



LIBRO DE COMUNICACIONES

63

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

PALMA 2018



Patrocinado por:





JUNTA DE GOBIERNO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

PRESIDENTE

D. MIGUEL ANGEL CALLEJA HERNÁNDEZ

VICEPRESIDENTE

DÑA. ANA LOZANO BLÁZQUEZ

TESORERO

D. JAVIER GARCIA PELLICER

SECRETARIA

DÑA. MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS

DELEGADO AUTONÓMICO ANDALUCÍA

D. RAMÓN MORILLO VERDUGO

DELEGADO AUTONÓMICO ARAGÓN

DÑA. M. DOLORES SOLANO ARAMENDIA

DELEGADO AUTONÓMICO BALEARES

D. PERE VENTAYOL BOSCH

DELEGADO AUTONÓMICO CANARIAS

D. FERNANDO GUTIERREZ NICOLAS

DELEGADO AUTONÓMICO CANTABRIA

DÑA. MARIA OCHAGAVIA SUFRATEGUI

DELEGADO AUTONÓMICO CASTILLA Y LEÓN

DÑA. BLANCA DE LA NOGAL FERNANDEZ

DELEGADO AUTONÓMICO CASTILLA - LA MANCHA

D. JUAN CARLOS VALENZUELA GAMEZ

DELEGADO AUTONÓMICO CATALUÑA

DÑA. EDURNE FERNANDEZ DE GAMARRA MARTINEZ

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MADRID

DÑA. EVA M^ª NEGRO VEGA

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD DE MURCIA

D. PABLO DE LA CRUZ MURIE

DELEGADO AUTONÓMICO COMUNIDAD VALENCIANA

D. ANDRES NAVARRO RUIZ

DELEGADO AUTONÓMICO EXTREMADURA

DÑA. M. JOSE IZQUIERDO PAJUELO

DELEGADO AUTONÓMICO GALICIA

DÑA. GUADALUPE PIÑEIRO CORRALES

DELEGADO AUTONÓMICO LA RIOJA

DÑA. PILAR BLAZQUEZ BEA

DELEGADO AUTONÓMICO NAVARRA

DÑA. ANA ORTEGA ESLAVA

DELEGADO AUTONÓMICO PAÍS VASCO

DÑA. GARBIÑE LICEAGA CUNDIN

DELEGADO AUTONÓMICO PRINCIPADO DE ASTURIAS

DÑA. CRISTINA CALZÓN BLANCO

VOCAL DE RESIDENTES

D. MANUEL MURILLO IZQUIERDO

ISBN: 978-84-09-06994-1
DEPÓSITO LEGAL: M-38145-2018



PRESENTACIÓN

Estimados compañeros,

La 63 edición del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se celebrará en Palma del 8 al 10 de Noviembre de 2018.

El lema elegido para esta ocasión es “La Salud nos Mueve”, e incorpora varias novedades respecto a ediciones anteriores.

En primer lugar, las fechas elegidas incluyen tres días completos de jueves a sábado, con la idea de trasladar parte del congreso al fin de semana con plena actividad formativa y de encuentro profesional, minimizando así la repercusión en la actividad asistencial.

Por otra parte, el lema del Congreso hace referencia a la Salud, huyendo del rol clásico del farmacéutico centrado en el medicamento. La asistencia sanitaria está sufriendo una gran transformación en la que la cronicidad, el cuidado extrahospitalario y los resultados en vida real, constituyen ejes básicos sobre los que pivotan las actuaciones sanitarias. Este pensamiento estratégico implica trabajar en Salud, no esperar la enfermedad, sino adelantarse e involucrarse en actividades que promocionen y promuevan una sociedad más sana y unos pacientes menos enfermos.

La Salud será el eje conductor del congreso, y nuestro compromiso es crear nuevas oportunidades, dotar y ampliar de contenido nuestro rol sanitario, constituyendo un cambio cultural y creando la Farmacia Hospitalaria del futuro, y todo ello en un entorno único de una isla del Mediterráneo, Mallorca.

Palma, la capital Balear y la ciudad anfitriona, es una ciudad viva, acogedora y cosmopolita. Abierta al mar, su fachada marítima manifiesta un enorme poder forjado a través de los siglos, con la Lonja, el Palacio de la Almudaina, la Catedral y el Faro de Porto Pi (el tercero en activo más antiguo del mundo). Pero más allá de su valor histórico, en su interior late el ritmo frenético de una urbe moderna y dinámica, que lucha por mantener su prestigio como destino de referencia en el Mediterráneo.

El recién estrenado Palacio de Congresos, donde se ubicará la sede del Congreso, está situado en un entorno emblemático de la fachada marítima de Palma y se sumará al compromiso y sensibilización por la Salud y el respeto por el medio ambiente.

Esperamos que el 63 Congreso de la SEFH en Palma nos mueva a todos para conseguir una sociedad más saludable, unos pacientes más sanos y constituya una experiencia inolvidable.

Os esperamos a todos. Nos vemos en Palma.

Pere Ventayol
Presidente

Olga Delgado
Coordinadora Científica





COMITÉ



Pere Ventayol Bosch
PRESIDENTE

Delegado Autonómico de la SEFH en Baleares. Hospital Universitario Son Espases. Palma



Olga Delgado Sánchez
COORDINADORA CIENTÍFICA

Hospital Universitario Son Espases. Palma



Laura Anoz Jimenez
MIEMBRO

Hospital Can Misses. Ibiza



Mar Crespí Monjo
MIEMBRO

Hospital Universitario Son Espases. Palma



Fernando Do Pazo Oubiña
RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN

Hospital Universitario Son Espases. Palma



Víctor Llodrá Ortola
MIEMBRO

Hospital de Manacor. Manacor



Iciar Martínez López
MIEMBRO

Hospital Universitario Son Espases. Palma



Clara Martorell Puigserver
MIEMBRO

Hospital Universitario Son Espases. Palma



Gabriel Mercadal Orfila
MIEMBRO

Hospital Mateu Orfila. Mahón



Marga Nigorra Caro
MIEMBRO

Hospital Son Llàtzer. Palma



Manel Pinteño Blanco
MIEMBRO

Hospital Comarcal D'Inca. Inca



Joaquín Ignacio Serrano López de las Hazas
MIEMBRO

Hospital Son Llàtzer Palma



COMITÉ (cont.)



Montserrat Vilanova Boltó

MIEMBRO

Hospital Son Llàtzer. Palma



Teresa Bermejo Vicedo

Directora revista Farmacia Hospitalaria



Virginia Bosó Ribelles

Directora Página Web SEFH



Benito García Díaz

Dirección de Formación SEFH



Javier García Pellicer

Tesorero SEFH



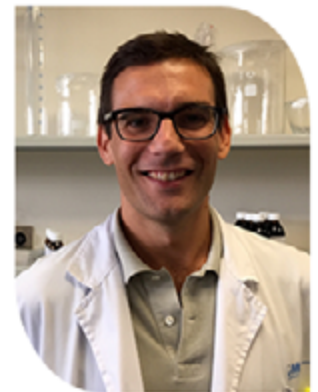
José Manuel Martínez Sesmero

Director de I+i SEFH



Eva Negro Vega

Vocal Junta de Gobierno



Javier Saez de la Fuente

Coordinador de Grupos de Trabajo SEFH





COLABORADORES

COORDINADORES DE COMUNICACIONES

ICIAR MARTÍNEZ LOPEZ | MANEL PINTEÑO BLANCO

REVISORES EN FASE ADMINISTRATIVA

GEMMA ARRUFAT GOTERRIS

MARÍA CASTRO MANZANARES

FRANCESCA COMPANY BEZARES

ICIAR MARTÍNEZ LÓPEZ

MANEL PINTEÑO BLANCO

PILAR ROVIRA TORRES

M^a MARGALIDA SANTANDREU ESTERLICH

EVALUADORES TRANSVERSALES

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ
 JAVIER CARRERA HUESO
 VICENTE ESCUDERO VILAPLANA
 EDURNE FERNÁNDEZ DE GAMARRA
 DOLORES FRAGA FUENTES
 BENITO GARCÍA DÍAZ
 XANDRA GARCÍA GONZÁLEZ
 ANA GARCÍA ROBLES
 MARIA VICTORIA GIL NAVARRO
 BELÉN HERNÁNDEZ MUNIESA
 AITZIBER ILLARO URANGA
 GARBIÑE LIZEAGA CUNDIN
 MARI CARMEN LÓPEZ CABEZAS
 ANA LÓPEZ GONZÁLEZ
 PIEDAD LOPEZ SÁNCHEZ
 ANA DE LORENZO PINTO
 JOSÉ ANTONIO MARCOS RODRIGUEZ
 MARÍA JOSE MARTÍNEZ BAUTISTA
 MARÍA EUGENIA MARTÍNEZ NUÑEZ
 XAVIER MILARA PAYA
 ALFREDO MONTERO DELGADO
 SERGIO PLATA PANIAGUA
 ESTHER RAMÍREZ HERRÁIZ
 ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ
 JOAN VINENT GENESTAR

EVALUADORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

RUBÉN ACHAU MUÑOZ
 M^a JOSÉ AGUSTÍN FERRÁNDEZ
 ARANTZA AIS LARISGOITIA
 AZUCENA ALDAZ PASTOR
 ANA ÁLVAREZ DÍAZ
 CONCHA ALVAREZ DEL VAYO BENITO
 LOLES AUMENTE RUBIO
 JAVIER BECARES MARTÍNEZ
 SILVIA BERISA PRADO
 JOAQUIN BORRÁS BLASCO
 MERCEDES CERVERA PERÍS
 CHRISTINE CIRUJEDA RANZENBERGER
 MÓNICA CLIMENTE MARTÍ
 ISABEL DE LA PAZ CAÑIZARES
 MARIA DEL PUY GOYACHE GOÑI
 JAN THOMAS DE POURCQ
 RAUL DIEZ FERNÁNDEZ
 LAURA DOMENECH MORAL
 MINERVA ESPERT ROIG
 BEGOÑA FEAL CORGIZAS
 SERGIO FERNANDEZ ESPINOLA
 AURORA FERNÁNDEZ POLO
 SANDRA FLORES MORENO
 PILAR FLOX BENITEZ
 CARLOS FOLGUERA OLÍAS
 NURIA GALÁN RAMOS
 JARA GALLARDO ANCIANO

SERGIO GARCÍA CASES
 MARTA GARCÍA PALOMO
 MILAGROS GARCÍA PELÁEZ
 SONSOLES GARCÍA RODICIO
 NOÉ GARIN ESCRIVÀ
 MARGA GARRIDO SILES
 MARISA GASPAR CARREÑO
 ALVARO GIMÉNEZ MANZORRO
 BEGOÑA GÓMEZ PÉREZ
 JAVIER GÓNZALEZ BUENO
 SARA GONZÁLEZ PIÑEIRO
 JOSEP MARÍA GUIU SEGURA
 YOLANDA HERNÁNDEZ GAGO
 ALICIA HERRERO AMBROSIO
 OLATZ IBARRA BARRUETA
 ANA AURELIA IGLESIAS IGLESIAS
 ITZIAR LARRODE LECIÑENA
 ELENA LOBATO MATILLA
 EDUARDO LÓPEZ-BRIZ
 ELENA LÓPEZ ASPIROZ
 SILVIA MANRIQUE RODRIGUEZ
 MARTA MARTÍ NAVARRO
 ANA M^a MARTÍN DE ROSALES
 NOEMI MARTÍNEZ LÓPEZ DE CASTRO
 BELÉN MATILLA FERNÁNDEZ
 BEATRIZ MEJUTO PÉREZ DEL MOLINO
 VICENTE MERINO BOHÓRQUEZ

CONCEPCIÓN MESTRES MIRELLES
 BELÉN MONTAÑÉS PAULS
 EMILIO MONTE BOQUET
 ANA CRISTINA MURCIA LÓPEZ
 ANDRÉS NAVARRO RUIZ
 JORDI NICOLÁS PICÓ
 CATALINA PERELLÓ ALOMAR
 OLATZ PÉREZ RODRÍGUEZ
 INMACULADA PLASENCIA GARCÍA
 SUSANA REDONDO CAPAFONS
 JUAN MANUEL RODRÍGUEZ CAMACHO
 BELEN RODRÍGUEZ MARRODAN
 ISAURA RODRIGUEZ PENIN
 MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ MATEOS
 MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ SAGRADO
 ANA ROSA RUBIO SALVADOR
 NURIA RUDI SOLA
 JESÚS RUÍZ RAMOS
 JAVIER SÁNCHEZ-RUBIO FERNÁNDEZ
 RAMÓN SAN MIGUEL ELCANO
 ALEJANDRO SANTIAGO PÉREZ
 LETICIA SORIANO IRIGARAY
 DOLORS SOY MUNER
 ANA SUCH DÍAZ
 ENRIQUE TEVAR ALFONSO
 AMPARO VÁZQUEZ POLO
 MIGUEL VÁZQUEZ REAL



- 
- 
-  COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS
 -  COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS
 -  PÓSTERES EN PAPEL
 -  PÓSTERES ELECTRÓNICOS (e-POSTERS)



SUMARIO

COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS	41
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH	41
198. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES JOVENES (14-30 AÑOS) CON TAR VIH COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA	41
409. VALOR DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO AMBULATORIO DE HEMODIÁLISIS: OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA	41
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA	42
472. RESULTADOS EN SALUD REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA	42
1128. RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE (PROS) Y SEGUIMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES CON HEMOFILIA MEDIANTE LA APP HAEMOASSITS®	43
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS	44
589. CUESTIONARIO PARA VALORAR LA APLICABILIDAD DEL ANÁLISIS DE SUBGRUPOS A LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS	44
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS	44
563. OPTIMIZACIÓN DEL CONSUMO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PSORIASIS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO	44
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)	45
223. MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE INFlixIMAB DURANTE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	45
1293. INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA DOSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	46
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA	46
222. EVALUACIÓN DE LA AGRESIVIDAD TERAPÉUTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	46
674. EFECTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO TRAS QUIMIOTERAPIA PREVIA	47
COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS	50
CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA	50
260. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN MEDICINA INTERNA: INFLUENCIA EN EL REINGRESO	50
569. ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS MEDIANTE DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE E-INTERCONSULTA ENTRE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL Y DE ATENCIÓN PRIMARIA.	50
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO	51
448. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA CON SEÑALES ALERTANTES (TRIGGER-CHRON) PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD	51
622. ALCANCE SOCIAL DE UNA CUENTA DE TWITTER® DEDICADA A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN.	52
934. DISEÑO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA MÁQUINA REENVASADORA AUTÓNOMA PARA MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ESTÉRILES.	53
1194. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICA ..	54
CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS	55
849. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE)	55



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS	56
171. UNA NUEVA FORMA DE COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO REMOTO DE LOS PACIENTES CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES A TRAVÉS DE LA SALUD MÓVIL	56
179. IMPRESIÓN 3D: DISEÑO DE APLICACIONES EN UN SERVICIO DE FARMACIA	56
356. NUEVAS ESTRATEGIAS PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON COMORBILIDADES Y POLIMEDICACIÓN: PROYECTO MHEART	57
COMUNICACIONES POSTER EN PAPEL	60
CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA	60
100. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A LA INTERACCIÓN TRIPLE WHAMMY.	60
105. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: 1 AÑO DE SEGUIMIENTO	60
212. USO SEGURO DE OPIOIDES MAYORES: RELACIÓN ENTRE TITULACIÓN DE DOSIS Y PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DOSIS MÁXIMAS	61
517. ADECUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS	62
687. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL CONSUMO DE OPIOIDES EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS	62
1015. EXPERIENCIA INICIAL CON EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9 CON LAS CONDICIONES ACTUALES DE FINANCIACIÓN EN ESPAÑA	63
1024. DISCREPANCIAS EN EL TRATAMIENTO HABITUAL DE PACIENTES QUE INICIAN MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA: IMPACTO EN LA APARICIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	63
1094. AJUSTE DE ANTIDIABÉTICOS ORALES A LA FUNCIÓN RENAL, ¿CÓMO SE ESTÁN PRESCRIBIENDO?	64
1114. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ALARGAMIENTO QT SECUNDARIO A FÁRMACOS	65
1117. PACIENTE CRÓNICO DE NIVEL DE INTERVENCIÓN ALTO: ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN LA CONCILIACIÓN HOSPITALARIA AL INGRESO	66
1169. FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA: PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN	66
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO	67
55. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES TROMBOPROFILÁCTICAS EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	67
231. DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS	68
284. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL GENERAL	68
317. MEDICAMENTOS PELIGROSOS: INVOLUCRANDO A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL	69
917. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS ERRORES DE DOSIFICACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA PARENTERAL	70
1330. REGISTRO Y EVALUACIÓN DE HEMORRAGIAS EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES EN UN ÁREA DE SALUD	71
CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS	71
109. ESTABILIDAD MICROBIOLÓGICA DE CLOBAZAM 1 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL PARA LA ADMINISTRACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN CURAS PALIATIVAS	71
200. TRATAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON FACTORES DE COAGULACIÓN EN PACIENTES CON HEMOFILIA GRAVE	72
508. ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I	73
606. ESTANDARIZACIÓN DE SEDOANALGESIA DOMICILIARIA EN PACIENTES PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA	73
657. SITUACIÓN ACTUAL DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS A NIVEL NACIONAL	74
784. IDONEIDAD EN LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR POR CKD-EPI PARA LA DOSIFICACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR	75
916. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SUERO SALINO HIPOTÓNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	76



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH.....	76
8. INFLUENCIA DE LA PRESIÓN ANTIBIÓTICA SOBRE LA COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	76
339. RIBAVIRINA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES	77
669. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO PROA Y SUS REPERCUSIONES EN EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS	78
864. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIAMOS: DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS SOBRE LAS PRESCRIPCIONES DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM	79
941. TOLERANCIA DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ORAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL	79
1150. EFFECTIVENESS OF INHALED ANTIBIOTIC THERAPY IN CRITICALLY ILL PATIENTS WITH RESPIRATORY INFECTIONS	80
1184. FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA DE TIGECICLINA EN INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS EN EL PACIENTE CRÍTICO	81
1368. ANÁLISIS DEL NÚMERO DE VISITAS A URGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES POR EXACERBACIÓN PULMONAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON COLISTINA NEBULIZADA	81
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA.....	82
95. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS EN LOS PACIENTES DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA	82
185. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA DEPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS DE BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS	83
503. EVALUACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN RETO PARA LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL	83
887. IMPACTO DE UNA NUEVA PRESENTACIÓN DE ADALIMUMAB EN EL DOLOR ASOCIADO A LA INYECCIÓN REPORTADO POR LOS PACIENTES	85
889. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB E IXEKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA A GRAVE	86
910. EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE MAL CONTROLADO	86
958. EXPERIENCIA DE USO DE HIERROCARBOXIMALTOSA EN HOSPITAL DE DÍA	87
1294. EXPERIENCIA Y CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE CON PSORIASIS EN LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA... ..	88
1302. RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN TRATAMIENTO CON TOLVAPTÁN	88
CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS....	89
681. EVALUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PARCHES DE LIDOCAÍNA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS	89
690. META-ANÁLISIS EN RED DE LAS TERAPIAS INMUNOLÓGICAS EN SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	90
722. ANÁLISIS DE COSTES DE ERIBULINA VERSUS TRABECTEDINA EN PACIENTES CON LIPOSARCOMA IRRESECCABLE O METASTÁSICO, PREVIAMENTE TRATADOS CON ANTRACICLINAS	90
783. NUEVO REGLAMENTO DE ENSAYOS CLÍNICOS: IMPACTO EN LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE CATALUÑA	91
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN	92
12. ESTUDIOS IN VITRO, EX VIVO E IN VIVO PARA LA CARACTERIZACIÓN GALÉNICA DEL HIDROGEL OFTÁLMICO DE CISTEAMINA PARA SU USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CISTINOSIS OCULAR	92
44. FORMULATION OF 5% ACETYLCYSTEINE EYE DROPS	92
50. ESTABILIDAD DE UNA FORMULACIÓN DE FENILEFRINA 10% COLIRIO	93
232. ESTANDARIZACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA: ENCUESTA MULTICENTRICA NACIONAL	94
326. REDOSIFICACIÓN DE SUGAMMADEX EN JERINGAS DE 50 MG/5 ML PARA LA REVERSIÓN DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL INDUCIDO POR ROCURONIO	94



591. ESTADO DE SITUACION DE LA ELABORACIÓN POR TERCEROS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA	95
635. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL COMO PUNTO CLAVE PARA LA OPTIMI- ZACIÓN DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA	96
706. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA DE CREMA DE RESORCINA AL 15% PARA EL TRATAMIENTO DE HI- DRADENITIS SUPURATIVA	96
767. ESTABILIDAD FÍSICA, QUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE FORMULACIONES TÓPICAS DE SIROLIMUS 0,4%	97
1191. ANÁLISIS DE LA FOSFOREMIA EN NEONATOS PRETÉRMINO: NECESIDAD DE APORTE DE FOSFATO EN LA NU- TRICIÓN PARENTERAL ESTÁNDAR DEL PRIMER DÍA	98
1334. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES DE ETAMBUTOL 50 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA	99
1345. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES DE ISONIAZIDA 50 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA	99
1352. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE ISONIAZIDA POR CROMATOGRFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS	100
1425. EVALUACION DE RIESGO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES DEL GRUPO J Y RECOMENDA- CIONES	101
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS	101
2. GESTION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL A TRAVÉS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN IN- DICADOR	101
239. EL PACIENTE ONCOLÓGICO ANTE LA EHEALTH. ¿CÓMO UTILIZA LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE SU SALUD?	102
540. OPTIMIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE AJUSTE DE DOSIS DE ANTIBIÓTICOS POR INSUFICIENCIA RENAL MEDI- ANTE LA METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA	103
632. ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN BASE A UNIDADES RELATIVAS DE VALOR	103
671. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN CONSULTA DE PACIENTES AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL COMARCAL A FIN DE ESTABLECER MEDIDAS DE MEJORA	104
777. CREACIÓN DE CORPUS PARA DETECTAR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN INFORMES MÉDICOS UTILIZANDO TECNOLOGÍAS DEL PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL	105
853. COLABORACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL CON EL SERVICIO DE GERIATRÍA EN LA ATENCIÓN A PACI- ENTES INGRESADOS	105
877. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: ANÁLISIS Y NUEVAS HERRAMIENTAS PARA SU GESTIÓN	106
1337. EXPECTATIVAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y PROFESIONALES SOBRE UNA APLICACIÓN MÓVIL PARA LA ACTIVACIÓN Y REGISTRO DE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES	107
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)	107
270. IMPACTO DE MÉTODO FARMACOCINÉTICO/FARMACODINÁMICO TEÓRICO VERSUS MÉTODO FARMACOCINÉ- TICO EN OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE VANCOMICINA	107
366. FARMACOCINÉTICA E INMUNOGENICIDAD DE INFILIXIMAB BIOSIMILAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL	108
405. INFLUENCIA DEL USO DE CORTICOIDES EN LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE VORICONAZOL	109
802. DESARROLLO DE UN MÉTODO RÁPIDO DE GENOTIPADO DE CYP2C19 PARA OPTIMIZAR LA TERAPIA CON VORI- CONAZOL	110
895. EVOLUCIÓN DE LA VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE LOS NIVELES DE TACROLIMUS EN LOS DISTINTOS PERIO- DOS DEL POSTRASPLANTE RENAL	110
1267. MODELADO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE MEROPENEM EN PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS SOMETIDOS A HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA CON MEMBRANA DE ALTA ABSORCIÓN	111
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA	112
47. USO Y EFECTIVIDAD DE DISTINTOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO HER2 POSITIVO: REGISTRO NACIONAL AGAMENOM	112
49. DURACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN RESPUESTA	112



