M., Drozd Vergara, A., González Romero, C., Alabort Ayllon, H. Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS

Elaboración de una revisión bibliográfica sobre la administración de antimicrobianos en perfusión con el fin de optimizar la eficacia y seguridad de los tratamientos, mejorando el perfil farmacocinético (PFC) y de reacciones adversas (RA) de los antimicrobianos y los resultados clínicos y microbiológicos para su posterior implantación en las unidades de hospitalización, urgencias y críticos de nuestro hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto multicéntrico realizado junto con el Servicio de Farmacia de otra comunidad autónoma con motivo de una rotación externa en nuestro centro.

Esta colaboración constó de dos partes: una en conjunto para realizar la revisión bibliográfica y otra posterior individual de revisión y adaptación de la información a cada centro.

Se seleccionaron en primer lugar los antimicrobianos más utilizados en ambos centros y se realizó un listado de ítems a revisar: dosis de carga (DC), forma de administración (FA) y velocidad de infusión (VI).

Se elaboró una tabla con 3 columnas para recoger la información y facilitar la consulta por parte del personal interesado: antimicrobiano, DC y dosis de mantenimiento.

Las fuentes consultadas fueron: ficha técnica, Medimecum, y la guía de terapéutica antimicrobiana Mensa para consultar la información referente a DC y FA y la guía PRIOAM y tablas EUCAST para consultar las VI.

Se añadió un apartado bajo la tabla de RA infusionales, PFC, leyenda y contacto con el servicio de farmacia. Posteriormente, se procedió a la adaptación individual, para lo cual se decidió añadir información sobre el reconstituyente, diluyente de cada fármaco y compatibilidad con suero salino hipotónico 0,45% (SH), para lo cual se utilizó Micromedex como fuente de información además de las ya citadas. También se realizó una segunda revisión de la información recogida en la infografía a modo de doble chequeo.

### RESULTADOS

Se revisaron un total de 40 antimicrobianos: 7,5%(3) antivirales, 17,5%(7) antifúngicos y 75%(30) antibióticos.

El 45%(18) se puede administrar en perfusión extendida (> 1 hora) y el 5%(2) en perfusión continua.

El 52,5%(21) se pueden administrar en suero glucosado 5%, 70%(28) en suero salino 0,9% y 15%(6) en SH. 10%(4) tiene restricciones de diluyente.

El 10%(4) tienen que protegerse de la luz y el 2,5%(1) utilizan un reconstituyente específico.

### CONCLUSIONES

El correcto uso de los antimicrobianos es de vital importancia para obtener el mejor beneficio clínico posible y evitar la aparición de resistencias, y en ocasiones no es una información de fácil acceso en la práctica clínica habitual.

Con esta revisión, se pretende solventar dicho problema, no solo con la adecuada preparación del fármaco en solución para perfusión, sino con el uso de las dosis de carga y la implementación de las perfusiones extendidas en aquellos fármacos que proceda por su PFC.

Además, el cumplimiento de los tiempos de perfusión puede reducir la aparición de RA infusionales, mejorando así la tolerancia por parte del paciente. Las perfusiones de antibióticos en SH son frecuentes en las unidades de críticos: esta información resulta de interés tanto práctico como de consulta.

- Es un caso clínico: NO

- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## DISEÑO, ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE ZINC

*García Pérez A, García Palomo M, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Prieto Galindo R, Toledo Davia MA. Hospital Universitario de Toledo. Toledo.*

### OBJETIVO

El déficit de zinc, causado por una dieta inadecuada o problemas en la absorción, puede afectar al crecimiento, la inmunidad y ocasionar problemas neurológicos.

Los objetivos son diseñar y evaluar la efectividad de una Fórmula Magistral oral líquida de Zinc (FMZ) para pacientes pediátricos, ante la falta de presentaciones comerciales, así como analizar la evolución en el número de pacientes tratados en los últimos cinco años.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre FMZ existentes para seleccionar las concentraciones y excipientes más apropiados.

Posteriormente se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo en pacientes pediátricos en tratamiento con FMZ en un hospital del tercer nivel, entre enero de 2018 y diciembre de 2023.

Las variables recogidas fueron sexo, edad, niveles de zinc en sangre antes y después del tratamiento, así como fecha de inicio y finalización del mismo, indicación, posología, número de episodios y dispensaciones/episodio.

Estos datos fueron obtenidos a través del módulo de pacientes externos de Farmatools® y de la historia clínica informatizada (Mambrino®XXI). Además, se analizó la variación anual en el número de pacientes en tratamiento.

La efectividad se evaluó midiendo los niveles de zinc en suero al concluir el tratamiento, considerando como valor de referencia 68 mcg/dl. El análisis estadístico se efectuó mediante Microsoft Excel®.

### RESULTADOS

Para el diseño de la FMZ se seleccionaron 2 concentraciones (5 y 10 mg/ml de Zinc elemento), partiendo de acetato de zinc dihidrato o cápsulas de Zinc NM®, utilizando como excipientes agua destilada y jarabe simple con conservantes (1:5). Su periodo de validez fue 60 días en nevera (2-8°C) en envase cerrado. La elaboración se llevó a cabo en el Servicio de Farmacia (SFH), elaborándose un total de 76 envases de 50 ml. Se incluyeron un total de 13 pacientes, 8 hombres (61,5%) y 5 mujeres (38,5%), con una mediana de edad de 6,3 [1,5-16,0] años. La duración del tratamiento varió entre 2 y 8 meses, siendo la mediana 4 meses. La mitad de los pacientes dependían exclusivamente de nutrición enteral, mientras que la otra mitad presentaba una dieta insuficiente.

La mediana de los niveles de zinc en suero antes y después del tratamiento con FMZ fue de 49,5 [23-63] y 85 [78-134] mcg/dl respectivamente. En 2 pacientes no se determinaron los niveles de zinc; sin embargo, en todos los demás (85%) se lograron restablecer dichos niveles. Al finalizar el estudio, 5 pacientes continuaban en tratamiento, y 2 de ellos precisaron FMZ en más de una ocasión.

En cuanto al seguimiento anual, el número de pacientes activos fue de 1 en 2018, ninguno en 2019, 1 en 2020, 4 en 2021, 2 en 2022 y 8 en 2023.

### CONCLUSIONES

Ante la ausencia de presentaciones comerciales de zinc para la población pediátrica, FMZ es una opción terapéutica viable y efectiva para abordar la deficiencia en estos pacientes.

El crecimiento en el número de pacientes en el último año podría atribuirse a un aumento en la detección y diagnóstico del déficit de zinc.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICION FRENTE A LA INFECCION POR VIH

*Tébar Martínez, E., Lerma Gaude, M.V. Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

### OBJETIVOS

La adherencia es importante en la efectividad de la profilaxis pre-exposición y su perfil de seguridad un determinante para la continuación del tratamiento. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad, toxicidad renal y adherencia de la profilaxis pre-exposición frente al VIH con tenofovir-disoproxilo/emtricitabina (TDF/FTC).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes seronegativos con TDF/FTC profiláctico desde enero de 2020 hasta octubre de 2022 en un hospital terciario.

Se recogieron en una hoja Excel las variables (fecha de nacimiento, sexo, adherencia según farmacia (A-F) y la unidad de enfermedades infecciosas (A-UEI), fecha de inicio y fin, albuminuria, creatinina basal (CrB), última creatinina (CrU), carga viral (CV) y serología VIH) a través de la historia clínica informatizada Mambrino-XXI® y el módulo de pacientes externos del aplicativo Farmatools®.

Días de tratamiento (DT): se calculó a partir de la fecha de inicio y de fin para aquellos que abandonaron la profilaxis, y para aquellos que continúan se estableció como fecha de referencia la del estudio.

Criterio de efectividad: CV y serología VIH.

Criterio de toxicidad renal: presencia de al menos dos de los siguientes por paciente: CrU>1,3 mg/dL; diferencia entre los valores de CrU y CrB (DCr) y albuminuria>30 mg/L.

Criterio de A-F: regularidad en dispensaciones.

Criterio de A-UEI: información aportada en consulta por el paciente.

### RESULTADOS

N: 50 hombres-cis.

Media de edad: 40 ± 9,74 años; mediana: 40 años; moda: 45 años.; rango intercuartil (RIC): 15.

Media de DT: 538 ± 339,76 días; RIC: 512,25. El 24% (12) abandonó el tratamiento.

A-F: 42% (21), un 58% (29) no fue adherente.

A-UEI: 20% (10), un 4% (2) no fue adherente. No hay datos para un 76% (38).

Para los 12 pacientes de los que existen datos, coincidieron A-F y A-UEI un 75% (9). Al no existir datos suficientes de A-UEI, se utilizó como criterio de adherencia A-F.

Un 100% (50) presentó CV indetectable y serología VIH negativa.

Un 4% (2) presentó Cr>1,3 mg/dL. Ninguno presentó DCr>0,5 ni albuminuria>30 mg/L.

### CONCLUSIONES

El tratamiento con TDF/FTC en nuestra muestra se considera efectivo según cribados serológicos realizados y sin toxicidad renal. No obstante, se requieren más estudios con mayor tamaño muestral y con un diseño prospectivo para poder aportar mayor evidencia.

En nuestros pacientes se presenta la oportunidad de mejora en cuanto a la adherencia, aunque la efectividad no se haya visto comprometida.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## NUTRICIÓN PARENTERAL ¿CUÁNTO SABEMOS ACERCA DE SU PROCESO DE ELABORACIÓN?

*Cabanas Trevin, L; Lozano Toledo, R; Torres Degayón, E; Rodríguez Martínez, M. Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento sobre el proceso de elaboración de mezclas de Nutrición Parenteral (NP) en diferentes perfiles profesionales del Servicio de Farmacia (SF).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta online, anónima y voluntaria mediante un formulario Google® basada en el cuestionario publicado en la revista Farmacia Hospitalaria (Romero Jiménez RM et al., 2016) y se distribuyó a farmacéuticos adjuntos (FEA), residentes (FIR) y profesionales de enfermería (DUE) en octubre de 2023 en un hospital de tercer nivel.