199. REACCIONES ADVERSAS A ANTINEOPLÁSICOS ORALES COMO MEDIDA DE RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES	113
256. LA SALUD NOS MUEVE HACIA LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	114
1399. ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE FARMACÉUTICOS Y ONCÓLOGOS SOBRE LA ESTANDARIZACIÓN DE DOSIS (DOSE-BANDING) DE ANTINEOPLÁSICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	114
COMUNICACIONES E-POSTER	117
CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.....	117
24. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS PROPORCIONADAS AL ALTA HOSPITALARIA	117
30. EXPERIENCIA DE USO CON INHIBIDORES DE CONVERTASA DE PROTEÍNAS SUBTILISINA/KEXINA 9 (PCSK9): ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB	117
33. PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS	118
37. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO POR PARTE DE UN FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA	119
48. CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA AL INGRESO Y AL ALTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	119
66. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE TRASPLANTADO DE PULMÓN Y MEJORA DE CONOCIMIENTOS	120
72. APLICACIÓN DE CRITERIOS STOPP EN PACIENTES ALTAMENTE POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL	121
75. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES PREVIAMENTE INGRESADOS	122
82. USO O ABUSO DE BENZODIAZEPINAS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO	122
96. PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DETECTADAS POR FARMACÉUTICOS EN URGENCIAS..	123
97. DISCREPANCIAS DETECTADAS ENTRE LA MEDICACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA Y LA QUE RECIBEN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.	124
99. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN QUE SE ADMINISTRA POR GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.	124
104. USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y POSIBILIDAD DE DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS.	125
112. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA.	126
115. CONTROL DE CALIDAD TRAS LA IMPLANTACIÓN DE RECETA ELECTRÓNICA EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS.	126
118. EXPOSICIÓN A BENZODIAZEPINAS Y DESARROLLO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ESTUDIO DE COHORTES EN UNA REGIÓN SANITARIA DE CATALUÑA ENTRE 2002 Y 2015	127
237. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS	127
150. EVALUANDO EL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN ANCIANOS, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?	128
159. POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA EN PSIQUIATRÍA Y SU DESVIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUIAS DE BUENAS PRÁCTICAS	129
161. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	129
205. UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CON DEMENCIA: REVISIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ...	130
214. ESTUDIO COMPARATIVO DEL SUEÑO TRAS LA DEPRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO HIPNÓTICO EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS	131
217. RELACIÓN ENTRE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA Y LOS INGRESOS POR URGENCIAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS.	131
264. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE PALIPERIDONA PALMITATO DEPOT EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS.	132
285. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE MAYOR CRÓNICO HOSPITALIZADO DURANTE LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES	132
305. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL SOBRE LA FARMACOTERAPIA DE LOS RESIDENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO	133
331. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DEL PACIENTE CRÓNICO MEDIANTE TECNOLOGÍAS SANITARIAS	134
333. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN ÁREA DE SALUD	135



367. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VALIDACIÓN INTEGRAL DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA	135
387. BUSCANDO LA EFICIENCIA: ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE INTERVENCIONES EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL ALTA	136
391. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE EMPAGLIFOZINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA	137
456. ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES URINARIAS QUE REQUIRIERON TERAPIA INTRAVENOSA EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO DE 150 PLAZAS	137
468. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES AMBULATORIOS EN TRATAMIENTO CON ZOLPIDEM	138
488. INFLUENCIA DE DIFERENTES FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN LA POLIMEDICACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS	139
516. ESTUDIO DEL USO DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	139
543. ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS ...	140
552. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA HOSPITALARIA ..	141
554. ESTUDIO DE LA RELACIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 CON EL CONSUMO DE METFORMINA Y PROTECTORES GÁSTRICOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS	141
577. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE OPIOIDES EN UN AREA DE SALUD	142
658. MEJORA EN LA ATENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES: RECOMENDACIONES SOBRE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.	143
672. CONCILIACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: FIGURA DEL FARMACÉUTICO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO....	143
695. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO CANAL DE DIFUSIÓN DEL FARMACÉUTICO	144
703. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES FRÁGILES PORTADORES DE Sonda NASOGÁSTRICA O DISFAGIA	145
704. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO GERIÁTRICO POLIMEDICADO	146
719. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO ASOCIADO A UN HOSPITAL GENERAL ...	146
725. CANCELACIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DEBIDAS A UN MANEJO INADECUADO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA	147
733. LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE, UN PUNTO CLAVE PARA DETECTAR Y RESOLVER LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA.	148
742. TRATAMIENTO DE INFECCIONES COMPLEJAS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS E INGRESOS HOSPITALARIOS EVITADOS	148
764. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN HOSPITAL DE NEUROREHABILITACIÓN ...	149
768. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO	149
770. RECOMENDACIÓN FARMACÉUTICA PARA EL INICIO Y OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO GASTROPROTECTOR EN RESIDENTES ANTIAGREGADOS CON RIESGO GASTROINTESTINAL MODERADO-ALTO EN RESIDENCIAS	150
800. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO	151
826. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA ...	151
831. CONSUMO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES E IMPACTO DE LAS ALERTAS DE SEGURIDAD EN EL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA 2.	152
836. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA	153
838. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE COLECALCIFEROL EN EL PACIENTE INGRESADO ..	153
850. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y GASTO DE BIFOSFONATOS ORALES Y DENOSUMAB E IMPACTO DE LAS ALERTAS DE SEGURIDAD	154
857. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ATORVASTATINA Y SIMVASTATINA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS..	154
965. PALMITATO DE PALIPERIDONA TRIMESTRAL EN UN PROGRAMA DE ADHERENCIA A ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN	155
872. CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN POR EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	156



911. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL DE DÍA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA Y FUNCIONAL	157
924. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR EN LA ADECUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS	157
946. MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON MULTIMORBILIDAD	158
957. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PERSONAS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP/START ...	159
969. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN ÁREA DE SALUD	159
972. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL INGRESO EN EL PACIENTE POLIMEDICADO A CARGO DE CIRUGÍA VASCULAR	160
974. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE CREMA DE COLISTINA TÓPICA EN PACIENTE AMBULATORIO CON ÚLCERA CUTÁNEA....	161
987. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	161
995. APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONVERSIÓN PRECOZ DE TRATAMIENTO INTRAVENOSO A ORAL	162
1018. DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA	163
1029. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS EN LOS PACIENTES DE URGENCIAS	163
1035. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN E INDICACIÓN DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN UN AREA DE GESTIÓN INTEGRADA	164
1083. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS	165
1092. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL DE EDAD AVANZADA.	166
1093. VALIDACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS Y AUDITORIA DEL VISADO DE RECETAS CON ANTI-COAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA	166
1098. UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.	167
1100. ADECUACIÓN DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN A LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN PROPUESTOS POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	168
1111. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS DE UN RESIDENTE DE FARMACIA EN UN GRUPO DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA	168
1113. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN DE METADONA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ..	169
1137. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL	170
1138. CONCILIACIÓN DIRIGIDA DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS	171
1152. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN ACTIVA DE MEDICACIÓN EN PACIENTE QUIRÚRGICO	171
1180. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	172
1190. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN UN AREA DE SALUD	173
1204. ¿DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN? CONSULTE A SU FARMACÉUTICO	173
1210. EFECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICOS EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS	174
1221. IMPLEMENTACION DE LA PRESTACION FARMACÉUTICA A UN CENTRO SOCIO SANITARIO.	175
1242. ANALISIS DE LA MEDICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO	175
1301. DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL TRATAMIENTO CON SACUBITRILLO/VALSARTAN	176
1304. ESCITALOPRAM Y PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT: ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES EN PACIENTES ANCIANOS	177
1307. HERRAMIENTA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO HOSPITALARIO	178
1346. ADECUACIÓN DEL AJUSTE POSOLÓGICO EN INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS.	178
1359. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDADES FÍSICAS Y/O COGNITIVAS INSTITUCIONALIZADOS	179



1415. MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA ¿CÓMO NOS HEMOS COORDINADO?	180
CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO.....	181
5. RETIRADA DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO: CÓMO Y CUANDO	181
6. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA	181
51. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS AL INGRESO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ...	182
53. SISTEMA BÁSICO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA VERSUS PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA AVANZADA DE TRATAMIENTOS ONCOESPECÍFICOS: PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS DURANTE SU USO SIMULTÁNEO	183
56. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LA FICHA TÉCNICA DE LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA	184
102. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS DURANTE UNA ROTACION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	184
114. RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO	185
145. MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y FIBRILACIÓN AURICULAR	186
160. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS ESCALONADOS DE DOLOR INFANTIL	186
235. ADECUACIÓN DE LA TAXONOMÍA DE CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DEL GRUPO RUIZ-JARABO 2000 A LOS ERRORES DETECTADOS EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS	187
287. REDUCCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ISOAPARIENCIA EN DIFERENTES FORMAS FARMACÉUTICAS..	188
307. USO DE PALIPERIDONA A DOSIS SUPERIORES A LAS ESTABLECIDAS EN FICHA TÉCNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO .	189
310. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS; PLANES DE MEJORA	189
338. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA PERIOPERATORIA EN UNA CONSULTA DE ANESTESIA	190
342. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA: DEL PLAN A LA ACCIÓN	191
354. ANGIOEDEMA Y DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADOS AL COLORANTE AMARILLO ANARANJADO EN UNA PACIENTE CON ALERGIA AL ACIDO ACETILSALICILICO	191
368. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA CONOCER LA TOXICIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB Y PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	192
388. TOXICODERMIA INDUCIDA POR PACLITAXEL	193
402. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: PERFIL DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS	193
403. DETERMINACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR	194
418. ESTABILIDAD Y PERÍODO DE VALIDEZ DE LOS MEDICAMENTOS LÍQUIDOS ORALES MULTIDOSIS.	195
422. FORMACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES	195
435. GRAVEDAD DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES MAYORES QUE SE PRODUCEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	196
437. ANÁLISIS DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFAZOLINA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN	197
475. ESTUDIO DE SEGURIDAD DE IPILIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. NUESTRA EXPERIENCIA	197
481. MONITORIZACIÓN DE LA CREATINQUINASA DURANTE EL TRATAMIENTO CON DAPTOMICINA	198
484. EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN INTRAHOSPITALARIA DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: ¿USO O ABUSO?	199
499. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SEGÚN CKD-EPI	199
502. REACCIÓN ADVERSA LETAL ASOCIADA A TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB	200
509. RELEVANCE OF THE INTERACTION BETWEEN PLACLITAXEL AND CLOPIDOGREL IN CLINICAL PRACTICE.	201
527. CLASIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA....	201



535. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA REDUCCIÓN DE ERRORES DE PREPARACIÓN DE CARROS DE DOSIS UNITARIAS	202
572. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS	203
581. VARICELA EN PACIENTE TRATADO DE HEPATITIS C	203
614. ESTUDIO DE FARMACOVIGILANCIA EN LOS TRATAMIENTOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	204
630. ACTUACIONES SOBRE MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ANTINEOPLÁSICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	205
633. IMPACTO EN EL TRABAJO EN LAS CABINAS DE FLUJO LAMINAR VERTICAL DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ANTINEOPLÁSICOS SEGÚN LISTADO NIOSH	205
640. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS EXTRAVASACIONES DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS	206
666. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS INYECTABLES EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES. ..	207
675. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SUGAMMADEX EN PACIENTES QUIRÚRGICOS	208
698. ÁREA ESTÉRIL: PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL TÉCNICO MANIPULADOR	208
701. CALIDAD EN EL LLENADO DE CARROS DE UNIDOSIS DE MEDICACIÓN SEMANAL DE UN CENTRO SOCIO-SANITARIO.	209
727. USO SEGURO DE DARBEPOETINA EN ANEMIA POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL ..	210
741. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA COMUNICACIÓN DE ALERTAS DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS A NIVEL AUTONÓMICO	210
758. ANTIBIÓTICOS SEGUROS EN EMBARAZADAS	211
778. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES TRATADOS CON PROCARBAZINA	212
780. JÓVENES EXPERTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	213
787. PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TERAPIA CON INSULINA INTRAVENOSA EN LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES PERIQUIRÚRGICOS	213
832. CONTROL DE LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DISPENSADOS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS REALIZADO POR EL TÉCNICO DE FARMACIA	214
833. IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	215
841. EVALUACIÓN DE UN DESINFECTANTE PARA LAS CABINAS DE FLUJO LAMINAR VERTICAL	216
851. CONTENIDO EN LATEX DE LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES EXTERNOS... ..	216
874. NIVEL DE RIESGO POTENCIAL DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ENSAYO CLÍNICO ..	217
878. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE LAS INSTALACIONES Y PREPARACIONES DEL ÁREA ESTÉRIL DEL SERVICIO DE FARMACIA	218
930. ALERGIAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA HOSPITALARIA: ANÁLISIS Y VARIABILIDAD EN SU REGISTRO ..	218
936. IMPACTO CLÍNICO DERIVADO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOPORTE A LA DECISION CLÍNICA ASOCIADO A LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA	219
948. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS CON ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA.	219
963. ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE LAS REACCIONES ADVERSAS PRODUCIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS..	220
981. DESPRESCRIPCIÓN, CONSECUENCIA DE LA COLABORACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICO EN PACIENTES ANCIANOS ..	221
990. REACONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS EN DOSIS UNITARIAS	222
1019. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA Y USO EN DOLOR NO ONCOLÓGICO... ..	222
1046. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA	223
1107. POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATIONS FOR THE ELDERLY	223
1125. EVALUACIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO, EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE NATALIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE. RESULTADOS EN VIDA REAL	224
1127. INTERACCIONES GRAVES CONCORDANTES ENTRE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y NUEVOS ANTIDEPRESIVOS ..	224
1149. DOLOR REFERIDO POR LOS PACIENTES ADULTOS EN DIFERENTES MOMENTOS DEL PROCESO QUIRÚRGICO..	225
1157. ADECUACIÓN DEL REENVASADO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS ORALES EN EL SERVICIO DE FARMACIA ..	226
1198. DESPRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO	226
1224. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN DETECTADOS POR UN FARMACÉUTICO EN URGENCIAS ...	227
1230. TOLERANCIA Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON LOXAPINA INHALADA EN PACIENTES AGITADOS.....	228



1252. ESTUDIO SOBRE LA DISPERSIÓN EN AGUA DE FÁRMACOS PELIGROSOS ORALES: ADAPTACIÓN A UN CENTRO SOCIOSANITARIO	229
1255. CAPECITABINA E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: RECOMENDACIONES FRENTE A LA INTERACCIÓN ...	229
1261. DIFERENCIAS ENTRE LAS TASAS DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADAS POR DIVERSAS FÓRMULAS PARA DETERMINAR LA POSOLOGÍA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES	230
1269. DETECCIÓN DE POSIBLES CASOS DE ENTEROPATIA ASOCIADA A OLMESARTAN EN UN ÁREA DE SALUD	231
1270. ANÁLISIS DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE MEDICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS	231
1282. IMPACTO DE LA PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE TERAPIA PARENTERAL EN FARMACIA: ANÁLISIS DEL RIESGO EVITADO PARA EL PACIENTE Y EL MANIPULADOR.	232
1286. ANÁLISIS DEL USO DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT CON RIESGO DE TORSADE DE POINTES	233
1315. DOCUMENTACION ESTANDARIZADA DE LA ATENCION FARMACEUTICA ONCOHEMATOLÓGICA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	233
1360. LOOK ALIKE Y SOUND ALIKE. LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UGC FARMACIA ANTE LA ISOAPARIENCIA DE MEDICAMENTOS	234
1361. ACTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PELIGROSIDAD DE MATERIAS PRIMAS EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS	235
1413. COMPARACIÓN DE LAS AUTOEVALUACIONES DE LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS 2007 - 2017	236
1424. BENEFITS OF USING MULTIPLE PHARMACOVIGILANCE METHODS IN CLINICAL PHARMACY	236
CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS	237
87. IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN DE VORICONAZOL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	237
149. IMPACTO EN LA FARMACOCINÉTICA DE ABSORCIÓN DE LA DILUCIÓN DE FORMULACIONES HIPEROSMOLARES ORALES EN NEONATOS	237
195. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA A CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES.	238
197. ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN: IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN URGENCIAS	239
234. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS LLEVADAS A CABO UN FARMACEUTICO INTERNO RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	239
267. ENFERMEDAD DE FABRY Y TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO: ANÁLISIS DE LA RESPUESTA EN UNA SERIE DE CASOS	240
320. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ...	241
328. EFECTIVIDAD DE LA NALTREXONA A DOSIS BAJAS EN EL TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO BENIGNO FAMILIAR .	241
394. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE LA ROTACIÓN DE CUARTO AÑO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	242
400. IMPACTO CUANTITATIVO DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .	243
450. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ALFA-1-ANTITRIPSINA: PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL VERSUS EVIDENCIA ..	243
479. PERFIL DE TOLERANCIA DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	244
486. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y PERSISTENCIA DE PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.	245
497. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS EN URGENCIAS..	245
513. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	246
553. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NUSINERSEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO I ...	247
559. EFECTIVIDAD DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO AL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA	247
567. USO DE SIROLIMUS TÓPICO EN PEDIATRÍA: REVISIÓN SISTEMÁTICA	248
599. PREDICTING THE RISK OF PROLONGED LENGTH OF STAY AFTER ELECTIVE SURGERY	249
629. PRESCRIPCIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA EN PEDIATRÍA	249
644. INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	250
652. EVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN A LAS GUÍAS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR	251



661. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ..	251
664. EXPERIENCIA DE USO DE ACIDO QUENODESOXICÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE XANTOMATOSIS CEREBRO- TENDINOSA	252
668. UTILIDAD DEL PACK DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	253
715. USO DE LA MELATONINA COMO TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	253
730. USO DE PICIBANIL PARA TRATAMIENTO DE LINFAGIOMA QUÍSTICO	254
740. FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: USO DE NINTEDANIB	255
744. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLEVIDIPINO EN EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE CRÍTICO POSTOPERADO CARDÍACO	255
769. ACTIVIDAD DE UN FARMACÉUTICO RESIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	256
774. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL ALTA EN POBLACIÓN NEONATAL	257
795. UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE FIBRINÓGENO EN CIRUGÍA CARDIACA	258
804. UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA HUMANA EN PACIENTES SOMETIDOS A PARACENTESIS EVACUADORA	258
817. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA HUMANA	259
825. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN PACIENTES CRÍTICOS	259
860. APLICACIÓN DEL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ TRAS ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA DE MEDICAMENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES	260
866. DOSIS INFRATERAPÉUTICAS DE ISOPROTERENOL EN UCI	261
868. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	262
871. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	262
885. ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SUS INDICACIONES	263
897. APORTE ÓPTIMO DE VITAMINA D EN NACIDOS PRETÉRMINO	263
903. UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO	264
915. SUSPENSIÓN ORAL DE METIMAZOL 3MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO AUTOINMUNE EN NEONATOLOGÍA	265
920. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ATEN- DIDOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS	266
925. 8 AÑOS CON ECLIZUMAB EN UN CASO DE HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA	266
959. EFECTIVIDAD DE IDARUCIZUMAB EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRÁN EN EL ENTORNO CLÍNICO	267
964. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TIOSULFATO SÓDICO EN LA ARTERIOLOPATIA URÉMICA CAL- CIFICANTE	268
997. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE TRATAMIENTO CON PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ARAGÓN	268
1001. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB PARA FIBROSIS PULMONAR IDIO-PÁTICA EN ARAGÓN	269
1004. PRESENCIA DE EXCIPIENTES RELACIONADOS CON TOXICIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS	270
1011. UTILIDAD Y FUTURO DE LA INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA	270
1017. PROFILAXIS DEL SÍNDROME ABSTINENCIA NEONATAL A OPIOIDES CON SOLUCIÓN ORAL DE METADONA ..	271
1061. PATRONES DE USO E IMPACTO ECONÓMICO DE LOS FACTORES ESTIMULANTES DE LA TROMBOPOYESIS EN PEDIATRÍA	271
1077. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB EN NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2	272
1079. EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA MATERNO-INFANTIL..	273
1096. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	274
1104. DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE	274
1108. DESCRIPTION A CASE OF SICKLE-CELL ANEMIA TREATED WITH HYDROXYUREA	275
1123. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS SOBRE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	275



1189. TEDUGLUTIDA Y SÍNDROME DE INTESTINO CORTO: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO	276
1195. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ACETATO DE LANREÓTIDO EN ENFERMEDAD HEPÁTICA ASOCIADA A LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE	277
1200. PROFILAXIS CON ECLIZUMAB EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO UREMICO ATÍPICO (SHUA)	278
1205. USO DE COMPRIMIDOS DE DOSIS FIJAS DE ANTITUBERCULOSOS EN PEDIATRÍA	278
1220. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y VALORACIÓN DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS	279
1226. TRATAMIENTO DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL	280
1227. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN NEONATOS: ESTANDARIZACIÓN E INTEGRACIÓN EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA	280
1237. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN REAL DEL CONCENTRADO COMPLEJO PROTROMBÍNICO HUMANO A DOSIS BAJAS SEGÚN INR BASAL.	281
1238. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL GENERAL	282
1240. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA CON ANTIFIBRÓTICOS	283
1263. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DEFIBROTIDE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	283
1264. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO	284
1266. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y DE SU REPERCUSIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.	285
1371. FARMACIA ASISTENCIAL INTEGRADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.	285
1383. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DEXMEDETOMIDINA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS	286
1402. POSOLOGÍA DE VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS	287
1409. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN URGENCIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA... ..	287
1412. REVISIÓN DE ESTABILIDADES DE UNA FARMACOTECA PARA LAS BOMBAS INTELIGENTES DE JERINGA	288
CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH.....	289
7. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE CANDIDEMIAS POR CANDIDA AURIS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS	289
10. DOSIFICACIÓN DE CEFTOLOZANO EN PACIENTES CON BACTEREMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EFECTO DE LA CMI, DOSIS Y FUNCIÓN RENAL	289
54. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ERTAPENEM EN UN HOSPITAL COMARCAL	290
119. 60 MESES DE MONOTERAPIA EN VIH. EFICACIA, SEGURIDAD Y AHORRO	291
174. MANEJO DE ANTIOTERAPIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS Y NEUTROPENIA FEBRIL DE ALTO RIESGO	291
146. ESTUDIO DEL EMPLEO DE ANTIBIOTICOS EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES	292
166. IMPACTO DEL GRUPO PROA EN LA UTILIZACIÓN DE CARBAPENÉMICOS ANTIPSEUDOMÓNICOS EN CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO RESULTADO	293
186. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA	293
194. REVISIÓN DE ECOLOGÍA LOCAL Y ADECUACIÓN DE LA TERAPIA EMPÍRICA ANTIBIÓTICA EN LA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DE RODILLA	294
196. EFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 3	295
218. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE POLIFARMACIA EN LA POBLACIÓN VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	295
227. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS).	296
228. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO (PROA-EH)	297
229. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPOS NO-1	298
238. PERCEPCIÓN DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPEUTICA GLOBAL DEL PACIENTE VIH+	298
244. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A LA HEPATITIS C EN LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE. MODELO PREDICTOR.	299



254. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA PROA PEDIÁTRICO TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN	300
281. EXPERIENCIA CON MONOTERAPIA DARUNAVIR/COBICISTAT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	300
301. GRUPO DE CONTROL DE INFECCIONES: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS.	301
329. REVISIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO	302
340. USO DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	302
352. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL AÑO 2017	303
353. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	304
357. SEGUIMIENTO DE CREATININ KINASA EN PACIENTES TRATADOS CON DAPTOMICINA	304
360. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ELBASVIR/GRAZOPREVIR. EXPERIENCIA DE USO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	305
370. EMPLEO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	306
378. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DALBAVANCINA EN INDICACIONES OFF-LABEL.	306
379. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	307
396. ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN PARA LA MEJORA EN LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTE VIH ADULTO	308
954. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO ELBASVIR/GRAZOPREVIR± RIBAVIRINA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	308
415. CAUSAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	309
423. COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	310
446. EFECTIVIDAD DE AZTREONAM-LISINA NEBULIZADO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA COLONIZADOS POR BURKHOLDERIA CEPACIA	310
457. SEGURIDAD Y POTENCIAL DE INTERACCIONES DEL TRATAMIENTO CON GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN PACIENTES CON VIRUS DE LA HEPATITIS C	311
459. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES CANDIDATOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	312
463. POLIFARMACIA E INTERACCIONES EN PACIENTES MAYORES CON INFECCIÓN VIH	312
469. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD Y CONTRIBUCIÓN A LA FRAGILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y CONCOMITANTE EN PACIENTES VIH	313
482. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS SEGÚN TAXONOMÍA CMO EN PACIENTES VIH+ DE UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL	314
492. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES VIH+ DE UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL. PROYECTO ICARD	314
1305. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE APARICIÓN DE NEUTROPENIA Y EL USO DE VALGANCICLOVIR EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	315
529. DESARROLLO DE UN MÉTODO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIREMIA VHC MEDIANTE UN TEST DE GOTA DE SANGRE SECA EN PAPEL	316
533. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL CONSUMO DE CARBAPENEMES	316
542. ¿CÓMO PRESCRIBIMOS LA FIDAXOMICINA? AUDITORÍA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)	317
565. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE ELBASVIR/GRAZOPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA..	318
570. IMPACTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SOBRE LA PRESIÓN ANTIBIÓTICA Y LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.	318
576. EFECTIVIDAD DE MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA POTENCIADOS EN EL TRATAMIENTO DEL VIH..	319
584. SEGURIDAD Y EFICACIA EN VIDA REAL DEL SWITCH DE TENOFOVIR DISOPROXIL A TENOFOVIR ALAFENAMIDA .	320
586. DESCRIPCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA, EFICACIA Y EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL	320
588. ESTUDIO DE ADECUACIÓN DEL USO DE COTRIMOXAZOL INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..	321



594. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA	322
610. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM	322
613. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C	323
620. PROCEDIMIENTO INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DESABASTECIMIENTO DE ANTIMICROBIANOS: A PRO- PÓSITO DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM.	324
626. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN MEDICINA INTERNA EN EL CONTEX- TO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.	325
638. INFLUENCIA DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LAS CAUSAS DE INGRESO HOSPITAL- ARIO DE PACIENTES VIH	325
654. ESTUDIO DE EFICACIA, SEGURIDAD Y UTILIZACIÓN DE DALBAVANCINA EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES... ..	326
673. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH DETECTADAS DURANTE LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL PACIENTE EXTERNO.	327
677. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN OPORTUNISTA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES VIH INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	327
707. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA DALBAVANCINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN OS- TEOARTICULAR	328
739. DESCOLONIZACIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA	329
746. BITERAPIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR MÁS RALTEGRAVIR COMO ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRATAMIEN- TO ANTIRRETROVIRAL: EFECTIVIDAD E IMPACTO ECONÓMICO.	329
754. EFECTIVIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DE LA MONOTERAPIA EN PACIENTES VIH-1+	330
796. TOXICIDAD ASOCIADA A DOLUTEGRAVIR: EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS	331
807. EFECTIVIDAD DE LA BITERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT MÁS LAMIVUDINA EN EL TRATAMIENTO ANTIR- RETROVIRAL Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA	332
809. EVOLUCIÓN DEL USO DE RECURSOS SANITARIOS, TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR EN ÚLTIMAS TEMPORA- DAS DE INFLUENZA Y DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	332
812. RECOMENDACIONES DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE FARMACIA.	333
819. EVALUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE GRIPE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	333
839. PREVALENCIA DE POLIFARMACIA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS IN- FECTADOS POR VIH	334
844. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS INFECTADAS: RECO- MENDACIONES DE UTILIZACIÓN BASADAS EN LA EVIDENCIA.	335
847. IMPACTO DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM EN EL CONSUMO DE OTROS ANTIMI- CROBIANOS	336
858. REPERCUSIÓN DE LA UNIÓN A PROTEÍNAS PLASMÁTICAS EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMI- CROBIANO CON CEFTRIAXONA EN EL PACIENTE CRÍTICO	336
865. CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES GRAVES POR GRAM NEGATIVOS	337
867. TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO Y VIRUS DE LA HEPATITIS B, USO Y ADHERENCIA	338
869. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE TEDIZOLID EN PACIENTES AMBULATORIOS	338
890. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL DOLUTEGRAVIR/LAMIVU- DINA EN PACIENTES CON VIH	339
904. INFECCIÓN DE NOVO POR VIH: IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO	339
914. OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO HOSPITALARIO	340
926. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LAS CEFALOSPORINAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN	341
928. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE USO DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	341
949. ESTADO VACUNAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE VIRUS INFLUENZA	342
955. ESTUDIO DE UTILIZACION DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	343
978. PREVALENCIA, ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES Y REPERCUSIÓN CLÍNICA DEL CONSUMO DE DROGAS RECRE- ATIVAS EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.	343



980. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LINEZOLID, GLICOPÉPTIDOS Y DAPTOMICINA EN LA BACTERIEMIA POR ENTEROCOCCUS FAECIUM	344
985. EFECTIVIDAD DE ANFOTERICINA B Y FLUCITOSINA EN GEL VAGINAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA VULVOVAGINITIS CANDIDIASICA RECURRENTE	344
1000. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C	345
1008. PERSISTENCIA A LOS INHIBIDORES DE LA INTEGRASA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PRÁCTICA REAL	346
1021. RECIDIVA TRAS TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA: RESISTENCIAS Y ADECUACIÓN DE LAS PAUTAS DE RESCATE A LAS RECOMENDACIONES.	346
1023. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DALBAVANCINA	347
1070. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LAS NUEVAS TERAPIAS ANTIVIRALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C	348
1086. EVALUACION USO TIGECICLINA. ANALISIS DE INDICACIONES Y DOSIFICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA	349
1087. INFLUENCIA DE LA CARGA POSOLÓGICA TOTAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.	349
1091. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN QUE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA E INTERACCIONES POTENCIALES DETECTADAS	350
1101. SUPOSITARIOS DE IMIQUIMOD 2,5% EN EL TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO	351
1106. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA DISMINUCIÓN DEL REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH+ DE ALTO RESGO. PROYECTO INFARDAR	351
1116. INTERVENCIONES EN LA ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN CIRUGÍA GENERAL DENTRO DEL MARCO PROA	352
1130. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS FORMADO POR FARMA-INTERNA-UCI: MODELO DE ESTRATIFICACIÓN Y FACTORES RELACIONADOS CON LAS INTERVENCIONES	352
1134. BRONQUIECTASIAS POR MYCOBACTERIUM SIMIAE: A PROPÓSITO DE UN CASO	353
1145. IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ANDALUCÍA.	354
1147. ESTUDIO DE LA TERAPÉUTICA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA OXA-48	354
1160. ESTIMACIÓN DEL GRADO DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA DE LA POBLACIÓN VIH DE UN ÁREA DE SALUD	355
1162. EFECTIVIDAD DE TOBRAMICINA INHALADA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA	356
1165. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS FORMADO POR FARMACIA-INTERNA-UCI EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	357
1167. ALTERACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES VIH A TRATAMIENTO CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA COMBINADO CON TENOFOVIR ALAFENAMIDA O DISOPROXILO	357
1171. RIESGO DE RECURRENCIA EN PACIENTES TRATADOS CON FIDAXOMICINA EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	358
1173. EVALUAR LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A BITERAPIA EN PACIENTES VIH SELECCIONADOS.	359
1181. POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS CON INFECCIÓN VIH.	359
1203. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL USO RACIONAL DE DAPTOMICINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO	360
1217. INCIDENCIA DE NEFROTOXICIDAD EN LOS PACIENTES TRATADOS CON COLISTIMETATO SÓDICO INTRAVENOSO ...	361
1256. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE VIH EN TRATAMIENTO CON TENOFOVIR.	361
1268. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PERFUSIÓN CONTÍNUA Y EXTENDIDA DE BETA-LACTÁMICOS CON INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	362
1281. INTERVENCIÓN DEL EQUIPO PARA OPTIMIZACIÓN ANTIMICROBIANOS: SELECCIÓN DE CASOS PARA AUDITORIA NO IMPOSITIVA Y EVALUACIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	363
1292. RELACIÓN DE LA POLIFARMACIA CON LAS INTERACCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES VIH+	363
1300. TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA: ADECUACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO	364



1303. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS	365
1313. ADHERENCIA A UN PROTOCOLO DE ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO A PIPERACILINA TAZOBACTAM ANTE SU DESABASTECIMIENTO MUNDIAL	366
1321. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA EN UN PERIODO DE 2 AÑOS	366
1325. USO Y RESULTADOS CLÍNICOS DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN INFECCIONES COMPLICADAS	367
1331. INTERACCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS POTENCIALES Y CONTRAINDICADAS EN PACIENTES VIH+ EN ESPAÑA	368
1340. COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA	368
1341. INCIDENCIA ACUMULADA DE NEUTROPENIA CON EL USO CONCOMITANTE DE MICOFENOLATO DE MOFETILO Y VALGANCICLOVIR EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO	369
1344. DESESCALADA DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES INGRESADOS IDENTIFICADOS CON ALERTA FARMACOTERAPÉUTICA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA)	370
1349. INTRODUCCION DE DALBAVANCINA EN LA PRACTICA HOSPITALARIA: IMPACTO ECONOMICO	370
1354. RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LAS CAUSAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE CANARIAS	371
1378. ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE LA COAGULACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS CON TIGECICLINA	371
1382. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES MÁS INFLUYENTES EN EL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA ADAPTADO AL ESPAÑOL EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO	372
1384. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE EDAD AVANZADA	373
1396. PROA: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE VALIDACIÓN ELECTRÓNICA SEMIAUTOMATIZADA DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.	374
1414. RIESGO DE RECHAZO EN PACIENTES TRASPLANTADOS TRAS LA CURACIÓN DE LA HEPATITIS C	374
9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRONICA ESPONTANEA	375
16. INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	375
18. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA SEGÚN CRITERIOS STOPP-FRAIL EN PACIENTES PALIATIVOS AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS	376
20. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA	377
23. PERSISTENCIA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA TRAS OCHO AÑOS DE SEGUIMIENTO	377
31. ASSESSING KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES PRESCRIBING RECOMMENDATIONS FOR THE CARE OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS	378
35. EFICACIA, SEGURIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	379
41. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MITOMICINA C INTRAVÍTREA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE GLAUCOMA	379
46. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	380
68. PROGRAMA DE ATENCION FARMACÉUTICA A PACIENTES PSIQUIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	381
76. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS INMUNOSUPRESORES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	382
79. EFECTIVIDAD DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	382
84. ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO TRAS LA REALIZACIÓN DE UN TALLER EN UN DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA	383
90. PERSISTENCIA Y UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA	384
103. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA	384
106. GRADO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON FORMAS FARMACÉUTICAS OFTÁLMICAS	385
116. EVALUACIÓN DEL USO DE PIRFENIDONA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL	385
126. DISEÑO DE UN CIRCUITO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN REUMATOLOGIA	386
139. ALEMTUZUMAB: ¿ES SEGURO PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE?	387
140. NATALIZUMAB: SEGURIDAD Y RIESGO	388



142. INDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO	388
143. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE ..	389
158. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y OSTEOPOROSIS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	390
148. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	391
169. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIANGIOGÉNICOS EN OFTALMOLOGÍA	391
183. EVOLUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TRAS LA INCLUSIÓN DE UNA LÍNEA DE MEJORA.	392
184. PERSISTENCIA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PRIMERA LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	393
190. POSOLOGÍAS DE FÁRMACOS ANTI-TNF SEGÚN FICHA TÉCNICA: ¿SON ADECUADAS?	393
192. FARMACOTERAPIA CON INMUNOMODULADORES ORALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	394
209. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE	395
211. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB	395
233. SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE 2004-2018	396
261. RESULTADOS A UN AÑO EN LA UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB FUERA DE INDICACIÓN PARA LA INDUCCIÓN DE LA TOLERANCIA ORAL A ALIMENTOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO	397
262. EXPERIENCIA DE USO DE USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN	397
278. EXPERIENCIA TEMPRANA DE USO DE VEDOLIZUMAB	398
286. ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	399
313. ANÁLISIS A 10 AÑOS DEL USO DE INFLIXIMAB EN UVEÍTIS	399
314. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL USO DE UN ANESTÉSICO HALOGENADO EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE ÚLCERAS VASCULARES CRÓNICAS DOLOROSAS	400
315. EXPERIENCIA EN EL USO DE OFATUMUMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	400
322. HEMATOMA CEREBRAL EN HIPERTENSIÓN AGRAVADA POR TERIFLUNOMIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO ..	401
323. EFICACIA Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA	402
344. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN	402
346. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD A UN SEGUNDO FÁRMACO ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	403
348. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	404
362. ECUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: ¿MEDICAMENTO USADO EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD ULTRARRARA?	404
380. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	405
382. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN OFTALMOPATÍA TIROIDEA: USO OFF-LABEL	406
390. EFECTIVIDAD Y COSTE DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN COLITIS ULCEROSA	406
404. MEPOLIZUMAB: PRIMER TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI INTERLEUCINA-5 PARA ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE	407
411. PREVALENCIA DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDÍACOS	408
440. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS EN LA EVALUACIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS	408
442. USTEKINUMAB: ¿ÚLTIMA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN?	409
449. SWITCH DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL	410
458. EDEMA FARMACOLÓGICO CAUSADO POR FÁRMACOS ANTAGONISTAS DE CALCIO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EDEMA PERIFÉRICO	410
461. EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL INTERCAMBIO POR UN BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	411



462. MODIFICACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES TRATADOS CON EVOLOCUMAB	412
477. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO EN TRATAMIENTO CON ANTI-PCSK9 SEGÚN MODELO CAPACIDAD-MOTIVACIÓN-OPORTUNIDAD	412
490. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	413
494. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA CONVENCIONAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	414
506. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E INFLUENCIA DEL ESTADO NEUROPSICOLÓGICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE	414
519. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB TRAS FALLO A ANTI-TNF ALFA EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA	415
525. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DURANTE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS	416
526. EVALUACIÓN DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SACUBITRILO/VALSARTAN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	416
546. TOLERANCIA DE LAS NUEVAS TERAPIAS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE	417
560. EFICACIA Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN	418
568. USO DE VEDOLIZUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	418
580. AUMENTO DEL RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON DENOSUMAB Y OTROS FÁRMACOS BIOLÓGICOS	419
587. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECIDIVANTE REMITENTE	420
600. USO DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	420
650. PERFIL DE SEGURIDAD DE DIMETIL FUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	421
665. ANÁLISIS DEL PERFIL DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	421
667. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STILL EN LA EDAD ADULTA	422
693. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL	423
697. INTERCAMBIO DE INFILIXIMAB ORIGINAL A BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	423
718. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN POLIPOSIS NASOSINUSAL, USO OFF-LABEL ..	424
720. ANÁLISIS DEL VISADO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR.	425
723. OMALIZUMAB COMO TERAPIA ADYUVANTE EN DESENSIBILIZACIÓN A PLATINOS	425
732. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE ALEMTUZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	426
738. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA REFRACTARIA GRAVE.	426
748. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO	427
765. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	428
781. ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD TRADICIONALES	428
782. ¿AFECTA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL LA NO UTILIZACIÓN DEL SINGLE TABLET REGIMEN?	429
797. MANEJO DE INFILIXIMAB PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN Y EL AJUSTE POSOLÓGICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	430
814. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEINA CONVERTASA SUBLISINA/KEXINA TIPO 9 SOBRE LA ADHERENCIA A OTROS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTE	430
815. EVALUACIÓN DE REINFARTOS POR ESTENOSIS DE STENT TRAS UN PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE	431
828. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE APREMILAST EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	432
862. EFICACIA, TOLERABILIDAD Y ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN PACIENTES CON DISLIPEMIA ..	432



863. ANÁLISIS DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA	433
881. APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO TERAPÉUTICO PARA EL TRATAMIENTO DE PARKINSON AVANZADO	434
918. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, ADHERENCIA, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS INHIBIDORES DE LA PCSK9.	434
927. FRECUENCIA DE OPTIMIZACIÓN E INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNF	435
951. EQUIVALENCIA DE DOSIS ENTRE INMUNOGLOBULINA INESPECÍFICA HUMANA INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA..	436
962. EFICACIA DE UNA PAUTA REDUCIDA DE SECUKINUMAB EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS	436
967. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL MEPOLIZUMAB	437
975. HIPERCOLESTEROLEMIA EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON BARICITINIB	438
979. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN PSORIASIS	438
994. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA.....	439
1016. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9. USO CONCOMITANTE DE ESTATINAS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	440
1031. OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO PROFILACTICO EN PACIENTES DE HEMOFILIA A GRAVE CON FACTORES DE VIDA MEDIA EXTENDIDA	441
1033. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN ADULTOS CON MIGRAÑA CRÓNICA.....	441
1040. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE LOS FÁRMACOS ANTIFIBROTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA	442
1041. ANÁLISIS DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y TIEMPOS DE RESPUESTA EN ARTITIS REUMATOIDE	442
1053. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE BRONCODILADORES EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y DOBLE BRONCODILACIÓN.	443
1063. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: REAL WORLD DATA A MEDIO PLAZO	444
1095. REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR TRAS TRATAMIENTO CON EVOLOCUMAB	445
1126. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA A LA TERAPIA CON ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB ...	445
1133. EVALUACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB	446
1135. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDAD REUMÁTICA A TRAVÉS DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN UN HOSPITAL COMARCAL	447
1139. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE UNA ROTACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	448
1144. IMPLEMENTATION OF A PATIENT-CENTERED MEDICINE-OPTIMIZATION STRATEGY IN AN ACUTE GERIATRIC UNIT: THE PHARMACIST IN THE GERIATRIC TEAM	448
1148. EL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB DISMINUYE LAS EXACERBACIONES GRAVES EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICA	449
1158. DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS ...	450
1159. VEDOLIZUMAB: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	450
1199. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN PARA POLIQUISTOSIS RENAL	451
1218. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON APREMILAST	452
1216. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR O DISLIPEMIA MIXTA	452
1219. INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS: PERFIL DE UTILIZACIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	453
1241. EFICACIA Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR O DISLIPEMIA MIXTA	454
1244. DESCRIPCIÓN DEL USO DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ADECUACIÓN A PROTOCOLO ESTABLECIDO EN COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	454
1257. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE SACUBITRILLO-VALSARTAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	455
1258. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB A LAS 12 Y 52 SEMANAS EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA	456



1285. EXPERIENCIA DE USO DE TERIFLUNOMIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE	456
1290. UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS EN PLACA Y ARTRITIS PSORIÁSICA	457
1295. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA DE LEVOSI-MENDAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA	458
1317. APREMILAST: NUEVA ALTERNATIVA ORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS	458
1322. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	459
1338. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE: RESULTADOS EN SALUD.	459
1350. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE	460
1351. UTILIZACIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA PCSK-9 EN PRACTICA CLÍNICA REAL	461
1387. EVALUACIÓN DEL USO Y EFICACIA DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE	461
1401. EVALUACIÓN DEL USO DE EVOLOCUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL	462
1403. ESTUDIO PILOTO DE LA ADECUACION POSOLÓGICA AL INGRESO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR.	463
1410. DATOS DE VIDA REAL EN EL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIAS INTESTINALES CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA FUERA DE FICHA TÉCNICA	463
22. BENEFICIO EN SUPERVIVENCIA GLOBAL DEL GEMTUZUMAB OZIGOMICINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CD33+ DE NOVO SEGÚN REANÁLISIS BASADO EN EL MÉTODO AUC	464
25. EVOLUCIÓN DEL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN ESPONDILOARTRITIS ESTA ÚLTIMA DÉCADA. CUANTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN DICHA EVOLUCIÓN	465
57. REGISTRO DE ENSAYOS CLÍNICOS EN BASES DE DATOS DE ACCESO PÚBLICO	465
85. ELABORACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE CENTROS SOCIO-SANITARIOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	466
74. EVALUACIÓN DE PETICIONES DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO Y EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	467
77. ANÁLISIS DEL USO DE TOCILIZUMAB FUERA DE INDICACIÓN EN ORBITOPATÍA DE GRAVES	468
92. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA A TRAVÉS DE RECETA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA...468	468
94. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTICOAGULANTES EN UN ÁREA SANITARIA	469
110. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS Y DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS	470
189. COSTES DIRECTOS EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON BIOLÓGICOS: ESTUDIO DE VIDA REAL	471
191. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES EN PACIENTES HEMOFÍLICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	471
236. ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS ANTITUMORALES: CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE SU COMPLEJIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA	472
249. DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM: REPERCUSIÓN CLÍNICA Y ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO	472
279. COMPARACIÓN INDIRECTA DE CABOZANTINIB Y PAZOPANIB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA RENAL METASTÁSICO EN PRIMERA LÍNEA	473
292. ANÁLISIS DE COSTES DEL REACONDICIONAMIENTO NECESARIO PARA ATENDER LAS NECESIDADES FARMACOTERAPEUTICAS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE ATENCION ESPECIALIZADA	474
302. ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB Y RITUXIMAB BIOSIMILAR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA	474
304. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO, UTILIZANDO EL ENTORNO DE PROGRAMACIÓN R	475
306. SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	476
332. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE ENSAYOS CLÍNICOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA DEL SERVICIO DE FARMACIA	476
336. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE RESLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE CON FENOTIPO EOSINOFÍLICO.	477
401. OBLIGATORIEDAD DE PUBLICAR RESULTADOS DE ENSAYOS CLÍNICOS, CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA.....	478



421. EFECTO HIPOGLUCEMIANTE DEL TRAMADOL EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS	478
443. COMPARACIÓN ENTRE ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K Y ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA: IMPACTO ECONÓMICO EN UN ÁREA DE SALUD	479
455. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS EN LINFOMA FRENTE A LA UTILIZACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS ACTUALES	480
465. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ACIDO HIALURONICO PARA INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR EN GONARTROSIS SINTOMÁTICA	480
474. USO DE RITUXIMAB FUERA DE FICHA TÉCNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	481
485. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEPOLIZUMAB Y OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE PERSISTENTE EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL	481
487. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB Y OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE PERSISTENTE EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL	482
501. IMPACTO ECONÓMICO Y EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS CON AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB	483
515. ESTUDIO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO RAS NATIVO	484
522. AHORRO ECONÓMICO DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS DE CÁNCER DE PULMÓN ...	484
558. SITUACIÓN DEL PERSONAL FARMACÉUTICO EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA.....	485
590. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEPOLIZUMAB Y EVALUACIÓN DE SU PERFIL DE SEGURIDAD	485
592. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACION	486
609. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN, PERSISTENCIA Y COSTE ASOCIADO AL USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	487
621. TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: UTILIZACIÓN EN INDICACIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA	487
625. INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES TRATADOS CON CLEVIDIPINO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	488
628. OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA INDUCIBLE	489
634. ANALISIS E IMPACTO ECONOMICO DE LA INTRODUCCIÓN DE INFILIXIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL COMARCAL	489
639. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN OFTALMOLOGÍA	490
653. ANALISIS DE LA COMPLEJIDAD Y SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN DE MUESTRAS DE ENSAYO CLÍNICO EN UN SERVICIO DE FARMACIA	491
694. SWITCHING A INFILIXIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	491
724. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS...	492
729. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN UN ÁREA DE SALUD: IMPACTO EN EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN	492
731. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS MODULADORES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA.	493
789. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES	494
792. PREVALENCIA DE USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA ENTRE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN ENSAYOS CLÍNICOS FASE I: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	495
824. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA, DATOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL	495
835. ENSAYOS CLÍNICOS: IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA.	496
896. MOTIVOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DIRECTO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR	497
901. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS NO INCLUIDOS EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	497
902. EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA	498
906. IMPACTO DE TRATAMIENTOS "OFF-LABEL" Y USOS COMPASIVOS EN ONCOLOGÍA SOBRE FARMACIA, ¿AFECTA A LA SOSTENIBILIDAD PRESUPUESTARIA?	499