Dicha encuesta constó de 14 preguntas relacionadas con los siguientes aspectos:

- Categoría profesional y grado de experiencia en el servicio.
- Conocimiento de la metodología de trabajo en condiciones asépticas.
- Importancia del orden de adición de los componentes de las mezclas de NP.
- Control de producto terminado.
- Formación recibida en materia de elaboración de mezclas de NP y trabajo en condiciones asépticas.

### RESULTADOS

La encuesta se dirigió a 28 profesionales (13 FEA, 8 FIR y 7 DUE) y se obtuvieron un total de 20 respuestas (9 FEA, 7 FIR y 4 DUE), lo que supone una participación global del 71,4%.

La experiencia en el área de elaboración es de 5 años o inferior para un 80% de los encuestados. Las normas de elaboración de NP son conocidas por el 85% y todos consideran que es importante el orden de adición de los componentes. El 60% conoce cuándo se debe añadir el fosfato, el 100% cuándo añadir los lípidos y el 70% cuándo añadir las vitaminas.

Un 75% de los encuestados realiza siempre control de producto terminado (evaluación de presencia de partículas, volumen o etiquetado).

Respecto a la formación, un 80% afirma haber recibido formación sobre la metodología de trabajo en condiciones asépticas, elaboración de NP o ambos.

El 80% de los encuestados considera necesario recibir formación específica anual sobre la elaboración de mezclas de NP.

### CONCLUSIONES

Dado que un alto porcentaje de los encuestados tienen poca experiencia en el SF, es preciso recordar con regularidad los procedimientos establecidos.

Es necesario implantar actividades formativas sobre el proceso de elaboración de NP y trabajo en condiciones asépticas, así como fomentar la realización de controles rutinarios de producto terminado, lo que supondría un incremento en la seguridad del paciente.

La principal limitación es que, al tratarse de una actividad voluntaria, no ha sido posible evaluar el conocimiento de todo el personal, fundamentalmente aquel que con mayor implicación directa en el proceso de elaboración de mezclas de NP.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO ¿NECESIDAD DE MEJORA?

*Comino Martín, M; Abril Montes, AI; Cuesta García, M; Cabanas Trevín, L; Vila Torres, E; Rodríguez Martínez, M.  
Servicio de farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVO

Valorar el grado de adecuación del tratamiento antidiabético (insulínico y no insulínico) a las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica en el paciente quirúrgico durante el ingreso hospitalario.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal exploratorio de 1mes de duración (enero 2024) en pacientes diabéticos sometidos a intervención quirúrgica (IQ) en un hospital de tercer nivel.

Se valoraron las siguientes recomendaciones relacionadas con el tratamiento antidiabético de la American Diabetes Association (2023) con alguna adaptación a las guías locales con hasta un máximo de 1semana después de la IQ.

- 1) Si no hay tolerancia a la vía oral, insulina basal o insulina basal+pauta correctora.
- 2) Si hay tolerancia a la vía oral, combinación de insulina basal+prandial+pauta correctora.
- 3) Se desaconseja la pauta de insulina correctora sin asociación con insulina basal.
- 4) Rango objetivo de glucemia[100-180mg/dl] dentro de las 4h posteriores a la cirugía.
- 5) Suspender metformina el día de la cirugía si FG>45ml/min o 24h antes si FG30-45ml/min. br>6) Suspender SGLT-2 24h antes de la cirugía.
- 6) Suspender cualquier otro antidiabético oral (ADO) en la mañana de la cirugía.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad y sexo), servicio quirúrgico, estancia hospitalaria(días), tipo de diabetes mellitus (DM), tratamiento antidiabético domiciliario, glucemia al ingreso, valor de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), el tratamiento antidiabético postquirúrgico, adecuación a las recomendaciones (si/no) y la presencia de hiperglucemia o hipoglucemia. El grado de adecuación se midió como el porcentaje de pacientes que cumplieron todas las recomendaciones evaluadas.

Los datos han sido analizados en SPSS® y la información del paciente de MambrinoXXI® y Farmatools®.

### RESULTADOS

Se registraron 50 pacientes cuya media de edad fue 72años (DE13,2). El 56% fueron hombres. Un 98% padecía DM tipo II. La mediana de estancia hospitalaria fueron 5días [IQR:2-12], mayoritariamente en el servicio de cirugía general (26%), traumatología (22%) y urología (22%).

Respecto al tratamiento domiciliario, el 16% llevaba tratamiento insulínico, el 60% no insulínico y el 24% la combinación de ambos. Al ingreso, la mediana de los valores de glucemia fue de 135mg/dl [IQR:102-179] donde en un 34% había registro del valor de Hb1Ac con un valor medio de 7,7%(DE2).

Tras la cirugía, un 70% fue tratado únicamente con pauta de insulina correctora, un 10% con insulina correctora durante 2días seguido de basal+correctora y un 8% con insulina correctora+ADO. En un 50% se alcanzaron valores de glucemia>180mg/dl, en un 8% valores 70mgdl y en un 4% 40mg/dl.

En ninguno de los casos hubo una adecuación al total de las recomendaciones donde el 19%cumplió la R1, el 22%la R2, un 20%la R3, un 52%la R4, un 70%la R5, un 71%la R6 y un 93%la R7.

### CONCLUSIONES

Existe una falta de adecuación a las recomendaciones del manejo del tratamiento antidiabético en pacientes quirúrgicos, concretamente relacionadas con las pautas insulínicas. Se observa un amplio uso de la pauta desaconsejada de insulina correctora sola y un mal control glucémico en la mitad de los pacientes durante el ingreso, confirmando la necesidad de seguir mejorando la prescripción de antidiabéticos en el entorno hospitalario.

Destaca el buen resultado en las recomendaciones de deprescripción de ADO en el preoperatorio gracias a la incorporación del farmacéutico en la conciliación del tratamiento del paciente quirúrgico.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## TERAPIAS BIOLÓGICAS DE ALTO IMPACTO Y SU MANEJO EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

*Hernando Martínez P, Flor García A, Lafarga Lapieza V, Pérez Cano E, Canales Ugarte S, Barreda Hernández D. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.*

### OBJETIVOS

La terapia biológica (TB) ha demostrado ser una alternativa altamente eficaz en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractarios al tratamiento convencional. Actualmente, se disponen de múltiples fármacos aprobados con esta indicación. El objetivo es analizar el uso de TB en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo en un hospital nivel-II. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CU, en tratamiento activo con TB durante 2023.

Variables: edad, sexo, duración de la enfermedad, líneas de tratamiento previas/actual y motivo de cambio (Fallo primario (FP) como falta de respuesta; Fallo secundario (FS) como pérdida de respuesta), persistencia media (PM) y necesidad de intensificación. La seguridad se evaluó con la aparición de efectos adversos (EA). Sin conflicto de intereses.

### RESULTADOS

Durante el 2023 hubo 178 pacientes con EII en tratamiento activo con TB, de ellos 56 con diagnóstico de CU y mediana de edad 50(18-71) años, siendo 57% hombres. El periodo medio de enfermedad fue 11(1-41) años. El 58,9% llevaron únicamente una línea de TB, 12,5% dos líneas, 16,1% tres líneas y 12,5% cuatro o más líneas tras ineficacia terapéutica.

Los TB prescritos en primera línea fueron: infliximab (IFX) 29(51,8%), adalimumab (ADA) 21(37,5%), vedolizumab (VDZ) 3(5,4%), golimumab (GOLI) 2(3,6%) y 1(1,8%) ustekinumab (USTE). En ellos se observó:

- IFX: Se mantuvo en (17)58,6%, 8 de ellos intensificados (PM:29 meses). Los pacientes que suspendieron fueron por 6FP, 4FS y 2EA.
- ADA: Se mantuvo en (14)63,4%, 2 intensificados (PM:27 meses). Suspendieron por 6FP y 1FS.
- VDZ: Iniciaron 3 pacientes, suspendieron 2 por FP y 1 continúa (PM:10 meses).
- GOLI: Iniciaron 2 y ninguno continúa por FP.
- USTE: Inició 1 y actualmente continúa (PM:39 meses), intensificado.

Los pacientes que iniciaron IFX y ADA de referencia, hicieron switch a los biosimilares tras su aprobación.

En el momento del estudio, los tratamientos activos fueron: IFX biosimilar: 18(32,1%), 10 intensificados (PM:28 meses); ADA biosimilar: 15(26,8%), 2 intensificados (PM:32 meses); VDZ: 5(8,9%), 2ª/3ª línea tras FP/FS a anti-TNF (PM:13 meses); GOLI: 2(3,6%), 2ª línea tras FP a anti-TNF (PM:45 meses); USTE: 14(25%), mayoritariamente 3ª/4ª línea, 10 intensificados (PM:22 meses); TOFACITINIB: 2(3,6%), 3ª/5ª línea tras FP/FS a anti-TNF y VDZ, ambos intensificados (PM:36 meses).

Los EA que ocasionaron la suspensión del tratamiento: 2 episodios de neurotoxicidad por VDZ y 3 de IFX por reacción infusional, vómitos y mialgias.

### CONCLUSIONES

Según nuestros resultados, los anti-TNF y tofacitinib parecen ser las alternativas que muestran mejores resultados, siendo, las más eficientes debido a disponibilidad de biosimilares en el caso de infliximab y adalimumab.

El uso de ustekinumab muestra una PM similar a los anti-TNF y menor tasa de fallo terapéutico por lo que podría ser una alternativa interesante, sin embargo, se observa la necesidad de intensificación en la mayoría de los pacientes para poder mantener una buena respuesta. Además, se puede concluir que fueron bien tolerados dada la baja incidencia de RA.