912. DIFERENCIA DE COSTE Y TIEMPO EN EL USO DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO E INTRAVENOSO EN LINFOMA NO HODGKIN	499
921. DIFERENCIA DE COSTE Y TIEMPO EN EL USO DE TRASTUZUMAB INTRAVENOSO Y SUBCUTÁNEO EN CÁNCER DE MAMA	500
923. IMPACTO EN LA TERAPIA SECUENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS	501
956. VALOR DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS FASES I EN ONCOHEMATOLOGÍA	502
966. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRIL/VALSARTAN Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS	502
984. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE ANTIINFECCIOSOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA MATERNO-INFANTIL	503
988. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HYSTOLYTICUM EN PACIENTES CON CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	504
989. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INHINIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y RESULTADOS DEL MISMO	504
992. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INHINIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y RESULTADOS DEL MISMO	505
999. EVOLUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE INMUNO-ONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL	506
1054. IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO AL USO DE TRASTUZUMAB	506
1118. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RUXOLITINIB EN ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED	507
1122. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE AZTREONAM EN PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA EN PERIODO DE PROBLEMAS DE SUMINISTRO	508
1129. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE EQUINOCANDINAS COMO SOPORTE EN LA SELECCIÓN DE UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS	508
1177. AHORRO POTENCIAL DERIVADO DEL USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA TRAS ARTROPLASTIA DE CADERA	509
1179. ANALISIS DE UTILIZACIÓN DE ANTIDIABETICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL	510
1206. ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO AL PACIENTE INGRESADO. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL TERCARIO.	510
1213. RESULTADOS EN SALUD DEL AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS RETINIANAS	511
1228. DIFERENCIAS ENTRE LAS DOSIS DE OMALIZUMAB CALCULADAS SEGÚN DOS CRITERIOS DE DOSIFICACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO	512
1251. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS	512
1276. SACUBITRIL/VALSARTÁN: ADECUACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	513
1280. SWITCHING COMO UNA PRÁCTICA SEGURA Y EFICIENTE. EXPERIENCIA CON ETANERCEPT	513
1291. EVOLUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ..	514
1297. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES: ¿ADIOS AL ACENOCUMAROL?... 515	515
1306. ESTUDIOS DE COMPARABILIDAD DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS/BIOSIMILARES: INFORMACIÓN Y ENCUESTA A PROFESIONALES	515
1310. RESLIZUMAB EN PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE USO.	516
1326. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA NO CONTROLADA	517
1327. ESTUDIO SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	517
1332. TAMSULOSINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL	518
1376. POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA	519
1377. SEGURIDAD DE ABIRATERONA VERSUS DOCETAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE, AMBOS EN COMBINACIÓN CON TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA	519
1379. ANALYSIS OF THE USE OF PCSK9 PROTEIN INHIBITORS IN A TERTIARY CARE HOSPITAL	520



1390. EFICACIA COMPARADA DE DOCETAXEL VERSUS ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE EN COMBINACIÓN CON TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA	521
1392. ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB : DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA	521
1408. INNOVACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LA ÚLTIMA DÉCADA	522
1423. SACUBITRILLO/VALSARTAN: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL	523
1426. PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA FABRICACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE LA MEDICACIÓN EN INVESTIGACIÓN SIN ÁNIMO COMERCIAL	523
CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN	524
52. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO DE SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL EN PACIENTES SOMETIDOS A DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA	524
89. UTILIZACIÓN DE UNA SOLUCIÓN DE DEXAMETASONA 0,1MG/ML COMO PROFILAXIS DE LA ESTOMATITIS CAUSADA POR EVEROLIMUS	525
111. AUMENTO DE CARGA DE TRABAJO Y VIABILIDAD DE IMPLANTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS EN EL ÁREA ESTÉRIL DE FARMACIA	526
162. ESTABILIDAD DEL CARBOPLATINO A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN	526
215. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	527
226. ¿ES EL TIEMPO DE TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL UN FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES NUTRICIONALES?	528
230. ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD FÍSICA Y ESTABILIDAD QUÍMICA DE DAPTOMICINA A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	528
251. SOLUCIÓN DE INDIGO CARMIN Y ADRENALINA EN CROMOENDOSCOPIA SUBMUCOSA	529
252. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL	529
271. EVALUACIÓN DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DE LAS CABINAS DE SEGURIDAD BIOLÓGICA	530
299. NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	531
308. FORMULACIÓN URETRAL DE 5-FLUOROURACILO 17,9 MG/ML / TETRACAÍNA 84,4 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO OFF-LABEL DE CONDILOMAS INTRAURETRALES	531
311. ASIGNACIÓN DE MATRIZ DE RIESGO PARA PREPARADOS ESTÉRILES EN UN HOSPITAL GENERAL	532
321. STABILITY STUDY OF A MAGISTRAL FORMULATION OF FUROSEMIDE SYRUP 2MG/ML	533
324. CONTROL DEL PH DE AMPICILINA EN SOLUCIÓN: OPTIMIZACIÓN DE SU ESTABILIDAD	533
327. ELABORACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON 1-BROMO-3-CLORO-5,5 DIMETILHIDANTOINA: A PROPÓSITO DE UN CASO	534
345. INCIDENCIA DE FLEBITIS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA	535
365. RECOMENDACIONES DE MANEJO Y CONSERVACIÓN DE COLIRIO DE TACRÓLIMUS: EVALUACIÓN DE GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES	535
373. FORMULACIÓN MAGISTRAL DE COLIRIOS DE GENTAMICINA, LATANOPROST Y TIMOLOL EN LA REPÚBLICA ÁRABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA	536
377. CARACTERIZACIÓN FISCOQUÍMICA DE MICA FUNGINA Y ANIDULAFUNGINA PARA SU ADMINISTRACIÓN MEDIANTE NEBULIZACIÓN	536
393. GRADO DE ADECUACIÓN ENERGÉTICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	537
406. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO Y EVALUACIÓN ECONÓMICA TRAS PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE JERINGAS PRECARGADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA	538
407. ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE UNA SOLUCIÓN DE ARGININA- LISINA PARA NEFROPROTECCIÓN EN TRATAMIENTO CON 177LU-DOTATATE.	538
413. SELECCIÓN DE FÓRMULAS NUTRICIONALES PARA UNA GUÍA TERAPEUTICA PEDIÁTRICA	539
425. RESULTADOS EN SALUD Y COSTE DE UNA FÓRMULA ESPECÍFICA PARA DIABETES VERSUS FÓRMULA ESTÁNDAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL	540
427. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FISCOQUÍMICAS Y VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICAS DE DIFERENTES FORMULACIONES DE ACETILCISTEÍNA COLIRIO 10% UTILIZADAS EN QUERATOCONJUNTIVITIS FILAMENTOSA	540
429. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD EN LA ELABORACIÓN DEL COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO 20% EN EL SERVICIO DE FARMACIA	541



447. DESARROLLO GALÉNICO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE CARBOCISTEÍNA 10% + UREA 5% PARA EL TRATAMIENTO DE LA ICTIOSIS LAMELAR	542
489. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL	543
504. ADECUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	543
505. USO COMBINADO DE BEVACIZUMAB Y ALTEPLASA PARA EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS SUBMACULARES POR DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD	544
511. ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULA MAGISTRAL INTRAVESICAL PARA EL TRATAMIENTO DE CISTITIS INTERSTICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	544
512. SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA	545
521. ESTABILIDAD DEL GEL DE DILTIAZEM AL 2%	545
550. DETERMINACIÓN DE DILTIAZEM Y SU LIBERACIÓN EN FORMULACIONES MAGISTRALES TÓPICAS	546
566. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE INTERFERÓN ALFA 2B Y RESULTADOS CLÍNICOS	547
605. ENJUAGE CON DEXAMETASONA EN PACIENTES CON MUCOSITIS ORAL EN TRATAMIENTO CON EVERÓLIMUS Y EXEMESTANO	547
607. MEJORA DEL PROCESO DE TERAPIA ANTIANGIOGENICA INTRAVITREA	548
655. BUNDLE DE MEDIDAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS ORALES	549
660. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA CREMA DE ANFOTERICINA B 1% PARA MICOSIS TÓPICA. EVALUACIÓN DE SU EFICACIA	550
683. INFLUENCIA DE LA CARGA PROTEICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN LA HOMEOSTASIS DE FÓSFORO, CALCIO Y POTASIO EN PREMATUROS	550
689. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RITUXIMAB	551
790. TRATAMIENTO DE LA ERITRODISESTESIA PALMOPLANTAR POR CAPECITABINA CON CREMA DE VITAMINA E Y ALANTOÍNA	552
823. IMIQUIMOD 3% TÓPICO EN USO OFF-LABEL PARA PAPILOMATOSIS ORAL FLORIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO ...	552
922. EVALUACIÓN GLOBAL DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL	553
932. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL DE DÍA 0 EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS	554
939. ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE UN PREPARADO COMERCIAL DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS	554
942. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN GEL TÓPICO DE AMIKACINA 0,5% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS	555
1025. MEDIDAS Y TRATAMIENTO TÓPICO CON DEFEROXAMINA PARA LA EXTRAVASACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO	555
1027. SECUENCIACIÓN A VÍA ORAL DE DOS SUSPENSIONES DE FENOBARBITAL AL 1%: EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA	556
1059. CREMA DE COLISTINA AL 0.1% EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES LOCALES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE	557
1102. MORTALIDAD Y APORTE PROTEICO EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	557
1183. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN LA TRANSICIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL A ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	558
1202. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA FORMULA MAGISTRAL DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA	559
1245. APORTE DE MACRONUTRIENTES EN NEONATOS CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL	559
1246. ABORDAJE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO	560
1247. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE RESIDENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	561
1348. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE ETAMBUTOL POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS	561



1357. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE HIDRAZINA POR DERIVATIZACIÓN PRE-COLUMNA POR HPLC EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS	562
1358. PILOT STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF A NUTRITIONAL SCREENING METHOD IN AN INTENSIVE CARE UNIT	563
1364. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	563
1375. NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS: EL CONTROL GRAVIMÉTRICO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD	564
CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS	565
11. LA ESPECTROSCOPIA SIMPLE EN LA DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA TRIDIMENSIONAL DE ANTICUERPOS MONOCLONALES	565
15. REETIQUETADO VERSUS REENVASADO DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	565
19. FIABILIDAD DE LAS BASES DE DATOS EXISTENTES RESPECTO A PROBLEMAS DE SUMINISTRO Y DESABASTECIMIENTOS	566
27. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA: DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS	566
28. REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EXCIPIENTES EN EL REENVASADO	567
80. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁREA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	568
83. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO QUE SUPONEN LOS DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS SOMETIDOS A ACUERDOS ECONÓMICOS	568
93. MEDIACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EXTRANJERA A PACIENTES AMBULATORIOS	569
120. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA	570
121. AVANCES EN VALIDACIÓN FARMACÉUTICA: MEJORANDO LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA	570
144. IMPACTO ECONÓMICO DE PRODUCTOS SANITARIOS DESTINADOS A PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN TRAS ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA SOCIOSANITARIA	571
157. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIOTERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	572
163. ROL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA VERIFICACIÓN FINAL DE PRODUCTOS CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS PELIGROSOS	572
168. GESTIÓN DE DEMORAS EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA	573
188. VARIABILIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIOSANITARIOS RESIDENCIALES DESDE SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA	574
204. INNOVACIÓN PARA OPTIMIZACIÓN DE GESTIÓN DE STOCKS	574
253. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS IMPLANTABLES	575
272. PERFIL DE UNA CUENTA DE TWITTER DIRIGIDA A PACIENTES Y CIUDADANOS. IMPACTO Y EVOLUCIÓN TEMPORAL..	576
274. IMPACTO DE UN PROCEDIMIENTO DE RECOMENDACIÓN DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DEL ÁREA DE FARMACOCINÉTICA CLÍNICA	576
288. ESTIMACIÓN DEL TIEMPO EMPLEADO EN EL REACONDICIONAMIENTO DE FORMA FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DISPENSADAS A UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE 150 PLAZAS	577
330. TECNOLOGÍA PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA	578
341. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE ERRORES EN LA PUESTA DE CARROS DE MEDICACIÓN DE UNIDOSIS	578
349. REVISIÓN SEMANAL DEL STOCK DE LOS TOP 25 MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN GENERAL DEL SERVICIO DE FARMACIA	579
359. ¿CÓMO AUMENTAR EL RENDIMIENTO DE UN ROBOT PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS?	580
371. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	580
384. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA AL ALTA: ALGORITMO PARA LA SELECCIÓN DE PRESENTACIONES COMERCIALES QUE SE AJUSTEN CORRECTAMENTE A LA DOSIFICACIÓN.	581
416. ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES TRASPLANTADOS CARDÍACOS DISPUESTOS A USAR LA SALUD MÓVIL?	582
436. REEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL CERTIFICADO POR LA NORMAL ISO 9001: PLAN DE MEJORA CONTINUADA	583
444. FACTORES ASOCIADOS A INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA DEBIDOS AL CAMBIO DE TECNOLOGÍAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL	583
470. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASOCIADA A SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN	584



473. SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS CON LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	585
510. PREFERENCIA SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITAL	586
583. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN	586
597. REDISEÑANDO LA DOCENCIA DEL FARMACÉUTICO INTERNO RESIDENTE BASADA EN ÁREAS FARMACOTERAPÉUTICAS	587
608. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO CON EL SERVICIO DE FARMACIA	588
611. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA ...	588
612. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y UTILIDAD DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO	589
619. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y OPCIONES DE MEJORA ..	590
631. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ROBOTIZADO PARA LA AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO	591
637. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL EN ESPAÑA	591
642. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE SOLICITUD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA MEDIANTE APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA	592
643. PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN COMPETENCIAS	593
645. INTEGRACIÓN INFORMÁTICA DE LAS PRE-ALTAS HOSPITALARIAS EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS	594
659. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INCORPORACIÓN DE UN ACUERDO DE RIESGO COMPARTIDO CON GOLIMUMAB	594
670. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA: GRADO DE ACEPTACIÓN Y TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN MÉTODO DE INTERVENCIÓN	595
682. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA Y ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICACIÓN GENERADAS EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO	596
691. OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS ARMARIOS DE DISPENSACIÓN DESCENTRALIZADOS.	596
699. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EXTERNO MEDIANTE UN TERMINAL SMILEY®	597
734. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE MATERIAL IMPLANTABLE EN UN HOSPITAL MEDICO-QUIRURGICO	598
736. OPTIMIZACION DE LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES MEDIANTE SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN	599
747. EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MÚLTIPLE	600
753. REDOSIFICACIÓN DE SUGAMMADEX: USO E IMPACTO ECONÓMICO	600
757. EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE NUEVOS PROCESOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS	601
771. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL MICROBIOLÓGICO EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES EN UN SERVICIO DE FARMACIA	601
785. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL	602
801. REVISION SISTEMATICA DEL IMPACTO DE LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN ROBOTIZADA DE FÁRMACOS EN HOSPITALES	603
822. VALIDACIÓN DE INDICADORES PARA CONTROL DE CALIDAD DE LA INSULINOTERAPIA HOSPITALARIA	603
829. GESTIÓN DE ANTÍDOTOS CENTRALIZADA	604
830. TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE USO DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES PERTENECIENTES A UN SISTEMA REGIONAL DE SALUD	605
834. MENSAJERÍA ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE A TRAVÉS DE UNA APP DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO	606
840. INFLUENCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN EL NÚMERO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA VALIDACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	606



859. OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y MATERIAL SANITARIO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL	607
876. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN INTERDISCIPLINAR DE PRODUCTOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO	608
879. APLICACIONES MÓVILES PARA PACIENTES CON PSORIASIS: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO	608
883. IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO “CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO” (CTAEM) EN LA CODIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA	609
907. SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA	610
935. SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DESPRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS	611
937. EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE HEPATITIS C EN UN HOSPITAL PÚBLICO DURANTE SU CONCESIÓN ADMINISTRATIVA	611
1014. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE KETAMINA ORAL EN DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO	612
1020. APP DE REGISTRO DE LA TEMPERATURA DE NEVERAS UBICADAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	612
1039. IMPACTO DEL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO	613
1057. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACION EN URGENCIAS	614
1078. ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS TRAS LA NOTIFICACIÓN DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM	615
1088. IMPLANTACIÓN DE EVALUACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	615
1109. EVALUACION DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN FARMACIA HOSPITALARIA	616
1110. NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD DIGITAL DE FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA	617
1124. ESTUDIO DEL RENDIMIENTO TECNOLÓGICO EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS Y NECESIDAD DE FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO	617
1132. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS MEZCLAS INTRAVENOSAS EN HOSPITAL DE DÍA	618
1142. REVISIÓN DE BOTIQUINES COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA	619
1146. LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS: INDICADOR DE ACTIVIDAD Y CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	620
1188. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS A TRAVÉS DE UN SISTEMA NOTIFICADOR DE ALERTAS ELECTRÓNICO	620
1222. IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA AUTONÓMICO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA	621
1250. PREPARACIÓN DEL HOSPITAL PARA OBTENER EL SELLO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE GASES MEDICINALES	622
1273. VALIDACIÓN TRANSVERSAL: COMPARACIÓN FRENTE A LA TRADICIONAL	622
1308. SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA EN TWITTER: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.	623
1309. IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE ELABORACIÓN SEGURA DE MEZCLAS CITOSTÁTICAS	624
1363. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: IGUALES PARA TODOS. MEJORAMOS LA PRÁCTICA CLÍNICA CONOCIENDO NUESTROS RESULTADOS.	625
1391. ESTUDIO DE ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS ASOCIADA AL USO DE ROBOT	625
1405. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CITACIÓN DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS	626
1422. OPTIMIZANDO EL PROCESO DE MEDIDA DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	627
CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)	628
175. DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA (IMC > 40) EN BASE A CRITERIOS PK/PD	628
207. OPTIMIZACIÓN DE MEROPENEM EN PACIENTE CRÍTICO, SEGÚN CRITERIOS PK/PD	628
224. MONITORIZACIÓN DE ADALIMUMAB E INFILIXIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: 4 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA	629



266. PROFILAXIS GUIADA POR FARMACOCINÉTICA CON FACTOR VIII RECOMBINANTE EN PACIENTES CON HEMOFILIA A MODERADA/GRAVE. RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO.	630
363. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE DAPTOMICINA: HACIA LA ANTIOTERAPIA ÓPTIMA	630
397. ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN LINEZOLID-VORICONAZOL BASADA EN MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA	631
417. MONITORIZACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE INFILIXIMAB BASADA EN MODELIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	631
451. DESARROLLO DE UN SERVICIO AVANZADO DE FARMACOGENÉTICA CLÍNICA: INTEGRACIÓN DE ABORDAJES GENÓMICOS Y DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.	632
627. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS MODERADA A GRAVE	633
680. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE MEDICINA PERSONALIZADA DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO.	634
816. UTILIZACIÓN DE VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	635
882. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE TACROLIMUS EN EL MANTENIMIENTO TEMPRANO DEL POSTRASPLANTE RENAL	635
973. MONITORIZACIÓN DE LA FRACCIÓN LIBRE DE ÁCIDO VALPROICO EN HIPOALBUMINEMIA E INSUFICIENCIA RENAL	636
1047. MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS INTERMITENTE. REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN	637
1048. BONDAD DE LAS PREDICCIONES FARMACOCINÉTICAS DE DIGOXINA SEGÚN FUNCIÓN RENAL Y MÉTODO DE ESTIMACIÓN DEL ACLARAMIENTO EMPLEADO	637
1051. IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	638
1058. CORRELACIÓN ENTRE AUC/CMI FRENTE A T>CMI COMO ÍNDICES PK/PD PREDICTORES DE EFICACIA PARA LINEZOLID	639
1067. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE NEFOTOXICIDAD POR TACROLIMUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO	639
1073. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA MEDIANTE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA PLASMÁTICA (CMIN) FRENTE AL ÁREA BAJO LA CURVA (AUC)	640
1103. EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LA DOSIFICACIÓN INICIAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES COMPLICADAS	641
1174. DIFERENCIAS FARMACOCINÉTICAS DE LAS DOS FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA: ADVAGRAF® Y ENVARUS®, EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES EN LOS PERIODOS POST-TRASPLANTE INICIAL Y ESTABLE	641
1254. VALIDACIÓN FARMACOCINÉTICA DE UN NOMOGRAMA PARA LA DOSIFICACIÓN INICIAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS	642
1278. RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE USTEKINUMAB CON LA CALPROTECTINA FECAL Y LA PCR EN ENFERMEDAD DE CROHN	643
1385. CONVERSIÓN A TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES: RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD TRAS UN AÑO	643
1397. COMPRIMIDOS DE TACROLIMUS MELTDOSE(R) VERSUS CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE NOVO: IMPACTO EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO	644
1411. VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	645
CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA	646
4. EXPERIENCIA DE USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.	646
14. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE EVERÓLIMUS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO	646
294. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE AGENTES CON RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA PRECOZ	647
293. EFECTIVIDAD DE TERAPIAS BASADAS EN DARATUMUMAB EN VIDA REAL	648
59. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB VEDOTÍN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	648



62. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES ORALES	649
63. TRATAMIENTO ACTUAL DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	649
91. RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO INTRAVENOSO RESPECTO A SU CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN	650
107. RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO METASTÁSICO: ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE	651
129. COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROTEINQUINASA FRENTE A INMUNOTERAPIA EN SEGUNDA LINEA EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO	651
130. EXPERIENCIA DE USO DE PEMETREXED FUERA DE FICHA TÉCNICA EN PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CÉRVIX	652
131. EXPERIENCIA DE CETUXIMAB Y RADIOTERAPIA CONCOMITANTE EN CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE CABEZA Y CUELLO LOCALIZADOS O LOCALMENTE AVANZADOS EN PACIENTES ANCIANOS	653
132. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR FIEBRE NEUTROPÉNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	653
133. HIPÓTESIS OBTENIDAS TRAS ANÁLISIS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR FIEBRE NEUTROPÉNICA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DURANTE UN AÑO	654
134. DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS OCULTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA	654
135. EXPERIENCIA DURANTE 5 AÑOS DE ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTES A LA CASTRACIÓN	655
137. ALGORITMO DE TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN 7 PACIENTES CON CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO PREVIO A RADIO BIO/QUIMIOTERAPIA	656
138. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA ...	656
165. SITUACIÓN ACTUAL SOBRE PREPARACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN DE CARBOPLATINO EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.	657
178. INFLUENCIA DE LA INTERACCIÓN CAPECITABINA-INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA APARICIÓN DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA	658
213. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LENALIDOMIDA EN MIELOMA MÚLTIPLE	659
216. ANÁLISIS DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB	659
241. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON ANTINEOPLÁSICOS	660
255. ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL EFECTO ADVERSO OJO SECO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI PD-1	660
265. ATENCIÓN AGRESIVA AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO	661
296. OPTIMIZACIÓN EN EL TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTICUERPOS EN UN HOSPITAL DE DÍA	662
297. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	662
309. NEFRITIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN MELANOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	663
375. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES.....	663
376. TERAPIA SUSTITUTIVA CON INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR	664
381. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LAS DISTINTAS LÍNEAS DE TRATAMIENTO EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO	665
385. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO	666
386. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE QUINASAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	666
392. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AFATINIB EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN	667
398. SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: ¿SE REPRODUCEN LOS DATOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS?	668



414. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN DE INTERACCIONES EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON IBRUTINIB	668
431. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DARATUMUMAB EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE	669
439. EFECTIVIDAD Y TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	670
445. BIOPSIA LÍQUIDA: EVOLUCIÓN MUTACIONAL DEL ADN TUMORAL EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON MUTACIÓN EGFR	670
460. EVALUACIÓN DE PEMETREXED EN MONOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	671
466. EVALUACIÓN DE PEMETREXED EN MONOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	672
478. QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA	672
493. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE	673
495. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO	674
498. REDUCCIÓN DE DOSIS DE ABIRATERONA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: RESULTADOS EN SALUD.	674
514. OSIMERTINIB: NUEVA TERAPIA EN CANCER DE PULMÓN CON MUTACIÓN T790M	675
528. EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A NAB-PACLITAXEL/GEMCITABINA EN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO	676
538. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALIDACIÓN DE TRATAMIENTO CON RASBURICASA	676
548. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OSIMERTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON MUTACIÓN DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO T790M.	677
571. EXPERIENCIA DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IDELALISIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO	678
575. ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CHECKPOINTS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER	678
578. EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE ENJUAGUES BUCALES CON DEXAMETASONA EN LA PREVENCIÓN DE LA ESTOMATITIS RELACIONADA CON EVEROLIMUS	679
582. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN EL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES	680
593. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN EL CANCER COLORRECTAL METASTASICO	680
602. REAL WORLD DATA DE LA SECUENCIACIÓN DIRECTA DE ENZALUTAMIDA-ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	681
615. DOBLE BLOQUEO ANTI-HER2 EN NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO..	682
636. EVALUACIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE REGORAFENIB EN CANCER COLORRECTAL METASTÁSICO	682
646. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE ENZALUTAMIDA VS ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	683
678. PERFIL DE SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	683
679. PERFIL DE SEGURIDAD DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	684
696. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	685
710. RUXOLITINIB EN ENFERMEDAD DEL INJERTO CONTRA EL RECEPTOR CRÓNICA REFRACTARIA: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO	685
714. ESTUDIO DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL GEN DE LA DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS	686
717. PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA: EFICACIA Y SEGURIDAD	687
745. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	687
755. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PREPARACIÓN DE AZACITIDINA EN EL SERVICIO DE FARMACIA	688
788. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA ASOCIADA AL CÁNCER EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	689
791. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIELOFIBROSIS.	689
798. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA EN LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.	690
803. PERFIL DE SEGURIDAD DE IBRUTINIB E IDELALISIB EN PACIENTES CON NEOPLASIAS LINFOIDES B: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	691



811. EXPERIENCIA DEL USO DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CANCER COLORRECTAL METASTÁSICO	691
848. ANÁLISIS DE USO DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	692
852. TOXICIDAD Y EFECTIVIDAD DEL ESQUEMA FOLFOX-CETUXIMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO RAS NATIVO.	693
856. DOSE BANDING DE GEMCITABINA EN EL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO ONCOLÓGICO	694
870. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PALBOCICLIB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	694
875. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y ADECUACIÓN DE RAMUCIRUMAB-PACLITAXEL EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO O METASTÁSICO	695
891. EVALUAR LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE ERIBULINA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO	696
894. REAL LIFE EXPERIENCE WITH NIVOLUMAB FOR THE TREATMENT OF VARIOUS MALIGNANT TUMORS	696
899. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES	697
931. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE IMATINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS	697
944. PREVALENCIA DE REACCIONES INFUSIONALES CON OXALIPLATINO	698
947. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER RENAL	699
986. USO DE RASBURICASA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL	699
991. INTERACCIONES POTENCIALES DURANTE LA FASE DE ACONDICIONAMIENTO DE TRASPLANTE AUTÓLOGO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE	700
1032. USO CONJUNTO DE ESTATINAS Y ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN	701
1062. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB Y TAS-102 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL	701
1080. ANALISIS DE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE BEVACIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	702
1082. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON CABOZANTINIB EN PACIENTES CON CANCER RENAL AVANZADO EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL	703
1085. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA REGIONAL	703
1099. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN AVANZADO O METASTÁSICO	704
1136. ENZALUTAMIDA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: REAL-WORLD DATA	705
1140. CEDIRANIB EN SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO	705
1155. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA SOBRE LAS GLUCEMIAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO	706
1168. UNIDAD DE FARMACIA ONCOHEMATOLÓGICA: INCORPORACIÓN DE NUEVO PERSONAL TÉCNICO EN LA ELABORACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS PARENTERALES	706
1170. RESULTADOS DE LA UTILIZACIÓN DE TRIFLURIDINA/TIPIRACIL EN CÁNCER COLORRECTAL	707
1172. ADECUACIÓN DE USO Y EFICACIA DE PLERIXAFOR EN PACIENTES QUE FRACASAN A MOVILIZACIÓN CON FACTORES ESTIMULADORES DE COLONIAS	708
1182. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERACCIONES ENTRE CITOSTÁTICOS ORALES Y MEDICACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA	708
1186. TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE PARA CANCER DE MAMA CON DOBLE TERAPIA ANTI-HER2 Y QUIMIOTERAPIA	709
1193. RESULTADOS EN PRÁCTICA HABITUAL DEL TRATAMIENTO PALIATIVO CON TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA HER2+	710
1196. ADENOCARCINOMA DE PULMÓN, MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO	710
1208. DETERMINACIÓN DEL LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX (LIPI) COMO FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA A INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	711
1211. COMPARACIÓN RESPUESTAS PATOLÓGICAS COMPLETAS CON BLOQUEO DOBLE VERSUS SIMPLE, DEL RECEPTOR 2 DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO HUMANO (HER 2)	711
1215. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	712



1225. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DEL ESQUEMA FLOT (FLUOROURACILO, FOLINATO CÁLCICO, OXALIPLATINO, DOCETAXEL) EN EL PREOPERATORIO DE CÁNCER GÁSTRICO	713
1231. LOCALIZACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO ..	713
1233. INFLUENCIA DE LA EXPOSICIÓN PREVIA A ANTI-HER2 EN LA EFECTIVIDAD REAL DE PERTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2 POSITIVO	714
1235. ESTUDIO UNICÉNTRICO, PROSPECTIVO DE SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA EN HOSPITAL DE DÍA DE BEVACIZUMAB EN TIEMPO REDUCIDO	715
1243. USO Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA FOLFIRINOX EN CÁNCER DE PÁNCREAS	715
1249. CITOSTÁTICOS MÁS UTILIZADOS EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: COMPATIBILIDAD DE SU INFUSIÓN CONCOMITANTE CON OTROS MEDICAMENTOS HABITUALES	716
1259. OSIMERTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO Y MUTACIÓN EFGR T790M	717
1277. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CARFILZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO A TRATAMIENTOS PREVIOS	717
1279. INMUNOONCOLOGÍA: EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB	718
1287. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.....	719
1288. NIVOLUMAB EN CANCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL ..	719
1296. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS DE ALERGIAS A SALES DE PLATINO EN EL MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS	720
1312. PROFILAXIS DE LA MUCOSITIS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS	720
1314. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	721
1319. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA DE CANCER DE MAMA	722
1320. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMON NO MICROCITICO METASTASICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	722
1329. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO TRAS PROGRESIÓN A PRIMERA LÍNEA	723
1333. DOBLE BLOQUEO HER-2: RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ	724
1342. INFLUENCIA DE LAS INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO EN EL PERFIL DE TOXICIDAD DE IMATINIB	724
1356. RESULTADOS EN SALUD DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO	725
1366. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIFLURIDINA-TIPIRACILO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO	726
1416. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO	726



COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS



COMUNICACIONES ORALES CIENTÍFICAS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

198. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES JOVENES (14-30 AÑOS) CON TAR VIH COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

BALLESTA LÓPEZ O, SILVA OLIVEIRA AS, FERRADA GASCÓ A, CUÉLLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, TARAZONA CASANY MV, SALAVERT LLETI M, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

En los pacientes con infección VIH, la baja adherencia al TAR es uno de los factores clave para que exista fallo terapéutico; siendo especialmente importante en la adolescencia (14-21 años) y en la primera etapa de la edad adulta (22-30 años). En un estudio preliminar detectamos baja adherencia para casi la mitad de los primeros, mientras que, para los segundos, se detectó una baja adherencia en casi un quinto. El objetivo principal fue la estratificación de este grupo de pacientes para establecer la prioridad de atención farmacéutica y mejorar estas tasas de adherencia, mediante visitas de seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal prospectivo que se realizó de marzo 2016 a marzo 2018 con los pacientes de entre 14 y 30 años atendidos, excluyendo los que recibieron profilaxis post-exposición y aquéllos en pérdida de seguimiento clínico. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, pacientes naïves al TAR, adherencia (medida a través de registros de dispensación y cuestionario SMAQ; y considerada correcta $\geq 90\%$); antes y después de la intervención. La actuación farmacéutica fue reflejada en la historia clínica electrónica de cada paciente.

Se estableció también el nivel de prioridad de atención farmacéutica (AF) a los pacientes mediante el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes VIH de la SEFH que contiene tres niveles de AF (1, prioridad muy alta; 2 prioridad intermedia; 3 prioridad baja). Se recogieron las variables que más ponderaron en aquellos pacientes con prioridad de AF más alta (nivel 2). El análisis estadístico consistió en el cálculo de porcentajes y de medias con intervalos de confianza.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 82 pacientes, 56 varones (68,3%) y 26 mujeres (31,7%) (edad mediana 27 años) (25,6% de naïves). Se identificaron 7(8,5%) y 75(91,5%) pacientes con prioridad de AF de nivel 2 y 3, respectivamente. Ningún paciente en prioridad 1. Los factores que más ponderaron para el nivel de prioridad 2 fueron: toma de ansiolíticos (n=2;28,5%), interacciones potenciales del TAR (n=2;28,5%), baja adherencia al TAR (n=4; 57,1%), consumo de alcohol/drogas (n=2;28,5%), sospecha de riesgo de PRM (tiene en cuenta la adherencia, fármacos con necesidad de ajuste posológico y fármacos concomitantemente prescritos no TAR) (n=3;42,9%), toma de más de 6 fármacos (n=2;28,5%)

En el nivel de prioridad 2, 2 pacientes no eran adherentes (28,6%) (83,3%-media de adherencia-) mientras que en el nivel 3 no lo fueron 19(25,3%) (media de adherencia de 69,4%, IC95% 60,3-78,6). Tras la intervención, se recalculó la adherencia en los dos grupos. Resultó no adherente 1 paciente (14,3%) en el grupo de prioridad 2 y 9 en el grupo de prioridad 3 (12%).

El nivel de prioridad de AF mayoritario en los pacientes jóvenes fue el más bajo (el 3), al no tener, en general, otras comorbilidades asociadas. Son sobre todo variables relacionadas con la medicación, destacando la baja adherencia al TAR, las que han determinado una prioridad de AF mayor en este grupo de pacientes y por tanto, las que requieren de estrecho SFT para optimizar el tratamiento. El seguimiento farmacéutico ha permitido mejorar la adherencia en la mitad de los pacientes considerados no adherentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

409. VALOR DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO AMBULATORIO DE HEMODIÁLISIS: OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA

AUTORES

ALAÑÓN PARDO MM, CONDE GARCÍA MC, MARCOS DE LA TORRE A, SÁNCHEZ SERRANO JL, FRAGA FUENTES MD, HEREDIA BENITO M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LA MANCHA-CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCIÓN, Nº 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Describir y cuantificar las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas para la optimización de la terapia antimicrobiana en pacientes en tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis, así como evaluar su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de las recomendaciones emitidas por el farmacéutico hospitalario en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica, sometidos a hemodiálisis en un centro concertado extra-hospitalario de titularidad privada con 24 puestos de diálisis, y en los que se solicitaron antimicrobianos intravenosos desde 1 noviembre de 2017 hasta 30 abril de 2018. Las variables registradas fueron: sexo, edad, tipo de acceso venoso para



hemodiálisis [catéter venoso central (CVC) tunelizado o fístula arteriovenosa (FAV)], tipo de muestra microbiológica extraída (hemocultivo, exudado del catéter u otra muestra), microorganismos aislados, antimicrobianos intravenosos administrados, sellado intraluminal del catéter con antimicrobianos en pacientes portadores de CVC, RF dirigidas a los nefrólogos del centro: elección del tratamiento empírico (RF-1); extracción de hemocultivos (RF-2) y añadir sellado antimicrobiano del CVC (RF-3) si clínica sistémica (fiebre y/o escalofríos) o sospecha de bacteriemia relacionada con catéter (BRC); modificar dosis/intervalo posológico (RF-4); desescalado antimicrobiano según antibiograma (RF-5), o suspensión de terapia antimicrobiana por cultivos negativos (RF-6); y aceptación por médico prescriptor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período de estudio, 26 pacientes (73,1% varones, edad media: 70,7 ± 15,0 años) recibieron tratamiento antimicrobiano intravenoso. El 92,3% fueron portadores de CVC. Se extrajeron hemocultivos en el 44,4% de los pacientes. Otras muestras obtenidas fueron: exudados del orificio del catéter (34,6%), exudados de herida (7,7%), orina (11,5%) y esputo (3,8%). No se documentaron BRC, pero hubo 11 resultados microbiológicos positivos para otras localizaciones: exudado del orificio del catéter (54,5%), exudado de herida (27,3%) y urinaria (18,2%). Los principales microorganismos aislados en exudados del catéter fueron *Staphylococcus aureus* (30%) y *Staphylococcus epidermidis* (20%).

Se revisaron 36 prescripciones de antimicrobianos, siendo las mayoritarias: vancomicina en monoterapia (30,6%), vancomicina + ceftazidima (16,7%), ceftazidima en monoterapia (16,7%) y gentamicina en monoterapia (11,1%). Se realizó sellado antimicrobiano en el 60,6% de los pacientes con CVC.

Se realizaron 23 RF: RF-1 (4,8%), RF-2 (14,3%), RF-3 (35,7%), RF-4 (0,0%), RF-5 (16,7%) y RF-6 (28,6%). El grado de aceptación global fue del 54,8%, siendo 100% para RF-1, 16,7% para RF-2, 33,3% para RF-3, 85,7% para RF-5 y 75,0% para RF-6.

Conclusiones

El farmacéutico hospitalario aporta valor a la optimización de la terapia antimicrobiana en pacientes sometidos a hemodiálisis. Sus principales recomendaciones se relacionan con la realización del sellado del CVC y la suspensión de la terapia antimicrobiana por cultivos microbiológicos negativos.

El grado de aceptación global es moderado, siendo superior cuando la RF consiste en la elección inicial del tratamiento empírico, el desescalado o la suspensión del tratamiento antimicrobiano. Por otro lado, sería conveniente seguir reforzando la necesidad de tomar hemocultivos en infecciones graves para descartar BRC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

472. RESULTADOS EN SALUD REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA

AUTORES

ÁLVAREZ PAYERO M, FERNÁNDEZ VEGA H, GÓNZALEZ SUÁREZ I, PEGO REIGOSA R, SPUCH CALVAR C, PIÑEIRO CORRALES G HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO (EOXI VIGO). CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar los resultados en salud reportados por los pacientes (calidad de vida-CV y satisfacción con el tratamiento-ST) de los pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) tratados con dimetilfumarato (DMF) y teriflunomida (TE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en un Hospital Universitario de 1100 camas. Se incluyeron pacientes con EMRR tratados con DMF y TE durante al menos un año, entre junio 2015 y 2017. Variables: demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, discapacidad(EDSS), nº de brotes el año previo al inicio, tratamiento previo, motivo de cambio, CV medida con los cuestionarios MusiQoL (9 dimensiones) y EuroQoL-5D-5L (5 dimensiones) y una escala EVA [EQ-VAS]), y ST mediante el cuestionario TSQM (evalúa eficacia, seguridad, comodidad y satisfacción global). Los cuestionarios fueron autocumplimentados por los pacientes previo inicio y al año de tratamiento (la ST basal hace referencia sólo a pacientes pretratados). Los tres cuestionarios puntúan: 0-100. El resto de datos fueron extraídos de historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

81 pacientes iniciaron 88 tratamientos orales (43 DMF/45 TE). 79% mujeres, edad media 42,2±8,1 años; 100,6±66,1 meses de evolución de enfermedad, con 2 puntos (0-4) de EDSS y 0,8±0,8 brotes el año previo al inicio del tratamiento. 18 pacientes (22,5%) no habían recibido tratamiento previamente y el 63(73,5%) habían recibido ≥1 tratamiento, de los cuales el 76,2% procedían de autoinyectables(TI). 46(52,3%) cambiaron por efectos secundarios, 17(19,3%) por ineficacia y 4(4,5%) por seguridad. El 41% han cumplido al menos 1 año de tratamiento con DMF/TE.

La puntuación EQ-VAS_basal media del EuroQoL: 70,3±19,8 puntos; 67,9±20,3 para DMF y 72,3±19,0 para TE. Las dimensiones del sistema descriptivo del cuestionario peor valoradas (niveles de gravedad 3-4-5) fueron: ansiedad/depresión (31,3%), dolor (25,0%) y dificultad para realizar actividades cotidianas (12,5%). Puntuación MusiQoL_basal media:70,1±14,8 puntos (69,9±15,0 para DMF y 70,3±14,9 para TE).

EQ-VAS al año:68,3±20,3 puntos (DMF 70,3±18,3 puntos y TE 66,6±22,1). La puntuación media en el MusiQoL al año: 67,9±15,5 puntos (DMF 70,2±16,7 y TE 66,1±14,5). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la



puntuación global de ambas escalas vs a los valores basales, $p > 0,05$.

TSQM_basal: eficacia percibida (62,6±23,9 puntos), efectos secundarios (50,4±24,1 puntos) comodidad (57,4±24,9 puntos) y satisfacción global (62,3±23,3 puntos). Todos los pacientes pretratados que alcanzaron el año de tratamiento procedían de TI.

TSQM_1año: eficacia (66,4±23,9 puntos), efectos secundarios (67,7±23,3 puntos) comodidad (82,7±19,1 puntos) y satisfacción global (73,6±17,9 puntos). Las dimensiones TSQM mejoraron durante el tratamiento con TE respecto a la TI previa, $p < 0,05$. DMF vs TE: eficacia (69,3±19,2 vs 63,6±28,0), efectos secundarios (70,1±22,3 vs 64,8±26,7), comodidad (77,5±18,6 vs 88,2±18,6), satisfacción global (74,4 ±13,1 vs 72,8 ±22,3), $p < 0,05$.

Conclusiones

Tras el primer año de tratamiento con DMF y TE la CV se mantiene. Los resultados sugieren que cambiar a un fármaco oral no parece impactar excesivamente en la CV de los pacientes. Sin embargo, sí presentan mayor ST con las terapias orales respecto a la TI previa, motivado por una mejor tolerancia al fármaco oral y mayor comodidad en la administración. Los pacientes tratados con DMF tienen mayor satisfacción a nivel de eficacia y efectos secundarios que los tratados con teriflunomida pero menor satisfacción a nivel de comodidad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1128. RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE (PROS) Y SEGUIMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES CON HEMOFILIA MEDIANTE LA APP HAEMOASSITS®

AUTORES

PALOMERO MASSANET A, SANTANDREU ESTELRICH MM, CANARO HIRNYK MI, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES. CARRETERA VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la APP HaemoAssist® para el seguimiento de los pacientes con hemofilia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención mediante la APP HaemoAssist® de pacientes hemofílicos en un hospital de referencia autonómico. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes hemofílicos tratados en profilaxis.

La App Haemoassits®, fue desarrollada por Pfizer® con aval de la Federación Española de Hemofilia, y se pone a disposición de todos los pacientes de hemofilia mediante un acuerdo del Hospital con la Asociación de Pacientes autonómica.

La aplicación permite un seguimiento de forma conjunta por Hematólogo, Farmacéutico y el propio paciente, que introduce datos de administración y hemorragias (patients reported outcomes PROs), incluyendo localización, tamaño y fotografía del evento.

El dispositivo está conectado a un sistema de acceso web, que comparten hematólogo y farmacéutico, permitiendo registros de visita médica y dispensaciones con trazabilidad de lote y caducidad.

La aplicación dispone de alertas para los profesionales: dosis no administradas, medicamentos próximos a caducar, stock del paciente bajo el mínimo definido, falta de registro de administración y procesos hemorrágicos, así como recordatorios de administración para el paciente.

Variables recogidas: demográficas, adherencia, hemorragias y actuación del farmacéutico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El programa se inició en marzo 2016 y se han recogido datos hasta abril 2018. Todos los pacientes fueron instruidos en el uso de la App, y firmaron consentimiento informado. Se ofreció a los 33 pacientes hemofílicos en tratamiento profiláctico, siendo aceptado en 32: 26 hemofilia A, 4 hemofilia B y 2 enfermedad Von Villebrand; media edad 21,8 años (rango 3-57). La adherencia global es 84,5%. La frecuencia de pacientes con sangrado es 43%, traumáticas 84,9% y espontáneas 15,1%. Los pacientes que están más de una semana sin registrar reciben un aviso para actualizar la aplicación: se envía una media de 1 aviso/día; 7 pacientes requieren avisos frecuentes por la falta de registros.

El farmacéutico ha detectado 1 caso de abandono del tratamiento por depresión, con derivación del paciente para consulta médica; y otro de derivación al hematólogo por procesos hemorrágicos. Se ha detectado 1 error de dosificación por desajuste de stocks, se detectan periodos de falta de adherencia y se corrigen pautas de comportamiento. Se ha intervenido en 3 pacientes no adherentes para el cambio a tratamientos de larga acción, siendo aceptado en todos los casos.

Se pudo detectar el stock de los pacientes en la alerta de retirada de Kogenate® 2016.

Conclusiones

La utilización de la APP ha sido en 99% de pacientes, y ha contribuido de forma muy importante a la participación activa en sus resultados.

La intervención por parte del farmacéutico ha permitido optimizar el tratamiento en los pacientes, detectar errores de medicación, falta de adherencia y aparición hemorragias.