La complejidad del tratamiento de la CU y el alto impacto económico son las principales razones que motivan la necesidad de priorización de TB eficientes, siendo necesaria la actualización periódica de las alternativas disponibles y el seguimiento clínico de los pacientes para garantizar el uso adecuado de los fármacos.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)



## ANÁLISIS DE LA UTILIZACION DE ISAVUCONAZOL INTRAVENOSO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*Cuerpo Ibáñez, L. Aldaz Francés, R. Domingo Chiva, E. Moreno García, P. Martínez Azor, A. Drozd Vergara, A. Hospital Universitario de Albacete. Albacete.*

### OBJETIVOS.

Isavuconazol es un antifúngico de la familia de los triazoles. Ha sido autorizado para el tratamiento de la aspergilosis invasiva y la mucormicosis en pacientes para los que la anfotericina B no es apropiada. No está incluido en la guía farmacoterapéutica de nuestro hospital, pero está disponible para pacientes individualizados que no pueden utilizar otras alternativas como voriconazol. Para ello es necesario que el médico prescriptor realice una petición de Medicamentos en Situaciones Especiales (MSE) justificando su uso.

El objetivo de este estudio es: describir y analizar el perfil de utilización de isavuconazol intravenoso (IV) en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel y evaluar si su uso está justificado.

### MATERIAL Y MÉTODOS .

Estudio observacional retrospectivo de dos años de duración (enero 2022-enero 2024) de todos los pacientes tratados con isavuconazol IV.

Se registraron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, solicitud de MSE, indicación (profilaxis/tratamiento), microorganismo patógeno, duración del tratamiento, tratamiento anterior con voriconazol, duración del tratamiento con voriconazol, valor de aclaramiento de creatinina y justificación del tratamiento (gravedad del paciente e imposibilidad de esperar a obtener niveles de voriconazol, insuficiencia renal(IR), interacciones farmacológicas de voriconazol, infección por mucorales en paciente que no tolera anfotericina B, reacciones adversas a voriconazol, uso no justificado).

Las fuentes consultadas fueron: historia clínica informatizada de los pacientes (Mambrino XXI®) y módulo de Dosis Unitarias y de Pacientes Ambulantes de Farmatools® Glintt Healthcare.

### RESULTADOS.

Se analizaron un total de 33 prescripciones correspondientes a 32 pacientes, con una media de edad de 62 años, de los cuales el 66% son hombres (n=21). En un 64% de los casos se cumplimentó la petición de MSE. En el 27% de los casos (n=9) se utilizó isavuconazol IV como profilaxis antifúngica en pacientes inmunodeprimidos por quimioterapia. De los pacientes en los que se usó como tratamiento antifúngico (n=24), el 67% tenían una infección por *Aspergillus* (n=16); el 8% (n=2), infección por mucorales y 25% (n=6), por otros microorganismos.

En un 79% de los casos el uso de isavuconazol estaba justificado por diferentes motivos: 40% (n=13) por interacciones farmacológicas de voriconazol, 24% (n=8) por IR, 6% (n=2) por reacciones adversas a voriconazol, 6% (n=2) por infección por mucorales en paciente que no tolera anfotericina, 3% (n=1) por gravedad del paciente e imposibilidad de esperar a obtener niveles de voriconazol. En un 21% (n=7) de los casos el uso de isavuconazol no estaba justificado.

### CONCLUSIONES.

A pesar de que isavuconazol sólo tenga aprobada la indicación de tratamiento de aspergilosis o mucormicosis, un porcentaje muy elevado de pacientes han recibido tratamiento como profilaxis antifúngica. Los casos en los que se ha administrado isavuconazol IV sin estar justificado son muy significativos, por lo que como mejora se propone estudiar su uso en el Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) del centro.

También se observa que un alto porcentaje de prescriptores no elaboran la petición de MSE, por lo que sería interesante recordar a los facultativos la necesidad de realizar estos informes para poder evaluar su correcta utilización y, desde el servicio de Farmacia, comprobarlo antes de realizar la dispensación.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## PERFIL DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN DENTRO DEL ARSENAL TERAPÉUTICO

*Contreras Rey MB, Vila Torres E. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVOS

Describir la utilización de sacubitrilo-valsartán en un centro hospitalario, teniendo en cuenta las recomendaciones del SESCAM sobre su posicionamiento.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, tres meses de duración (2023). Se incluyeron pacientes que recibieron sacubitrilo-valsartán para insuficiencia cardíaca (IC) durante el ingreso. Para el análisis se tomó en consideración la indicación autorizada (tratamiento IC-FEr crónica sintomática) y el Informe de Posicionamiento Terapéutico de la AEMPS, que son aunados en el posicionamiento que el SESCAM hace del fármaco como tercer escalón en la IC-FEr tras terapia estándar (Hoja de Evaluación de Medicamentos de Castilla-La Mancha, vol. XXIII, n°2).

Variables analizadas: edad, sexo, tipo IC, motivo de ingreso relacionado con IC, diagnóstico de IC durante el ingreso, terapia previa al ingreso con fármacos modificadores de la enfermedad -según criterios de la Guía Europea de IC, 2021: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) ó inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA), betabloqueantes (BB), antagonistas del receptor de mineralcorticoides (ARM), inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)-, terapia al alta, inicio de sacubitrilo-valsartán durante el ingreso (y en estos últimos, escalón de tratamiento dentro del arsenal terapéutico y concomitancia con iSGLT2).

### RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes (56 episodios de ingreso). Edad media: 76,3 años (desviación estándar 14,5 años), 55,8% hombres.