La colaboración activa de paciente-hematólogo-farmacéutico es continua y conlleva al seguimiento exhaustivo del paciente hemofílico, lo que supone un nuevo paradigma en la atención sanitaria que se le presta, con la percepción del paciente de que controla su enfermedad y permanece en contacto con el equipo asistencial.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

589. CUESTIONARIO PARA VALORAR LA APLICABILIDAD DEL ANÁLISIS DE SUBGRUPOS A LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS

AUTORES

GIL SIERRA MD, FÉNIX CABALLERO S, ABDEL KADER MARTÍN L, FRAGA FUENTES MD, SANCHEZ HIDALGO M, ALARCÓN DE LA LASTRA ROMERO C, BORRERO RUBIO JM, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665;. CÁDIZ

OBJETIVOS

Diseñar y validar un cuestionario que integre los criterios para valorar la aplicabilidad del análisis por subgrupos a las recomendaciones sobre uso de medicamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras búsqueda y síntesis bibliográfica sobre el tema, el cuestionario se estructuró en tres apartados: (1) asociación estadística, que incluye interacción para comprobar la diferencia intergrupala de beneficio, y preespecificación de subgrupos, para evitar diferencias inexistentes; (2) plausibilidad biológica, que asocia causalidad del factor implicado-efecto observado y (3) consistencia, que coteja diferencias entre subgrupos en estudios similares. La asociación estadística considera $p < 0.05$, $0.05 \geq p < 0.1$ o ninguna; si existe preespecificación de subgrupos; si $N \geq 50$ /rama; si factores analizados ≥ 10 y resultado global del estudio positivo/negativo. La plausibilidad biológica considera si existe hipótesis publicada, hipótesis razonable no publicada, dudosa o ausencia de hipótesis plausible. La consistencia considera si existen estudios similares con interacción, estudios compatibles (sin interacción, pero con mismo sentido), ausencia de estudios comparables o inconsistencia. Según lo anterior, se asignó a los tres apartados valoración probable (+3 puntos), posible (+2), dudosa (0) o nula (-3). Si la asociación estadística y consistencia no fueron nulas, se evaluó el análisis por subgrupos sumando puntuaciones: probable (9-7 puntos: aplicable); posible (6-5 puntos: puede aplicarse con prudencia); dudosa (3-4 puntos: no aplicable, salvo excepciones condicionadas por muy elevada toxicidad o coste inasumible); nula (< 3 puntos: el resultado por subgrupos no debe aplicarse). La concordancia inter-investigador del cuestionario se comprobó en tres casos propuestos sobre ramucirumab, nivolumab y mepolizumab, mediante valor κ para aplicabilidad global, así como en los criterios individuales de asociación estadística, plausibilidad biológica y consistencia. Finalmente, la concordancia de las recomendaciones de aplicación del resultado por subgrupos (Si aplicar/No aplicar) se analizó mediante U-Mann Whitney (test no paramétrico). La encuesta se hizo antes (pre) de una discusión grupal, y se repitió después (post).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se dispuso de 26 investigadores: 15 (57,7%) farmacéuticos hospitalarios, 5 (19,2%) de atención primaria, 5 (19,2%) de administración sanitaria y 1 (3,9%) de industria farmacéutica. El 15 (57,7%) evaluaban fármacos habitualmente, 4 (15,4%) ocasionalmente y 7 (26,9%) carecían de experiencia evaluadora. La concordancia en aplicabilidad "pre" fue buena/muy buena en los tres casos ($\kappa=0,79/1,00/0,83$), resultando superior a 0,90 en análisis "post". Analizándola por criterios individuales, las menores concordancias fueron: moderada en "plausibilidad" en un caso ($\kappa=0,44$) y débil en "consistencia" en otro ($\kappa=0,36$). Ambas se corrigieron en análisis "post" ($\kappa=0,94$ en ambos). La utilidad del cuestionario fue valorada en 4,77/4,88/4,75 sobre 5 (muy útil). La concordancia al aplicar los resultados por subgrupos a la práctica fue 92,3%(no aplicar)/96,0%(no)/100%(sí) ya en el análisis "pre", y 100/94,45/95,45 en el "post". Conclusiones: 1. El cuestionario fue valorado como muy útil y mostró elevada concordancia, tanto al valorar la aplicabilidad del análisis por subgrupos como al efectuar recomendaciones para la práctica clínica. 2. Los casos puntuales en los que la concordancia puede ser débil/moderada, mejoran tras discusión en grupo, como se produce en comisiones farmacoterapéuticas o grupos de expertos. Por tanto, este cuestionario puede ser empleado para valorar la posible aplicación de análisis de subgrupos a las recomendaciones sobre uso de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

563. OPTIMIZACIÓN DEL CONSUMO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PSORIASIS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO.

AUTORES

SALGUERO OLID A, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, LOMARES MANZANO I, DOMÍNGUEZ LÓPEZ M, BULO CONCELLÓN R, MANZANO MARTÍN MV
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

La terapia biológica utilizada en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave supone un coste elevado para el sistema sanitario, por lo que se debe optimizar su uso. El objetivo consistió en analizar el consumo por paciente de fármacos biológicos antes y después de la implantación de un protocolo de uso para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se analizó el consumo de terapia biológica antes y después de la implantación de un protocolo de uso de fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en abril de 2017, consensuado con el servicio de dermatología. El protocolo se aprobó en la Comisión de Farmacia, y en él se contemplaba aumento del intervalo posológico y reducciones de dosis de manera individualizada en pacientes con buena respuesta [Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 75 = reducción del 75% del PASI basal] durante al menos 6 meses. Cada 3 meses se evaluaba la evolución del paciente y en caso de pérdida del PASI75 se volvía a la posología anterior. Además, a igualdad de eficacia y seguridad, las terapias biológicas fueron posicionadas en función de la eficiencia, aunque a la hora de prescribir se tuvieron en cuenta las preferencias del paciente en cuanto a la posología y perfil de seguridad. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital (Diraya®) y de la historia farmacoterapéutica (APD ATHOS-PRISMA, módulo de pacientes externos). Para evaluar el impacto económico del protocolo se analizó el consumo de fármacos biológicos por paciente antes (2016) y después (2017) de la implantación del mismo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la implantación del protocolo, un total de 84 pacientes optimizaron el tratamiento: 36 pacientes iniciaron terapia biológica siguiendo los criterios establecidos según la alternativa más eficiente; 14 optimizaron la dosis, ya fuera por reducción o espaciamento, manteniendo buen control de la enfermedad; 9 pacientes cambiaron de terapia biológica por reacción adversa, 14 lo hicieron por empeoramiento o falta de respuesta y 11, por simplificación del tratamiento, siempre a la alternativa más eficiente. Ningún paciente experimentó pérdida del PASI75 con el cambio. El consumo por paciente antes (2016) y después (2017) de la implementación fue de 5.257,76 € y 4.449,54 € respectivamente, suponiendo un ahorro por paciente de 808,22 € al año.

Las recomendaciones del protocolo de uso aumentaron la eficiencia de las terapias biológicas en el tratamiento de la psoriasis, permitiendo reducciones de dosis, espaciamentos y cambios de tratamiento a la terapia más costo-efectiva, manteniendo buen control de la enfermedad y consiguiendo un ahorro de 808,22 € por paciente y año.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

223. MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE INFILIXIMAB DURANTE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

PASCUAL MARMANEU Ó, BELLÉS MEDALL MD, TRIPIANA RALLO M, RAGA JIMÉNEZ C, JUAN AGUILAR M, CEBOLLA BELTRÁN T, ÁLVAREZ MARTÍN T, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA. BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la asociación de las concentraciones plasmáticas de infliximab (IFX) durante la terapia de inducción con la curación de la mucosa intestinal a corto plazo (short terminal mucosa healing=STMH) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo multicéntrico que incluyó todos los pacientes con EII que recibieron terapia de inducción con IFX a dosis de 5mg/kg desde octubre de 2016 a marzo de 2018. Se analizaron variables demográficas, de la enfermedad, analíticas y del tratamiento. Se realizó una evaluación endoscópica al inicio del estudio y después de la terapia de inducción. La STMH se definió mediante evaluación endoscópica unida a una puntuación de Mayo < 1 y Harvey Bradshaw (HB) < 5, en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), respectivamente. Las concentraciones plasmáticas de IFX se cuantificaron en las semanas dos, seis y catorce de la inducción con el analizador DS2® y los reactivos Lisa-tracker® mediante técnica ELISA de captura. Se calculó la concentración mínima eficaz (cutt-off) predictora de STMH para los tiempos de muestro indicados. Estudio estadístico realizado mediante prueba U-Mann-Whitney con el programa STATA/IC-14.1. Resultados expresados como la mediana y rango intercuartílico (IQR).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 10 pacientes, con una edad de 32.6 años (IQR:27.1-49.9), 90% eran varones, 50% diagnosticados de EC, 50% fumadores y con una duración de la enfermedad de 3.1 años (IQR:1.0-8.6) en el momento de la terapia de inducción de IFX. El 20% de los pacientes fueron pretratados con IFX, el 90% y el 70% recibieron tratamiento concomitante con corticosteroides y azatioprina, respectivamente. Antes de la inducción, el 70% de los pacientes presentaban valores de PCR > 5mg/L, el 100% calprotectina fecal > 50mg/kg, y el 30% albumina sérica baja (< 4g/L). Previamente a la infusión de IFX, la puntuación de Mayo fue de 5 (IQR:4-7), la de HB de 2 (IQR:2-5). Todos los pacientes incluidos presentaban actividad de la enfermedad en la evaluación endoscópica. Después de la inducción, el 100% y 80% presentaron remisión analítica según criterio de PCR < 5mg/l y calprotectina < 50mg/kg, respectivamente, y el 100% tenían valores de albúmina > 4g/l. La puntuación de Mayo fue de 0 (IQR:0-2), la de HB de 1 (IQR:1-4), y el 60% lograron STMH tras la inducción de IFX. Los niveles de IFX en los pacientes con STMH, respecto de los que no alcanzaron STMH fueron: 22.5 (IQR:19.8-30.1) vs 14.0mcg/ml (IQR:4.0-23.2) (p=0.121) en la semana dos, 16.0 (IQR:13.5-24.5) vs 6.3mcg/ml (IQR:1.4-11.6) (p=0.028) en la semana seis y 3.1 (IQR:2.8-5.3) vs 2.2mcg/ml (IQR:0.4-7.8) (p=0.453) en la semana catorce. El cutt-off de IFX en semana dos fue 22.9mcg/ml [Sensibilidad (Se):83.3%; Especificidad (Sp):66.7%; AUC de la curva ROC (AUCROC):0.83 (IC95%:0.48-1.00)], en semana seis 15.73mcg/ml [Se:80%; Sp:95%; AUCROC:0.95 (IC95%:0.81-1.00)] y en semana catorce 2.8mcg/ml [Se:100%; Sp:66.7%; AUCROC:0.67 (IC95%:0.13-1.00)].



Tras este análisis preliminar, las concentraciones plasmáticas de IFX durante la terapia de inducción parecen estar relacionadas con la STMH en pacientes con EII, fundamentalmente en semana 6. En este sentido, la monitorización farmacocinética en esta fase de inducción, añadiría valor en el abordaje de estos pacientes. No obstante, es necesario ampliar el estudio para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1293. INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA DOSIFICACIÓN DE ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, REBOLLO DÍAZ N, SÁEZ FERNÁNDEZ EM, PIÑERO PÉREZ MC, PEDRAZA NIETO L, FERNÁNDEZ CABALLERO R, PEÑA LORENZO D, CALVO HERNÁNDEZ MV
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 258-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Aunque la dosificación del fármaco se determinó en función del peso en los ensayos clínicos, ficha técnica indica utilizar la pauta estándar de 40 mg/14 días. En pacientes obesos, esta dosificación puede resultar insuficiente para alcanzar concentraciones mínimas plasmáticas (C_{min}) dentro del margen terapéutico (MT): [7,5-12]mcg/mL. El objetivo del presente estudio fue diseñar y validar un esquema de dosificación (ED) en función del índice de masa corporal (IMC) para adalimumab en pacientes con EII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en dos fases: 1ª de 26 meses de duración (Octubre 2015-Diciembre 2017) para diseñar el ED y 2ª de 4 meses (Enero-Abril 2018) para su validación.

Se incluyeron pacientes diagnosticados de EII (colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC)) en tratamiento con adalimumab con monitorización farmacocinética (TDM) en el Servicio de Farmacia. Todos ellos firmaron consentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes con baja adherencia.

Se registraron datos antropométricos (sexo, edad e IMC) y marcadores de inflamación (calprotectina fecal (CPF)). Las C_{min} fueron determinadas mediante ELISA (Promonitor®).

Para el diseño del ED se desarrolló un modelo farmacocinético poblacional (popPK) (monocompartimental con absorción de orden cero y eliminación de primer orden) para estimar el aclaramiento (CL) poblacional. Se realizaron simulaciones del CL estimado en función del IMC, fijando la CPF al valor mediano de la población (50 mg/Kg), para cuatro regímenes de dosificación: 40mg/14 días, 40mg/10 días, 40mg/7 días y 80mg/14 días. Con estas simulaciones, se establecieron los puntos de corte para alcanzar C_{min} dentro del MT. Tanto el modelo popPK como las simulaciones se realizaron con el software NONMEM.TM.

Para la validación se calculó el porcentaje de pacientes que alcanzaban C_{min} dentro del MT según el ED propuesto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en la primera fase 100 pacientes (53% mujeres) con una mediana (rango) de edad de 43 (18-84) años diagnosticados de EC (N=81) y CU (N=19). El IMC medio fue 23,98Kg/m² ±4,63) y la mediana de CPF: 50mg/Kg (< 15-3150). Se realizaron un total de 196 TDM de C_{min}.

El CL poblacional estimado fue: $CL(L/h)=0,017(L/h)*(CPF(mg/Kg))/(273(mg/Kg))^{(0,06)*(IMC(Kg/m^2))/(24Kg/m^2)}^{(0,97)*4,8^{(ADA)}}$, donde ADA=1 o 0 en presencia o ausencia de anticuerpos.

El esquema de dosificación propuesto en fase de equilibrio de distribución en función del IMC(Kg/m²) fue:

-IMC < 23: 40 mg/14 días.

-23≤IMC < 25: 40 mg/14 días (o 40 mg/10 días si alta carga inflamatoria).

-25≤IMC < 30:40mg/10 días.

-IMC≥30:40 mg/7 días o 80 mg/14 días.

Segunda fase: se incluyeron 21 pacientes (52,3% mujeres) con EC (N=15) y CU (N=6) con un IMC medio de 26,1Kg/m²±4,63. Todos los pacientes recibieron adalimumab a las dosis propuestas, alcanzando C_{min} dentro del MT el 85,7% de los pacientes. 1 paciente presentó C_{min} elevadas mientras que 2 estaban por debajo del MT aunque se justificaban por altas concentraciones de CPF.

La pauta de administración de adalimumab en EII a dosis estándar de 40mg/14 días es infraterapéutica para pacientes con sobrepeso. El ED propuesto facilita alcanzar C_{min} dentro del MT en la mayoría de los pacientes. Son necesarios más estudios para seguir validando estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

222. EVALUACIÓN DE LA AGRESIVIDAD TERAPÉUTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

GARCÍA MARTÍN E, ESCUDERO VILAPLANA V, COLLADO BORRELL R, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, MARZAL ALFARO B, MARTÍNEZ ORTEGA PA, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID



OBJETIVOS

Evaluar la agresividad terapéutica en los pacientes oncológicos en la etapa final de su vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y longitudinal en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes adultos con tumores sólidos en tratamiento antineoplásico seguidos por el Servicio de Oncología y que fallecieron a consecuencia del cáncer. El periodo de inclusión fue del 01/08/2015 al 31/07/2016. Los pacientes fueron seguidos desde su inclusión hasta el 31/07/2017 o fallecimiento.

Para definir la agresividad terapéutica al final de la vida se utilizaron los criterios de Earle et al.

Se revisó la historia clínica y la prescripción electrónica. Se elaboró una base de datos en REDCap® que incluía: variables demográficas (edad y sexo), clínicas (tipo de tumor, fecha de diagnóstico y ECOG), farmacoterapéuticas (último tratamiento, línea, fecha de inicio y fecha de última administración), exitus (fecha y lugar) y variables de calidad al final de la vida (asistencias a urgencias e ingresos en el último mes de vida, asistencia por la unidad de cuidados paliativos (UCP) e ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el último mes de vida).

Análisis estadístico: se utilizó Stata®v14.2. Las variables continuas se expresaron mediante su media y desviación típica y las variables categóricas con frecuencias y porcentajes. Se utilizó la prueba t-Student para comparar variables continuas y ji-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher para variables cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 200 pacientes (edad media= 65,3 años [SD=12,2] y 54,0% hombres. El 89,0% presentaban metástasis y el 16,4% tenían ECOG \geq 2). El 38,0% habían recibido 3 o más líneas de tratamiento. El cáncer de pulmón (19,5%), colon-recto (17,5%) y mama (11,5%) fueron los más frecuentes. El 70,8% fueron tratados con quimioterapia, 15,9% con terapias dirigidas, 7,3% con medicación de ensayo clínico y un 6,0% otros.

Criterios de agresividad terapéutica:

- 12,5% recibieron tratamiento antineoplásico en los últimos 14 días de vida (límite de agresividad \geq 10%). Se asoció con la edad, línea de tratamiento y diagnóstico ($p < 0,05$).
- 10,0% iniciaron un nuevo antineoplásico en los últimos 30 días de vida (límite \geq 2%). Presentó asociación con el ECOG ($p=0,009$).
- 17,0% acudieron a urgencias en más de una ocasión o fueron ingresados en la UCI durante el último mes de vida (límite \geq 4%).
- 40,5% fallecieron en unidad de agudos del hospital (límite \geq 17%).
- 66,5% recibieron atención en la UCP (límite $<$ 55%). Tipo de seguimiento: 68,4% hospitalario y 31,6% domiciliario.
- 7,5% ingresaron en la UCP en los últimos 3 días de vida (límite $>$ 8%).

Conclusiones

Según los indicadores definidos por Earle et al., nuestra población muestra un ligero exceso de uso de antineoplásicos al final de la vida, lo que supone una mayor demanda de recursos sanitarios. Sin embargo, tuvieron una buena calidad en la asistencia al final de la vida respecto al seguimiento especializado por paliativos. No obstante, el porcentaje de pacientes que falleció en el hospital sigue siendo elevado. La evaluación periódica de estos indicadores ayudará establecer estrategias de mejora de la agresividad terapéutica al final de la vida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

674. EFECTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO TRAS QUIMIOTERAPIA PREVIA

AUTORES

GÓMEZ GÓMEZ D, LIZAMA GÓMEZ NG, CASANOVA VÁZQUEZ J, GARCÍA DE LA PAZ A, MARTÍNEZ CALLEJO V, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, GONZÁLEZ FRANCO RM, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar resultados y costes de nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico tras quimioterapia previa. Evaluar los datos de efectividad frente a los resultados de eficacia de los ensayos pivotaes

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 3 años de duración (abril/2015-abril/2018). Se estratificó a los pacientes según histología, ECOG, hábito tabáquico, porcentaje de expresión de PDL-1 (superior o no al 1%) y tratamiento previo para enfermedad metastásica. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica, y los económicos (costes directos sanitarios de adquisición del fármaco) de la prescripción electrónica asistida según costes reales del medicamento (PVL + 4% IVA – 7,5% RD 8/2010). Asimismo, las cifras comparativas de eficacia se obtuvieron de los resultados de seguimiento a 3 años procedentes de los ensayos CheckMate017 (escamoso) y CheckMate057 (adenocarcinoma) combinados

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 53 pacientes con una edad media de 63 años (46-79), de los cuales el 73,6% eran hombres (39). Las histologías predominantes fueron escamosa (56,6%) y adenocarcinoma (41,5%). La mayoría de los pacientes presentaban ECOG 1 (67,9%), habiendo solo 4 pacientes (5,7%) con ECOG 2. Únicamente 3 pacientes nunca habían fumado (5,7%), teniendo el resto un hábito tabáquico (exfumadores o activos) moderado (37,7%) o severo (56,6%). Respecto a la expresión del receptor PDL-1, en el 73,6% (39/53) no se realizó el estudio. Un 71,7% de pacientes recibieron una línea previa de tratamiento en enfermedad metastásica. 36 pacientes (67,9%) fallecieron durante el estudio con una



PORTADA



SUMARIO



ANTERIOR



SIGUIENTE

mediana de supervivencia global (SG) de 8 meses (IC95%, 6.10-9.89) mientras que la mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 3 meses (IC95%, 0.3-5.69) alcanzando 40 pacientes (75,5%) el evento de progresión. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la SG según histología (escamoso vs adenocarcinoma: 7 vs 8 meses; $p=0,325$), hábito tabáquico (moderado vs severo: 8 vs 7 meses; $p=0,891$) ni según el tratamiento previo para la enfermedad metastásica (sin tratamiento previo vs tratamiento previo: 12 vs 7 meses; $p=0,419$). Se pudo evaluar la respuesta en 46 pacientes (86,8% del total), obteniendo 9 pacientes respuesta parcial, otros 9 enfermedad estable y 1 respuesta completa como mejor respuesta obtenida durante el tratamiento. 4 pacientes alcanzaron una SG superior a 2 años. El coste medio de tratamiento fue 19.123€, siendo 23.943€ para los pacientes con histología de adenocarcinoma y 15.867€ en escamoso. En los datos a 3 años de los estudios pivotaes combinados, la mediana de SG fue de 11.1 meses (IC95%, 9.2-13.1) con una SLP de 2.56 meses (IC95%, 2.20-3.48)

Los resultados de efectividad revelan una menor SG que la documentada en los ensayos pivotaes y una SLP similar, aunque en algunos pacientes se logran tiempos de supervivencia muy prolongados. Esto demuestra que puede existir cierta incertidumbre del valor del tratamiento en algunos pacientes lo que, junto al elevado coste por paciente, hace al fármaco candidato de un esquema de pago por resultados en salud en esta patología. No se han obtenido factores predictivos de respuesta, aunque sería necesario un mayor número de pacientes para poder obtener una potencia estadística suficiente



COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS



COMUNICACIONES ORALES OPERATIVAS

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

260. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN MEDICINA INTERNA: INFLUENCIA EN EL REINGRESO

AUTORES

LÁZARO CEBAS A, GARCÍA MUÑOZ C, PABLOS BRAVO S, CARO TELLER JM, ROMERO GARRIDO JA, BENEDÍ GONZÁLEZ J, FERRARI PIQUERO JM, GONZÁLEZ GÓMEZ C
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. CARRETERA DE ANDALUCÍA KM 5'4. MADRID

OBJETIVOS

Describir la implantación de un circuito de seguimiento farmacoterapéutico al alta de pacientes ancianos polimedicados ingresados en Medicina Interna.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de mejorar la calidad asistencial ofrecida al paciente anciano polimedicado. Se diseñó un programa al alta basado en formación sobre Medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC) y seguimiento telefónico. El diseño del estudio fue de casos y controles.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Creación del grupo de trabajo: cuatro farmacéuticos y un internista. Selección de variables, elaboración de dípticos y protocolo. Aprobación del mismo por el Comité de Ética del hospital.
- Diseño de la intervención: conciliación al ingreso y al alta, validación del tratamiento durante el ingreso, entrega de hoja de planificación de tratamiento al alta (checkthemeds®) y dípticos informativos de MARC, seguimiento farmacoterapéutico telefónico post alta (días 7 y 21) y entrega de número de teléfono de contacto en caso de dudas sobre el tratamiento.
- Selección de MARC para elaboración de dípticos: AINES, anticoagulantes, antiagregantes, diuréticos de asa, tiazidas y ahorradores de potasio, IECA-ARA-II, betabloqueantes, digoxina, amiodarona, diltiazem y verapamilo, insulina, antidiabéticos orales, benzodiazepinas y opioides.
- Selección del cuestionario siguiendo el modelo de García Delgado et al. para valorar el grado de conocimiento sobre los MARC durante el seguimiento telefónico.
- Definición de indicadores para estimar el impacto de la intervención sobre el reingreso: reducción absoluta de riesgo (RAR), reducción de riesgo relativa (RRR), número necesario de pacientes a tratar (NNT) y coste-efectividad incremental anual.
- Identificación de estrategias de mejora: reducción del gasto farmacéutico, aumento del número de intervenciones realizadas durante la validación farmacéutica y su aceptación, y reducción de la tasa de reingreso a los 30 días.

IMPLANTACIÓN

Para la realización del proyecto, los Servicios de Medicina Interna y Farmacia acordaron la incorporación de un farmacéutico hospitalario al equipo asistencial.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Entre junio 2017 y enero 2018 se redujo el gasto farmacéutico en 44.237€ respecto al mismo periodo del año anterior. Del total de 3130 intervenciones (2151 sobre tratamiento, 979 informativas enfermería) realizadas durante la validación en las 4 unidades de hospitalización de Medicina Interna entre junio 2017-enero 2018, el 32% (672 sobre tratamiento, 330 informativas enfermería) fueron realizadas en la unidad que incorporó al farmacéutico. La aceptación de las intervenciones de impacto grave fue del 44,4% respecto al 39,5% registrado en el resto de unidades. 268 pacientes se incluyeron en el grupo intervención (junio 2017-enero 2018) y 294 en el grupo control (mismo periodo 2014). Ambos grupos fueron comparables entre sí. La tasa de reingreso a los 30 días fue del 20,41% (n=60) en los pacientes del grupo control y del 17,91% (n=48) en el grupo intervención; un 2,5% menos de reingreso a los 30 días en el grupo intervención (RAR 2,5%, RRR 12,25%, NNT 40 y coste efectividad incremental anual de 4440 €). Limitaciones: necesidad de incluir gran cantidad de pacientes para demostrar reducción estadísticamente significativa del reingreso y recursos para dar continuidad al proyecto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a otros hospitales con posibilidad de colaboración entre Servicios de Medicina Interna y Farmacia.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

569. ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS MEDIANTE DE UN SISTEMA INFORMÁTICO DE E-INTERCONSULTA ENTRE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL Y DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES

GARCÍA QUEIRUGA M, MARGUSINO FRAMIÑAN L, GUTIERREZ ESTOA M, GÜETO RIAL X, MARTIN HERRANZ I, CAPITAN GUARNIZO J, FERNANDEZ GABRIEL E, CID SILVA P
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, S/N. A CORUÑA



OBJETIVOS

Las transiciones del paciente entre niveles asistenciales constituyen un punto crítico y deben estar integrados para proporcionar atención farmacéutica(AF) segura y de calidad. Siguiendo la línea del plan 2020 de la SEFH de incorporar las nuevas tecnologías para mejorar la calidad y seguridad de la AF se puso en marcha la plataforma electrónica de interconsulta(e-Interconsulta) entre farmacia de atención hospitalaria(AH) y atención primaria(AP). El acceso a ella se realiza desde el portal web colaborativo del servicio de farmacia(SF). Anteriormente la comunicación se realizaba por teléfono o correo electrónico y no quedaba registrada. Objetivo: analizar el perfil de las interconsultas de los dos últimos años tras la puesta en marcha la plataforma e-interconsulta basada en la herramienta informática Microsoft Sharepoint®.

DISEÑO

Ámbito de aplicación: área sanitaria que proporciona cobertura a una población de 557.357 ciudadanos. Participantes: 28 farmacéuticos AH y 12 farmacéuticos AP. Periodo del estudio: 24 meses (1 de enero 2016 a 31 de diciembre de 2017). Fuente de datos: plataforma e-interconsulta.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación grupo de trabajo multidisciplinar (3 farmacéuticos AH, 1 farmacéutico AP, 1 gerente AP y 1 informático) que definió la estructura de la plataforma y canalización de consultas en ambos niveles asistenciales (hospital: por área farmacoterapéutica; atención primaria: por centro de salud). Se estableció un tiempo máximo de respuesta deseado de 72 horas.

Se realizaron de pruebas y simulacros y se dotó de permisos de acceso y participación a los participantes.

IMPLANTACIÓN

Creación del sistema de alertas por correo electrónico y realización de sesiones formativas a los participantes. Puesta en marcha en Junio 2015.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Nºe-interconsultas: 655(249 e-interconsultas AH-AP y 406 AP-AH). E-interconsultas AP-AH: 1.Motivo: 41.9% homologación sanitaria de recetas(HR), 13.8% posología incorrecta(PI), 14.3% medicamento en situación fuera de ficha técnica(MSFFT), 11.6% conciliación, 18.5% otros. 2.Área a la que fueron dirigidas: 13.1% cardiología y/o cirugía vascular, 12.8% neurología, 12.6% inmunosupresores y trasplantes, 12.1% onco-hematología, 8.1% pediatría, 3% medicina interna, 4.2% obstetricia y ginecología, 3% cuidados continuos y paliativos, 1.2% farmacotecnia y nutrición, 30% otros.

3.Resultados de e-interconsulta: 48.5% aclaración de prescripción, 20.0% tramitación informe de homologación y/o recetas, 5.7% tramitación MSSFT, 4.7% cambio posología, 2.7% suspensión tratamiento, 2.2% añadir tratamiento, 2.5% conciliación, 0.7% cambio tratamiento, 13.1% otros.

E-interconsultas AH-AP: 1.Motivo: 52.2% necesidad seguimiento en AP, 10% interacciones, 8.0% PI, 7.2% deprescripción, 6.4% HR, 6.4% conciliación, 5.2%MSSFT, 4.4% otros. 2.Resultados e-interconsulta: 44.6% seguimiento farmacoterapéutico en AP, 14.9% aclaración prescripción, 9.6% conciliación, 4.4% cambios posología, 6.4% suspender tratamiento, 20.1% otros.

E-interconsultas contestadas en tiempo (72 horas o inferior): media 60.96%(2016: 62.05%; 2017: 59.87%)

Esta plataforma de comunicación ha permitido resolver de forma ágil, problemas relacionados con la medicación.

Constituye un mecanismo de colaboración entre niveles asistenciales que ya se encuentra plenamente integrado en la dinámica asistencial del SF y que permite facilitar, normalizar y documentar consultas, derivaciones e intervenciones farmacéuticas entre AH y AP.

Limitaciones

La baja tasa de contestación en el plazo acordado constituye el principal aspecto a mejorar en el que seguir trabajando.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Sencilla.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

448. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA CON SEÑALES ALERTANTES (TRIGGER-CHRON) PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES CRÓNICOS CON MULTIMORBILIDAD

AUTORES

TOSCANO GUZMÁN MD, GALVAN BANQUERI M, OTERO LOPEZ MJ, MUÑOZ GARCIA M, FERNÁNDEZ VILLALBA EM, SANZ MARQUEZ S, ROURA TOURET J, PÉREZ GUERRERO MC
UGC INTERNIVELES DE FARMACIA. DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA.. C/JESÚS DE PERCEVALS/N EL EJIDO (ALMERIA). ALMERÍA

OBJETIVOS

Las señales alertantes consisten en unos criterios específicos que alertan de posibles eventos adversos por medicamentos (EAM). El objetivo de este estudio fue desarrollar una lista de señales para detectar EAM en pacientes mayores crónicos con multimorbilidad (TRIGGER-CHRON).

DISEÑO

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en 12 hospitales nacionales. Se evaluó una lista inicial, elaborada mediante un método Delphi por un panel de expertos, que contenía 51 señales alertantes estructuradas en cinco módulos: cuidados, medicamentos y antídotos, concentraciones plasmáticas, parámetros analíticos y urgencias.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Evaluación de la utilidad de las señales alertantes: en cada centro se incluyeron 5 pacientes a la semana, seleccionados de forma aleatoria a partir de las altas hospitalarias de unidades de Medicina Interna o Geriátrica. Con la lista inicial de señales alertantes se revisaron las historias clínicas para identificar los posibles EAM. Se evaluó el valor predictivo positivo (VPP) de la lista completa de señales alertantes, de cada módulo y de cada señal.
- Caracterización de los EAM detectados: según su gravedad (clasificación del NCCMERP) y evitabilidad (cuestionario de Schumock y Thornton, adaptado por Otero et al).
- Elaboración del TRIGGER-CHRON: para constituir el listado definitivo se seleccionaron todas aquellas señales alertantes con un VPP > 5% (según criterios de Singh et al).

IMPLANTACIÓN

El estudio se realizó del 20 de marzo al 11 de junio de 2017 (12 semanas)

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se revisaron las historias clínicas de 720 pacientes, correspondientes a mujeres en un 55,4%. La mediana de edad fue de 83 años (rango:65-102). Se detectó que 178 pacientes (24,7%) habían sufrido 215 EAM. Con respecto a la gravedad, la mayoría (87,0%) de los EAM fueron de grado E, un 12,1% de grado F y sólo 1 (0,5%) de grado G o H. Un 55,3% (n=119) de los EAM fueron evitables. El VPP de la herramienta completa fue del 19,6%. La herramienta definitiva TRIGGER-CHRON se elaboró con las siguientes 32 señales alertantes:

- Módulo de cuidados (VPP=25,3%): rash, nueva alergia, letargia o sobredosificación, hipotensión, transfusión o uso de hemoderivados, estreñimiento, reacción adversa registrada.
- Módulo de medicamentos y antidotos (VPP=18,5%): administración de vitamina K, uso de antihistamínicos intravenosos, flumazenilo, naloxona, antieméticos, haloperidol, suspensión brusca de la medicación.
- Módulo de concentraciones plasmáticas (VPP=25%): digoxina > 2ng/mL, carbamazepina > 12 µg/mL.
- Módulo de parámetros analíticos (VPP=15,8%): toxina de Clostridium difficile positiva en heces, glucosa < 50mg/dL, glucemia > 110mg/dL, INR > 5, aumento del BUN o Cr mayor de dos veces los niveles basales, CLCr < 35ml/min/1,73m², K > 6mEq/L, K < 2,9mEq/L, Na < 130mEq/L, ALT > 80U/L y AST > 84U/L, FA > 350U/L y bilirrubina total > 4mg/dL, CPK > 269U/L, TSH < 0,34µUI/L y T4 > 12µg/dL, HA1c > 6% y glucocorticoides, leucocitos < 3000/mm³.
- Módulo de urgencias (VPP=11,1%): reingreso en urgencias en menos de 48 horas.

Limitaciones

Las señales alertantes sólo permiten detectar los EAM asociados a ellas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los EAM son frecuentes y mayoritariamente evitables en pacientes mayores crónicos con multimorbilidad. El TRIGGER-CHRON ha mostrado ser una herramienta efectiva para detectarlos. Estas señales podrán utilizarse de forma retrospectiva, para revisar las historias clínicas o, de forma prospectiva o concurrente, integrados en aplicaciones informáticas, para identificar a tiempo real los EAM y minimizar sus consecuencias en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

622. ALCANCE SOCIAL DE UNA CUENTA DE TWITTER® DEDICADA A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN.

AUTORES

MONTERO DELGADO JA, ARENAS VILLAFRANCA JJ, PLATA PANIAGUA S
HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar cuál ha sido el impacto de una cuenta de Twitter dedicada a la divulgación de información sobre seguridad del medicamento, así como la tasa de interacción con su comunidad. De manera secundaria medir la influencia social de la misma.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal realizado en marzo de 2018. La extracción de datos fue realizada a través de los aplicativos web: Twitter®, Twitter Analytics® y Twitonomy®.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se tuvieron en cuenta únicamente los tuits publicados por el perfil desde el 9 de Julio de 2015 hasta el 20 de marzo de 2018 (985 días).

IMPLANTACIÓN

Para el análisis se seleccionaron los siguientes indicadores, clasificados en cinco categorías; Actividad: media de publicaciones diarias, etiqueta de publicación más usada; Comunidad: Número de seguidores, tamaño de la comunidad (nº seguidores + nº seguidos) y media de crecimiento mensual de seguidores; Interacción: número de interacciones totales, tasa de interacción media (TIm), Número total y promedio de Retuits (RT), “me gusta” (MG) y respuestas obtenidas por cada tuit propio publicado, % de tuits retuiteados y % de tuits que obtienen me gusta; Alcance: Número total de impresiones, promedio mensual de impresiones e impresiones de media/tuit. Influencia: Ratio seguidores/publicaciones, número de listas en las que se incluye la cuenta, índice KLOUT, índice KLEAR y “Social Authority Score” (SAS).



RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se exportaron un total de 2286 tuits, de los cuales 1.238 fueron publicaciones propias (54,2%) y 1.048 retuits de contenido externo (45,8%). Actividad: Se publicaron una media de 1,3 tuits/día. La etiqueta más utilizada fue #SegPac (Seguridad del Paciente), 514 veces. Comunidad: El tamaño de la comunidad fue de 11.296 usuarios (ratio seguidores/seguidos=3,7). El crecimiento medio mensual de seguidores resultó ser de 186, desviación estándar (DE)=139,9. Interacción: se obtuvieron 220.940 interacciones totales y la TIm fue del 6,37%. El contenido obtuvo un total de 21.005 RT (media 16,9; DE=26,7), 15.131 MG (media 12,2; DE=19,3) y 853 respuestas (0,7/tuit). Alcance: Se obtuvieron 3.470.992 impresiones totales (84.090 impresiones/mes; DE=53.844). Cada tuit propio publicado se visualizó 2.795 veces promedio. Influencia: el ratio seguidores/tuits publicados fue de 2,3. La cuenta fue incluida en 142 listas. El índice KLOUT fue 62, el índice KLEAR 61 y el valor SAS fue 68 (influencia social alta).

Limitaciones

- Las variables de influencia no son medidas exactas y pueden estar sesgadas.
- Los valores medios de cada variable sólo aportan información global, por lo que habría que estudiar cada tipo de tuits para saber cuál de ellos tiene mejor tasa de interacción.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La divulgación de información relacionada con la seguridad del medicamento es una estrategia común de todos los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) empleada para mejorar la cultura de seguridad de profesionales sanitarios y pacientes.

Twitter® permite a cualquier SFH la difusión de información relacionada con el uso seguro de los medicamentos de una manera masiva y gratuita.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

934. DISEÑO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA MÁQUINA REENVASADORA AUTÓNOMA PARA MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ESTÉRILES.

AUTORES

CERCÓS LLETÍ AC, CAMPILLOS ALONSO P, PÉREZ LABAÑA F, GIMENO DÍAZ ML, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, VENTURA CERDÁ JM, ORDOVÁS BAINES JP, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET. CALLE GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Desarrollar una solución técnica innovadora centrada en el reenvasado de medicamentos peligrosos no estériles (MPne), que permita garantizar la calidad de los medicamentos, la seguridad del manipulador y medio ambiente, minimizando los costes de inversión de las instalaciones requeridas con las nuevas directrices de seguridad.

DISEÑO

El diseño se basó en los siguientes objetivos operativos:

- Revisión de los procesos internos desde la perspectiva de la protección del manipulador. Establecimiento del riesgo de las tareas aplicando la matriz de riesgo de la Resolución CM/Res (2016) de Europa y la Guía de Buenas Prácticas de Elaboración de Medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Orientación hacia la perspectiva de protección integral (medicamento/paciente, manipulador y medio ambiente) aplicando los requerimientos técnicos contemplados en el capítulo 800 de la United States Pharmacopeia (USP-800).
- Coparticipación activa de los manipuladores propiciando la innovación centrada en las personas.
- Priorización de la actitud preventiva frente a la correctiva, aplicando la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Definición del problema: existen nuevos requerimientos de seguridad para el manipulador y medio ambiente respecto a MPne. Enumeración de los hechos.
2. Formulación del reto: incorporar las recomendaciones de protección integral y seguir trabajando en el área de reenvasado con la inversión mínima en instalaciones del entorno y la limitación de espacio existente.
3. Generación de ideas y selección interdisciplinar: diseñar una nueva máquina para reenvasar MPne autónoma (independiente de los requerimientos técnicos de las instalaciones del entorno).
4. Prototipado de la idea y protección mediante patente.
5. Conceptualización del producto: reenvasadora con un sistema acoplado de contención ventilado que cumpla con los requerimientos técnicos de USP-800 y las notas técnicas de prevención (NTP) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (NTP-1055, NTP-677, NTP-672, NTP-646). Establecimiento de un convenio de colaboración entre la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y el fabricante, con derechos de propiedad industrial e intelectual. En el diseño se tuvo en cuenta:
 - a. La naturaleza de los medicamentos.
 - b. La naturaleza de los materiales para facilitar visualización, limpieza, mantenimiento y descontaminación.
 - c. Las especificaciones de seguridad laboral al manipular el equipo.
 - d. Las condiciones de trabajo (versatilidad de operaciones) y dimensiones del puesto de trabajo.
 - e. El flujo de aire necesario para arrastre de contaminantes, ventilación y filtración del aire.

IMPLANTACIÓN

- Fase de preinstalación: generación de documentos necesarios.
- Fase de instalación: comprobación de requerimientos técnicos del equipo.



- Fase de cualificación: cualificación de la instalación, cualificación operacional/certificación, cualificación de rendimientos (validación del reenvasado, monitorización ambiental, formación/evaluación de usuarios).

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Diseño, desarrollo y fabricación de una máquina reenvasadora autónoma para MPne.

Limitaciones

No se observan.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta nueva forma de reenvasar MPne con el equipo patentado mejora la protección de manipuladores y medio ambiente, garantizando: la calidad del producto, las expectativas del manipulador y la sostenibilidad del sistema. Contempla la ventaja de poder situarse en superficies de trabajo próximas o compartidas con otras tareas, no necesita acoplamiento con equipos extractores al exterior y puede trasladarse de un emplazamiento a otro, independientemente de los requerimientos técnicos del área donde esté ubicado el equipo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1194. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICA

AUTORES

DÍEZ VALLEJO C, AGUILAR SALMERON R, NOGUÉ PUJADAS E, PÉREZ PLASENCIA A, VILA CURRIUS M, GRATACÓS SANTANACH L, CASTELLÓ NORIA A, VIÑAS SAGUÉ L
HOSPITAL DR. JOSEP TRUETA. CTRA. DE FRANCIA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Los niños hospitalizados presentan un mayor riesgo de sufrir errores de medicación, siendo las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y pediátricas (UCIP) áreas de especial riesgo.

El objetivo de la comunicación es describir las medidas implementadas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos de alto riesgo (MAR) en la UCIN y UCIP de un hospital de tercer nivel.

DISEÑO

En el año 2015, el Grupo de Errores de Medicación (GEM) del hospital elaboró un protocolo con recomendaciones para el uso de MAR, documento actualizado en 2017 con bibliografía actual y la elaboración de material formativo.

CIRCUITO Y ETAPAS

Las medidas de seguridad planteadas en UCIN y UCIP incluyeron:

- 1.-Revisión de la medicación disponible en ambas unidades.
- 2.-Identificación de la MAR y rotulación de su ubicación con etiquetas rojas con las siglas "AR".
- 3.-Inclusión en las fichas de MAR del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) Centricity® de un coloreado rojo.
- 4.-Integración en el PEA de información sobre posología, administración y otras advertencias de seguridad.
- 5.-Realización de sesiones formativas a enfermería y médicos.

IMPLANTACIÓN

A mediados de 2017 se realizaron diferentes sesiones a médicos y enfermeras para sensibilizar sobre el uso seguro de los MAR y se difundió material educativo.

Aprovechando la remodelación de la UCIN y UCIP, a finales del 2017, se procedió a la identificación física de los MAR en sus correspondientes ubicaciones. Paralelamente, se desarrolló e implementó el PEA en ambas unidades y los MAR se colorearon de forma que, al ser prescritos y administrados, se alertase al personal.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

De las 94 especialidades farmacéuticas con ubicación física en la UCIN, 21 correspondieron a MAR y fueron rotuladas en su cajón correspondiente. En la UCIP se encontraron 113 especialidades con ubicación física y 49 correspondieron a MAR. En el PEA de UCIN se incluyeron un total de 302 fichas de medicamentos correspondientes a 289 especialidades farmacéuticas de las cuales se colorearon 42 fichas como MAR (38 especialidades diferentes). En el caso de UCIP, se incluyeron en el PEA 427 fichas de medicamentos (412 especialidades) y se identificaron como MAR 61 fichas (55 especialidades).

Respecto a la fluidoterapia, de las 32 fichas incluidas en UCIN se identificaron 7 como MAR. En UCIP, de las 32 fichas, 9 fueron coloreadas como MAR.

Las consecuencias de los errores de medicación pueden ser muy graves cuando están involucrados MAR, especialmente en una población tan vulnerable como la pediátrica.

La implementación de estrategias como la PEA, la identificación de MAR y la formación y divulgación de material formativo puede minimizar pero no erradicar la incidencia de errores. Factores como la falta de especialidades farmacéuticas adecuadas a la población pediátrica, los problemas de suministro de medicamentos o la isoaparencia, entre otros, pueden contribuir a su aparición.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La identificación física es una medida de seguridad que se puede aplicar de manera sencilla. La identificación electrónica y la inclusión en los PEA de información relativa al uso adecuado de los MAR dependerá del grado de informatización de las unidades.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

849. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE)

AUTORES

FERNANDEZ POLO A, CAÑETE RAMIREZ C, GARCIA PALOP B, CABAÑAS POY MJ, CLEMENTE BAUTISTA S, JIMENEZ LOZANO I, GORGAS TORNE MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº. VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Implementar un programa de educación sanitaria y capacitación de los cuidadores para realizar tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) en pediatría.

DISEÑO

Se ha diseñado e implementado un programa multidisciplinar TADE en un hospital pediátrico universitario de tercer nivel, como una alternativa asistencial al ingreso hospitalario para el tratamiento de enfermedades infecciosas en pacientes pediátricos seleccionados que presentan diagnóstico de infección, estabilidad clínica y sin alternativa de antibiótico oral. Se ha consensuado un protocolo de educación sanitaria-capacitación de cuidadores y se ha elaborado la "Guía de administración domiciliar de antibióticos intravenosos en pediatría". Paralelamente, se han estandarizado unos kits de material para la administración del TADE

CIRCUITO Y ETAPAS

El pediatra juntamente con enfermería, valora la inclusión del paciente para TADE y lo notifican al Servicio de Farmacia. Enfermería y el farmacéutico de la Unidad de pacientes externos de Farmacia se coordinan para realizar las sesiones de educación-capacitación mediante la Guía. En Farmacia se prepara y entrega medicación y kits de material para el TADE. Tras el alta hospitalaria, el paciente acudirá a consultas de manera programada para control de vía y seguimiento del tratamiento. En todo momento, se dispondrá de atención farmacéutica telefónica para cualquier incidencia.

Etapas implementación del programa:

- Creación equipo multidisciplinar: se ha creado un grupo multidisciplinar de profesionales (2 farmacéuticas, 6 enfermeras pediátricas, 1 supervisora de enfermería, 3 pediatras, 1 enfermera de la Unidad de medicina preventiva y control de la infección, 1 miembro de la Unidad de comunicación e imagen).
- Elaboración consensuada del material educativo: en la guía se han incluido instrucciones sobre medidas higiénicas, cuidados y mantenimiento del acceso venoso, preparación-administración de los antibióticos y manejo de los dispositivos de administración. La guía ha sido redactada por el equipo multidisciplinar y revisada por personal de la Unidad de Servicios sociales-atención al paciente, psicóloga, pediatras, personal de Urgencias y cuidadores/pacientes (35 profesionales y 4 familias de pacientes).
- Selección de pacientes para TADE: se han incluido en el programa TADE pacientes pediátricos con una patología infecciosa, situación clínica estable y soporte familiar adecuado (capacidad de los cuidadores para realizar tratamiento domiciliario).

IMPLANTACIÓN

La implantación del programa de educación-capacitación del cuidador para el TADE se ha realizado de manera coordinada con el soporte de la "Guía de administración domiciliar de antibióticos intravenosos en pediatría" desde enero 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se analiza la actividad de junio-diciembre 2017. Se realizaron 28 ciclos de TADE en 22 pacientes pediátricos (50% niñas), edad mediana 11,6 años (0,4-17,9). Los principales antibióticos administrados fueron piperacilina/tazobactam (21,9%), meropenem (17,1%), ceftazidima (17,1%), ampicilina (7,3%) y teicoplanina (7,3%). Ningún paciente presentó infección de catéter ni complicaciones graves.

Las sesiones de educación-capacitación del cuidador y recursos para la gestión, preparación y dispensación de medicación y kits de material solamente son posibles en horario laborable por las mañanas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede aplicarse a todos los hospitales que dispongan de los recursos y personal formado para el TADE en pediatría.