Tipo de IC: 57,7% FEVI reducida (IC-FEr), 28,8% FEVI ligeramente reducida (IC-FElr), 13,5% FEVI conservada (IC-FEc). En el 30,4% el motivo de ingreso estuvo relacionado con IC y un 8,9% del total de ingresos fueron primeros episodios de IC.

La terapia cuádruple (IECA ó INRA, BB, iSGLT2 y ARM) fue la más frecuente al ingreso (44,6%), así como al alta (46,3%).

Entre los primeros episodios de IC, un 40% fueron altas con terapia cuádruple y otro 40% terapia triple. Entre los episodios de ingreso relacionados con IC, el 82,4% llevó INRA al alta, un 88,2% iSGLT2, un 88,2% BB y un 64,7% ARM.

En los inicios de sacubitrilo-valsartán en el ingreso (23,2%), se hizo en cuarto escalón (tras iSGLT2) en un 15,4%, tercero en un 15,4%, segundo en un 53,8% y primero en un 15,4%. Cuando se pautó durante el ingreso en pacientes sin iSGLT2 previo, en un 63,6% sacubitrilo-valsartán se asoció de forma concomitante a éste.

### CONCLUSIONES

El perfil de pacientes atendidos abarca en su mayor parte IC-FEr, siendo en un alto porcentaje terapia cuádruple y habitualmente con prescripciones iniciadas de forma previa al ingreso. En los primeros episodios de IC fueron frecuentes al alta las terapias triples y cuádruples.

Los resultados obtenidos reflejan una adherencia al posicionamiento del SESCAM en la que más de la mitad de pacientes tenían IC-FEr, sin embargo, también se utilizó en IC-FElr e IC-FEc. Aunque la imprecisión que pudiera asociarse al reducido tamaño de muestra hace que haya que interpretar los resultados con cautela, en los inicios de tratamiento durante el ingreso no parece ser empleado como tercer o cuarto escalón en la mayoría de casos y se observó una tendencia a combinar nuevas prescripciones de sacubitrilo-valsartán e iSGLT2 al alta.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## EXPERIENCIA DE USO DE ISATUXIMAB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA O REFRACTARIO

Lóizaga Celada, A; Criado Rubio, B; Alonso Salmerón, FJ; Aguilar Duque, E; González Joga, B; Berrocal Javato, MA. Hospital General Universitario Ntra Sra del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

### OBJETIVOS

Isatuximab es un anticuerpo monoclonal que se une al receptor CD38 empleado en el tratamiento de mieloma múltiple (MM) en combinación con pomalidomida, ya que se potencia la eliminación directa de las células tumorales. Este esquema puede ser efectivo en pacientes que hayan pasado ya por varias líneas de tratamiento, como evidencia el ensayo ICARIA-MM.

El objetivo de este póster es evaluar la efectividad y seguridad de Isatuximab en combinación con pomalidomida y dexametasona (IsaPd) en pacientes con MM en recaída o que sean refractarios a otros tratamientos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general de pacientes con MM en recaída y/o refractarios, que iniciaron tratamiento con IsaPd desde junio de 2022 hasta enero de 2024.

Se recogieron de la historia clínica electrónica las siguientes variables: edad, sexo, escala ECOG de situación funcional, valor de la escala R-ISS como factor pronóstico de enfermedad, presencia de plasmocitomas, líneas previas, trasplante de progenitores hematopoyéticos previo, número de ciclos administrados, posología, causa de la supresión del tratamiento, efectos adversos y complicaciones.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa Excel®.

### RESULTADOS

Se incluyeron 4 pacientes, mujeres, con una edad media de 66,5 años [61-75] y con valores ECOG 0-1 en tres pacientes y valor 3 en una de ellas. En cuanto a pronóstico de la enfermedad, 3 pacientes presentaban criterios R-ISS III, y sólo uno cumplía criterios R-ISS I. Las cuatro pacientes presentaban plasmocitomas.

Todas las pacientes habían recibido al menos dos líneas previas de tratamiento; una paciente recibió cinco líneas previas. El 100% recibieron tratamiento con un inhibidor de proteasoma, un inmunomodulador (lenalidomida) y anticuerpos monoclonales anti CD38 (daratumumab). Del total, sólo una de las pacientes no había recibido previamente un trasplante de progenitores hematopoyéticos.

El número promedio de ciclos administrados fue de 7,1 [1-19], a una dosis de 10 mg/kg de isatuximab, 4 mg de pomalidomida y 40 mg de dexametasona (esquema IsaPd); 2 pacientes presentaron progresión de la enfermedad en los ciclos 3 y 5, y una paciente sufrió una reacción anafiláctica en el primer ciclo, motivos por los que se suspendió el tratamiento. En cuanto a reacciones adversas, el 75% sufrió neutropenia grado 1-2, siendo necesario tratamiento con G-CSF.

### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el tratamiento con Isatuximab ha mostrado un perfil de seguridad manejable similar al descrito en la bibliografía, con un evento adverso aislado que obligó a suspender el tratamiento.

Serían necesarios más estudios con un tamaño muestral mayor para poder comparar la efectividad con los resultados del ensayo pivotal ICARIA-MM.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

## ANÁLISIS DE USO DE NIRMATRLVIR/RITNONAVIR EN UN HOSPITAL GENERAL

AGUILAR DUQUE, E; GÓMEZ ESPINOSA, P; LOMARES MANZANO, I; CRIADO RUBIO, B; ALONSO SALMERÓN, FJ; LOIZAGA CELADA, A; BERROCAL JABATO, MA. Hospital General Universitario Ntra Sra del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

### OBJETIVO

Revisar la utilización en el ámbito hospitalario de Nirmatrelvir/Ritonavir (N/R) mediante el análisis de prescripciones autorizadas y no autorizadas, interacciones farmacológicas y ajustes por insuficiencia renal. Evaluar la importancia del papel del farmacéutico en este proceso.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo sobre la utilización de N/R en un Hospital General. Se analizaron las solicitudes de autorización de N/R en el ámbito hospitalario durante el año 2023 y si habían sido autorizadas o no.

A partir de la historia clínica de los pacientes se recogieron las siguientes variables por cada solicitud: edad, sexo, servicio de hospitalización, filtrado glomerular, interacciones farmacológicas con medicación concomitante. Los criterios de autorización se basaron en los marcados por ficha técnica:

- Adultos mayores de 18 años
- Filtrado glomerular superior a 30ml/min
- No necesidad de oxigenoterapia
- Sintomatología leve de menos de 5 días de duración
- Alta probabilidad de desarrollar COVID-19 grave

El procesamiento de los datos se realizó con el programa Excel®.

### RESULTADOS

Se analizaron 70 solicitudes de N/R de las cuales el 12,85% no fueron autorizadas. Del total de pacientes, un 51,42% fueron mujeres y la media de edad fue de 70,38 años ( $\sigma=17.69$ ).

Los servicios solicitantes correspondieron a medicina interna (2,85%), hematología (11,42%) y urgencias (85,7%).

Los motivos de no autorización del tratamiento fueron: aclaramiento renal insuficiente (7,78%), requerimientos de aporte de oxígeno suplementario (7,78%), interacciones farmacológicas con un balance riesgo/beneficio desfavorable (15,56%) y decisión de cambio de tratamiento a Remdesivir (15,56%).

Del 87,15% de los pacientes a los que se autorizó el tratamiento con N/R, un 60,64% tuvieron interacciones clínicamente relevantes que requirieron intervención farmacéutica. Los grupos terapéuticos con mayor número de intervenciones fueron: un 56,75% estatinas, un 35,15% anticoagulantes orales y un 32,43% antiinflamatorios no esteroideos (concretamente el metamizol).

Las intervenciones consistieron en la modificación de la posología de tratamientos concomitantes en un 86,48% de los casos, monitorización de la terapia en un 21,62%, sustitución del fármaco por otro del mismo grupo terapéutico en un 13,5% y suspensión de medicación contraindicada con N/R durante 8 días en un 18,91% de los pacientes. Por último, se registró un 11,47% de pacientes que necesitaron un ajuste de la dosis de N/R por insuficiencia renal.

### CONCLUSIÓN

En la mayoría de casos analizados, fue necesaria la intervención del farmacéutico por la aparición de interacciones clínicamente relevantes que se pudieron resolver con modificaciones en la posología. Una minoría de los pacientes tuvieron que suspender tratamientos concomitantes durante la toma de N/R y un pequeño porcentaje de autorizaciones fueron rechazadas. Por lo tanto, al tratarse N/R de un fármaco con multitud de potenciales interacciones farmacológicas y necesidad de ajuste por insuficiencia renal, su dispensación requiere una autorización por parte del farmacéutico, así como la revisión de tratamientos concomitantes y función renal.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## ¿TRATAMOS EL ASMA GRAVE NO CONTROLADA SEGÚN ESCALÓN 6 DE GEMA 5.3?

*Amores del Rey, L1; Torres Degayón, E1; Cebrián Carrascosa, C; Áreas del Águila VL, V1; Galindo Bonilla, PA2. Servicio de Farmacia1 y Servicio de Alergología2, Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

### OBJETIVOS

Evaluar la adherencia al tratamiento combinado inhalado de corticoide (CI), agonista betaadrenérgico de acción larga (LABA) y anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA), en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) tratados con anticuerpos monoclonales (AcM) y definir el perfil de pacientes tratados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal que analizó la adherencia terapéutica (AT) al inhalador primario (IP) definido como la combinación de CI + LABA o CI + LABA + LAMA en pacientes con AGNC tratados con AcM, en seguimiento por el Servicio de Alergología en un hospital de tercer nivel, durante 7 meses (julio2023-enero2024).

La AT se midió mediante dos métodos: TAI 12, test validado al español con 10 preguntas cumplimentadas por el paciente y 2 por el médico y Ratio de Posesión de la Medicación (RPM) definido como nº total de inhaladores dispensados/nº total de inhaladores teóricos prescritos en un intervalo de tiempo x 100. La falta de adherencia se definió como RPM inferior a 80% o TAI menor del 50%.

Se recogieron las siguientes variables secundarias: edad, sexo, fenotipo de asma (alérgico T2, eosinofílico T2, no T2) y tratamiento farmacológico del asma: IP, inhalador beta adrenérgico de acción corta (SABA), anticolinérgico de acción corta (SAMA), AcM (mepolizumab, benralizumab, dupilumab y tezepelumab) y glucocorticoides orales (GCO).

Los datos se obtuvieron de la historia clínica (MambrinoR) y del registro de retiradas de los inhaladores en las oficinas de farmacia del programa FierabrasR).

Las variables cuantitativas se expresaron como medias (desviación estándar); para las cualitativas frecuencias y proporciones. Se analizaron los datos con el programa SPSS.

### RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes adultos, la media de edad fue 56 años (DE 12,49), 66% mujeres. El 97,4% de los pacientes presentaban alergia fenotipo T2.

Los pacientes no adherentes al IP fueron 28,9% y 65,8% según cuestionario TAI12 y RPM, respectivamente.

En cuanto al tratamiento farmacológico del asma, los pacientes tratados con IP fueron un 60,53% con LABA+GI y un 44,17% LABA+CI+LAMA; con otros inhaladores, el 10,53% con LAMA, y el 42,16% con SABA; con GCO el 39,47% y recibieron AcM: benralizumab 39,47%, dupilumab 26,32%, mepolizumab 18,42% y tezepelumab 15,79%.

### CONCLUSIONES

Es importante destacar que el RPM detecta una mayor proporción de no adherencia en comparación con el cuestionario TAI, lo que nos hace pensar que los cuestionarios para pacientes tienden a sobreestimar el cumplimiento.

La efectividad de los AcM podría predisponer a los pacientes a no utilizar el IP, y como consecuencia, a reducir la adherencia al mismo, así como reducir el uso de LAMA y GCO.

Los resultados del estudio se completarían con la medida de los resultados de control del asma.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)

## IMPACTO ECONOMICO Y CARACTERIZACION DE PACIENTES ELEGIBLES PARA LA TRANSICION A BITERAPIA CON CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA DE ACCION PROLONGADA.

*Del Pozo Carlavilla C, Pagán Núñez FT, Pardo Sánchez R, Ruiz Sánchez S, Ramírez Córcoles A, Servicio de Farmacia, Hospital General de Almansa. Albacete.*

### OBJETIVOS

La administración intramuscular de cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada (CAB + RLP AP) está indicada en pacientes con infección por el VIH, con tratamiento antirretroviral (TAR) previo que estén virológicamente suprimidos y que no presenten mutaciones de resistencia a inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosídicos (ITTIN) ó inhibidores de la integrasa (INI) ni fracaso previo a los mismos.

El objetivo del estudio fue determinar la proporción de pacientes que cumplen los criterios de indicación para el cambio a biterapia con CAB + RLP AP en un hospital comarcal en el periodo de estudio, considerando la buena adherencia a la medicación, no infección activa por VHB y ausencia de deseo gestacional. El segundo objetivo fue comparar los costes del tratamiento actual con la alternativa CBT + RPV AP bimensual.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes en tratamiento con TAR activo durante el mes de Octubre de 2023 en nuestra consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia de un hospital comarcal.

Variables analizadas: número total de pacientes con TAR activa, demográficas (edad, sexo), TAR activo, supresión virológica (RNA-VIH 50 copias/mL) durante los últimos 3-6 meses, ausencia de mutaciones de resistencia a ITTIN o INNI ni fracaso previo a los mismos, buena adherencia terapéutica según la tasa de posesión de la medicación (TPM) >80%, número de pacientes que cumplen los criterios de indicación para el cambio a biterapia con CAB + RLP AP y costes de los TAR.

Los datos se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos y gestión económica (Farmatools®), y la historia clínica electrónica. El análisis de los datos se realizó con Excel®.

### RESULTADOS

Se identificaron un total de 53 pacientes en tratamiento antirretroviral, (40% hombres, mediana de edad 39,1 años. El porcentaje de pacientes con carga virológica suprimida durante los últimos 3-6 meses fue del 84,9%. En cuanto a la adherencia terapéutica, la TPM fue de >80% en el 41/53 (77,3) % de los pacientes, y el 39/53 (73,5%) de los pacientes había sufrido ausencia de mutaciones de resistencia o fracaso previo a ITTIN o INNI. El porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de indicación para el cambio a biterapia con CAB + RLP AP fue del 54,7%.

El coste medio por paciente y año con la terapia actual fue de 5.586 €. Se determinó que CAB+RVP AP tenía un coste anual por paciente durante el primer y segundo año de 7.695 y 6.733 € respectivamente. El tratamiento con CAB LP + RPV LP anual tras el primer año costaría 759,4€ por paciente y año más que la alternativa oral más frecuente en nuestros pacientes (Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir ala).

### CONCLUSIONES.

Un amplio número de los pacientes podrían beneficiarse del cambio a CAB+RPV AP tras la evaluación del médico prescriptor.

Son necesarios más estudios para evaluar el impacto económico de la mayor frecuentación de los pacientes con este régimen a los centros sanitarios para su administración.

- Es un caso clínico: NO
- Conflicto de intereses: NO

[\(Enlace al póster\)](#)