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

171. UNA NUEVA FORMA DE COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO REMOTO DE LOS PACIENTES CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES A TRAVÉS DE LA SALUD MÓVIL

AUTORES

COLLADO- BORRELL R, ESCUDERO- VILAPLANA V, RIBED SANCHEZ A, ROMERO- JIMENEZ R, HERRANZ- ALONSO A, SANJURJO- SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Los antineoplásicos orales (ANEOS) están cambiando el perfil del paciente oncológico, dotándole de mayor autonomía, pero con nuevas incertidumbres, como la correcta administración o interacciones, que junto con un paciente más demandante, hace necesario la búsqueda de nuevas estrategias para mejorar su atención. Nuestro objetivo fue implantar un nuevo circuito basado en una aplicación móvil (app) para favorecer la comunicación y seguimiento de los pacientes en tratamiento con ANEOs.

DISEÑO

Se diseñó una app, que se estructuró en 5 módulos:

- Agenda personalizable.
- Medicación: Descripción del tratamiento completo, registro de tomas y control de adherencia.
- Autocontroles: Estado general, peso, tensión arterial y efectos adversos (EA). Se elaboró un algoritmo para que emitiera recomendaciones automáticas en función del tipo y gravedad de los EA.
- Consejos: Información sobre tratamientos, síntomas y links.
- Mensajería: e-comunicación bidireccional paciente-farmacéutico.

Toda la información se vuelca a una web para que el farmacéutico realice un seguimiento a tiempo real.

CIRCUITO Y ETAPAS

Creación de un grupo de trabajo (farmacéuticos, oncólogos y hematólogos):

- Análisis de los problemas relacionados con la medicación de los pacientes con ANEOs.
- Encuesta a los pacientes para conocer sus necesidades e interés en las app.
- Análisis de las app destinadas a pacientes con cáncer.

Tras varias reuniones y en base a los resultados de los puntos anteriores se diseñó el circuito de comunicación y seguimiento de pacientes mediante esta app.

Se evaluó el impacto de este circuito en la comunicación, seguridad y calidad de la atención.

IMPLANTACIÓN

Desde mayo 2017 se ofrece a los pacientes que inician tratamiento con ANEOs utilizar la app y ser incluidos en el nuevo circuito de seguimiento.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El 01/03/2017 se analizaron los pacientes que llevaban al menos un mes en el circuito, incluyendo 54 pacientes (51% hombres), edad media 59,6 años (SD=12,3). Tiempo medio de utilización de la app: 151 [28-284] días.

Comunicación:

El 72,2% enviaron mensajes (7,3 mensajes/paciente). Tipo de mensaje: 41,2% dudas sobre interacciones, 22,9% consultas por EA y 8,8% dudas sobre administración y dosificación.

Seguridad:

El 57,8% registraron al menos un EA, con una media de 12 (SD=19,3) EA/paciente. La media del primer EA fue a los 8,2 días (SD=10,7).

Gracias a los mensajes que enviaron los pacientes y la posterior recomendación del farmacéutico, y a las recomendaciones automáticas emitidas por la app, se derivó a 6 pacientes a su médico de cabecera, a 3 a urgencias, de los cuales ingresaron 2 pacientes, y se evitaron 4 urgencias.

Calidad de la atención:

Se realizó una encuesta de satisfacción, con un puntuación global de 9,7 (SD=0,8).

La edad podría ser una limitación de acceso de algunos pacientes al circuito. Por ello, hemos realizado modificaciones según sus comentarios y desarrollado una web con las funcionalidades de la app para llegar a más pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La salud móvil permite mejorar la eficiencia de recursos al realizar un seguimiento remoto a un mayor número de pacientes. Cada vez más pacientes usan estas tecnologías. Puesto que la app ya está diseñada y desarrollada, su aplicabilidad a otros hospitales sería sencilla; no sólo para ANEOs sino para otros tratamientos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

179. IMPRESIÓN 3D: DISEÑO DE APLICACIONES EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

RIBED SANCHEZ A, RODRÍGUEZ LOZANO G, CALVO HARO JA, PEREZ MAÑANES R, MONJE GARCIA B, MELGAREJO ORTUÑO A, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GRAL. UNIV. GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO, 46. MADRID



OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es describir la fabricación de objetos útiles para un Servicio de Farmacia mediante tecnología de impresión 3D.

DISEÑO

Se eligió para el desarrollo impresoras de escritorio que funcionan mediante deposición de filamento fundido (extrusión de un termoplástico a 200°C y construcción del objeto capa a capa). Se decidió imprimir un cortador de pastillas para cada tipo de comprimido, un soporte para las jeringas para la elaboración de nutriciones parenterales individualizadas y un pastillero personalizado para niños.

CIRCUITO Y ETAPAS

1- Se creó un equipo multidisciplinar compuesto de traumatólogos, farmacéuticos e ingenieros biomédicos. Los traumatólogos enseñaron sus aplicaciones como ejemplo y base de inspiración a los farmacéuticos. Se consensuaron las tres ideas mencionadas anteriormente.

2- Diseño 3D:

- Cortador de pastillas: se crearon diferentes modelos con los huecos necesarios acordes a la forma de cada comprimido. Su diseño se realizó paramétricamente en el software open source FreeCAD® (programa de diseño asistido por computador).
- Pastillero: se creó un modelo de caja compartimentada en 28 divisiones (7 días por 4 semanas) indicando el día de la semana correspondiente. La caja decoró con motivos de animales en la tapa mediante modelos procedentes de Thingiverse® (repositorio de modelos públicos) que luego se fusionaron con el programa de diseño 123D Design®. El modelo de la caja es personalizable, pudiendo cambiar tanto el diseño externo como las divisiones internas.
- Soporte para jeringas: se creó un estante para la colocación de jeringas en posición horizontal. Cada posición tiene un tamaño y está identificada con el nombre de los electrolitos, según el volumen a adicionar y el orden recomendado de administración según la Sociedad Española de Nutrición. El estante se creó mediante operaciones de substracción modelando las estructuras que soporten cada jeringa, con su tamaño específico. Sobre una de las superficies laterales se realizó una extrusión con el nombre de cada electrolito.

3- Impresión: Mediante el software Cura® se cambió el fichero a la extensión GCODE. Se seleccionaron la velocidad de impresión, el relleno del objeto y la construcción de soportes. Se calibró la impresora y finalmente se imprimieron los objetos en ácido poliláctico.

IMPLANTACIÓN

A partir de enero del 2017 se utilizó el laboratorio de impresión 3D del hospital que cuenta con 4 impresoras 3D de escritorio para comenzar el diseño de los objetos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

A lo largo del 2017 se terminó el desarrollo y perfeccionamiento de los 3 objetos: cortador de pastillas, pastillero y soporte para jeringas.

Si bien no es una limitación el apoyo de profesionales con manejo en la impresión 3D ha facilitado el desarrollo de los objetos para el Servicio de Farmacia. Por último, todavía nos queda camino que recorrer para llevar a cabo la impresión 3D de medicamentos y dosis individualizadas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este estudio es perfectamente aplicable a otros servicios ya que los objetos seleccionados son de utilidad para las funciones básicas de un servicio de Farmacia. Además, como tecnología se han utilizado impresoras de escritorio que son económicamente asequibles. Finalmente, es bueno que los Servicios de Farmacia aprendan y manejen esta nueva tecnología para poder incorporarla en distintos procesos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

356. NUEVAS ESTRATEGIAS PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON COMORBILIDADES Y POLIMEDICACIÓN: PROYECTO MHEART

AUTORES

GOMIS-PASTOR PASTOR M, ROIG MINGELL E, FELIU RIBERA A, MIRABET PEREZ S, FERRERO GREGORI A, LOPEZ LOPEZ L, BROSSA LOIDI V, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET, 167. BARCELONA

OBJETIVOS

El proyecto mHeart es un nuevo programa asistencial de atención integral al paciente polimedcado basado en la Salud Móvil con el objetivo principal de mejorar la adherencia terapéutica.

DISEÑO

Estudio llevado a cabo en el área sanitaria integral formada por un hospital universitario terciario. Se llevó a cabo una selección de estrategias que hubieran demostrado su eficacia en la práctica clínica, y que combinadas pudieran mejorar la ruta asistencial actual del paciente crónico polimedcado: 1. Asistencia integral por equipos interdisciplinarios; 2. Implementación de nuevas tecnologías sanitarias; 3. Implementación de intervenciones efectivas y sostenibles para el sistema (Ecological-Momentary-Intermentions).

La selección de la población trasplantada de órgano sólido como población modelo, fue en base a la elevada complejidad de las pautas farmacológicas y el impacto en supervivencia de la falta de adherencia terapéutica.



CIRCUITO Y ETAPAS

El proyecto mHeart se estructura en tres etapas de desarrollo:

1. Estudio DIPP-mHeart. Desarrollo, Integración e implementación de una herramienta mHealth para el seguimiento del Paciente crónico Polimedocado adaptado al paciente trasplantado cardíaco. Llevado a cabo durante 2014-2016.
2. Estudio Val-mHeart (2016). Validación de mHeart como herramienta de soporte a la práctica clínica. Pilotaje de 2 meses en 32 pacientes trasplantados cardíacos en 2016.
3. Ensayo clínico mHeart (Clinicaltrials.gov NCT02554578). Confirmar si el nuevo programa genera resultados consistentes y sostenidos. 2 años de duración en 136 pacientes trasplantados cardíacos. Finalizó 31/01/2018.

IMPLANTACIÓN

Actualmente la nueva ruta asistencial se encuentra implantada en la práctica clínica habitual de estos pacientes e integrada en nuestros sistemas informáticos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El estudio DIPP-mHeart dio lugar a la plataforma mHeart, página web y aplicación móvil de soporte para llevar a cabo un manejo integral de paciente con comorbilidades y polimedocado. Una encuesta a profesionales (clínicos/dirigentes sanitarios/expertos en mHealth) y pacientes nos permitió conocer potenciales limitaciones en nuestro entorno y trabajar para superarlas: 1.Calidad y Seguridad; 2.Integración; 3.Implementación, extensibilidad y coste; 4.Protección de datos confidenciales; 5.Inversión de tiempo de profesionales.

El estudio piloto Val-mHeart, confirmó que mediante la plataforma mHeart se podían identificar pacientes no adherentes y mejorar > 25% la adherencia al tratamiento (test Hayness-Sacket y Morisky-Green) en pacientes polimedocados trasplantados de órgano sólido. Además de obtener una elevada satisfacción en los pacientes, el 100% de los cuales recomendarían su uso a otro paciente.

El ensayo clínico mHeart se encuentra en fase de análisis.

Destacar que la falta de precedentes y conocimientos, la dificultad de respaldo económico para llevar a cabo innovación y el escaso avance tecnológico de los sistemas de información del área sanitaria, son algunas de las principales limitaciones a las que nos enfrentamos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El desarrollo de la plataforma mHeart se llevó a cabo con escasa información publicada y sin apenas directrices por las instituciones nacionales e internacionales. Durante este proceso hemos adquirido experiencia en el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías en la práctica clínica en colaboración con equipos interdisciplinarios. Pudiendo servir de punto de partida para otros centros que persigan el mismo objetivo de mejorar el uso y seguridad del medicamento en un entorno centrado en el paciente.



PÓSTERES EN PAPEL



COMUNICACIONES POSTER EN PAPEL

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

100. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A LA INTERACCIÓN TRIPLE WHAMMY.

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ D, SALVADOR SÁNCHEZ JJ, SÁNCHEZ SERRANO JÁ, ALARIO GARCÍA MJ, OLLO TEJERO B, LÓPEZ DELGADO Á, BUZO SÁNCHEZ JR, CALVO HERNÁNDEZ MV
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

El “triple whammy” es una interacción producida por la asociación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA-II) con diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos inhibidores de la ciclooxigenasa. El objetivo de este estudio fue analizar el efecto de la interacción “triple whammy” en el riesgo cardiovascular de los pacientes que reciben los tres medicamentos, así como los factores asociados al mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional realizado en dos Servicios de Urgencias durante el año 2016, consistente en el análisis de los eventos cardiovasculares producidos por esta combinación de fármacos. Como variable principal para medir los efectos cardiovasculares se utilizaron el diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca, ictus, síndrome coronario o infarto agudo de miocardio. Como variable secundaria se utilizaron las modificaciones en la función renal con incrementos de creatinina superiores a un 20% con respecto a su nivel basal. Se seleccionó un grupo control de pacientes (n=107) en tratamiento con diurético y ARA-II o IECA.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics. Para la comparación de proporciones se usó el test Z de comparación de proporciones. Para la valoración de variables cuantitativas se usaron los test t de Student para datos independientes y análisis de varianza para un factor. Para las variables cualitativas se usaron los test Chi cuadrado y el test exacto de Fisher.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este periodo se detectaron 93 pacientes con interacción “triple whammy”. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los diferentes grupos en cuanto al sexo, edad, y creatinina basal. El uso de la terapia “triple whammy” se asoció con un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares ($p < 0,001$) y de ingresos hospitalarios. Sin embargo, no se detectó significación estadística ($p=0,40$) en cuanto al incremento de los valores de creatinina. Un 66% de los pacientes en los que se detectó la terapia “triple whammy” acudieron a urgencias por motivo de algún evento cardiovascular. Un 34% del total de estos pacientes acabaron ingresando. El riesgo de eventos cardiovasculares está directamente relacionado con la dosis del AINE ($p=0,04$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,96$) entre AINE tradicionales e inhibidores selectivos de la COX-2. La edad y el sexo tampoco supusieron un factor de riesgo adicional ($p=0,83$ y $p=0,94$ respectivamente). Por lo tanto, los datos disponibles sugieren que el riesgo cardiovascular está más relacionado con las comorbilidades que con la edad o el género. La terapia “triple whammy” está asociada con un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, especialmente asociados a dosis elevadas de AINE. La información y concienciación sobre este efecto entre los médicos y pacientes pueden constituir una estrategia clave para la reducción e identificación de esta interacción. Todo ello puede contribuir a una disminución de la utilización de los recursos sanitarios, mejorando la calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

105. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

AUTORES

TORRES BONDIA FI, BUENO DÍEZ M, WORNER DIZ F, NAVARRO BRUGUERAS M, TORRES CORTADA G, CIRERA TORRES J, VALLEZ VALERO L, PARADA SAAVEDRA FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. AVDA. ALCALDE ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Los nuevos fármacos inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), evolocumab y alirocumab, pueden complementar el manejo de los pacientes en tratamiento hipolipemiante óptimo que no logran niveles objetivo de LDL-colesterol (LDL-c). El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos ambulatorios con alirocumab y evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo en un Hospital General Universitario del 1 de marzo de 2017 al 31 de marzo de 2018. Se incluyeron los pacientes tratados con alirocumab y evolocumab. Se creó una Subcomisión Hospitalaria de evaluación. Se diseñó un circuito de solicitud, evaluación, autorización y dispensación a pacientes ambulatorios. Se confeccionó impreso de solicitud con los datos básicos del paciente, indicación (hipercolesterolemia familiar heterocigótica/homocigótica (HFHe/Ho) y no familiar-dislipemia mixta (HnF)), prevención cardiovascular (primaria o secundaria), obesidad, hipertensión, diabetes, tabaquismo, bebedor/a, enfermedad cardiovascular establecida, LDL-c, estatina actual y dosis, otros tratamientos hipolipemiantes, dosis máxima tolerada de estatina, plasmaféresis al inicio,

intolerancia a estatinas, grado de adherencia al tratamiento hipolipemiante (valorado según datos de retirada del tratamiento hipolipemiante en Oficina de Farmacia los últimos 6 meses) y valoración cognitiva/funcional mediante escala GDS y Barthel respectivamente. Se elaboraron trípticos informativos de alirocumab y evolocumab dirigidos a pacientes ambulatorios. La eficacia se evaluó mediante la cuantificación de LDL-c (mg/dl) basal, a las 4-8 semanas, a las 12 semanas, a las 24 semanas y a las 52 semanas del inicio. La seguridad de dichos tratamientos se evaluó mediante la notificación de las reacciones adversas descritas y aplicación del algoritmo del Sistema Español de Farmacovigilancia. Se utilizaron las pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney para comparar los valores de LDL-c y los tratamientos respectivamente. Se utilizó el paquete estadístico SPSS© 22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 30 pacientes, 57 % fueron hombres. La edad media fue de 60 años. Según el medicamento, un 54% correspondió a alirocumab y un 46% a evolocumab. Según la indicación, el 43% correspondió a HFHe y un 57% a HnF. El valor basal medio de LDL-c fue de 159 mg/dl. En cuanto a la eficacia, a las 4-8 semanas del inicio, el valor medio de LDL-c se situó en 84 mg/dl, siendo menor de 70 mg/dl (60 mg/dl) a las 12 semanas. La tendencia muestra valores de 50 mg/dl y 42 mg/dl a las 24 y 52 semanas respectivamente. Las diferencias en los valores de LDL-c entre las series temporales fueron estadísticamente significativas ($P < 0.05$). Alirocumab fue más eficaz que evolocumab a la semana 12 ($P=0.021$). La reacción adversa más frecuente (3%) fue dolor de cabeza y astenia. Un 52% de los pacientes en tratamiento con inhibidores de PCSK9 estaban con ezetimibe concomitante al año de seguimiento. El 100% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento hipolipemiante.

Conclusiones

El tratamiento con inhibidores de PCSK9 se mostró eficaz y seguro al año de seguimiento. Se recomienda retirar el tratamiento concomitante con ezetimibe y/u optimizar la dosis de inhibidores de PCSK9 cuando el LDL-c sea inferior a 20 mg/dl. Dada la potencia de estos tratamientos, es necesario de estudios que evalúen la seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

212. USO SEGURO DE OPIOIDES MAYORES: RELACIÓN ENTRE TITULACIÓN DE DOSIS Y PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DOSIS MÁXIMAS

AUTORES

SIERRA SÁNCHEZ JF, GONZALEZ-CARRASCOSA VEGA T, ALCALA SOTO A, PUIVECINO MORENO C, VARAS PEREZ A, VAZQUEZ VELA V, MORA HERRERA C
HOSPITAL DE JEREZ. RONDA CIRCUNVALACIÓN. CÁDIZ

OBJETIVOS

analizar el efecto sobre la proporción de pacientes con dosis máxima de opioides mayores de la titulación de dosis de opioides mayores en un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el año 2015 se desarrolló una actividad formativa para mejorar la seguridad en el uso de opioides mayores en un área de salud de 450.000 habitantes. La titulación de opioides mayores en todos los pacientes que necesitaran iniciar tratamiento con alguno de los fármacos del grupo de forma ambulatoria se definió como uno de los estándares de seguridad. Esta formación se ofreció a médicos de atención hospitalaria y atención primaria dentro del área de salud. Como indicador de seguimiento del proceso se estableció el índice de titulación de opioides mayores (ITOM), definido como la proporción de pacientes con prescripción de morfina u oxycodona de liberación inmediata (fármacos seleccionados para realizar la titulación de dosis) del total de pacientes en tratamiento con opioides mayores. Se analizó la evolución en los siguientes indicadores entre 2014 y 2017: número total de pacientes en tratamiento con opioides mayores, ITOM, proporción de pacientes con dosis superior a 90 miligramos equivalentes de morfina (MEM). Se analizan así mismo el ITOM y la proporción de pacientes con más de 90 MEM en el año 2017 dentro de los subgrupos de pacientes que reciben tratamiento con los diferentes opioides mayores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El número de pacientes que recibieron tratamiento con opioides mayores entre 2014 y 2017 fue cada año 4.154, 5.092, 5.267 y 5.508. El ITOM anual entre 2014 y 2017 fue del 3,2%, 6,3%, 17,5% y 29,1% respectivamente, pasando de 129 pacientes potencialmente titulados en 2014 a 1.603 pacientes en 2017. La proporción de pacientes con dosis superior a 90 MEM fue 43%, 48%, 36% y 29% para cada uno de los años entre 2014 y 2017. En 2017 la proporción de pacientes con dosis mayor a 90 MEM para los diferentes opioides mayores fue en orden creciente: morfina (4%), oxycodona/naloxona (16%), tapentadol (18%) y fentanilo (83%).

Conclusiones

El incremento en el número de pacientes en tratamiento con opioides mayores se ha estabilizado en los últimos años. El uso de una estrategia de titulación de opioides mayores se ha traducido en una proporción casi diez veces superior de pacientes con potencial titulación, y una reducción de la proporción de pacientes con dosis por encima de las recomendadas, que ha pasado de la mitad a un tercio del total. Esta estrategia no ha tenido efecto sobre la dosis de fentanilo.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

517. ADECUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.

AUTORES

GÓMEZ CABALLERO EP, RUBIO CEBRIÁN B, MAÑES SEVILLA M, MAROTO GARCÍA E, BERNIAS DOMÍNGUEZ MI, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. RÍO JUCAR, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Los medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) se relacionan con un aumento de reacciones adversas y una mayor tasa de hospitalización en los pacientes mayores. El objetivo fue analizar la prescripción de los MPI en pacientes mayores de 75 años ingresados y evaluar si la intervención farmacéutica de los MPI crónicos reduce su prescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención longitudinal prospectivo realizado desde Noviembre de 2017 a Abril de 2018 en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes ingresados mayores de 75 años que tuviesen prescritos al menos un MPI. Los MPI revisados se seleccionaron en base al documento oficial elaborado por el grupo de trabajo de geriatría coordinado por la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. De los MPI disponibles en la Guía farmacoterapéutica del hospital se elaboró un texto asociado predefinido con la recomendación y alternativa farmacéutica disponible. Diariamente se localizaron a través del módulo de Unidosis del programa Farmatools®. Otras herramientas utilizadas fueron: la historia clínica electrónica Selene® y el visor de Atención Primaria HORUS® para comprobar si el paciente tenía prescrito el MPI de forma crónica o no. Para aquellos pacientes que tuviesen prescrito el MPI de manera crónica se decidió realizar una intervención farmacéutica recomendando otra alternativa más adecuada, dejando constancia en la historia clínica electrónica, dirigida tanto al facultativo especialista como al facultativo de Atención Primaria. Otras variables registradas fueron: edad, sexo, servicio clínico, tipo de tratamiento (agudo o crónico), MPI más prescrito, intervenciones farmacéuticas realizadas y grado de aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 739 pacientes en los que se prescribieron MPI, de los cuales se incluyeron 107 mayores de 75 años con media de edad de 81,25 años (DE: 5,11), dentro de este grupo un 54,21% eran mujeres. Los servicios que tuvieron más pacientes con MPI prescrito fueron Medicina Interna (39,25%), Traumatología (23,36%) y Cirugía General y Digestiva (14,02%). Un 24,30% de los pacientes tomaban MPI de forma crónica y un 75,70% se le prescribía en el hospital de forma puntual. Dentro de los tratamientos crónicos los MPI más utilizados fueron: Diazepam (23,08%), Amitriptilina (23,08%) y Fluoxetina (19,23%). En cambio, como tratamiento agudo destacaron: Dexketoprofeno (49,38%), Dexclorfeniramina (21,50%) y Diazepam (13,58%). Se realizaron intervenciones farmacéuticas en el 100% de pacientes con MPI crónico, y el 36% de éstas fueron aceptadas (prescribiendo la alternativa más adecuada o suspendiendo dicho tratamiento).

Conclusiones

Se ha detectado que la prevalencia de MPI prescritos varía dependiendo si éste tiene uso crónico (destacando antidepresivos y ansiolíticos) o uso agudo (siendo el dexketoprofeno el principal, de aquí a que una de las unidades de hospitalización que más prescriba sea Traumatología y Cirugía General y Digestiva). Dado el grado de aceptación registrado creemos necesario como medida de mejora la difusión de los MPI en nuestro hospital, haciendo énfasis en el grupo farmacoterapéutico de antidepresivos y ansiolíticos, además de una mayor comunicación con los especialistas de atención primaria en el momento de alta.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

687. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL CONSUMO DE OPIOIDES EN POBLACIÓN MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

MAYORGA BAJO I, APOLO CARVAJAL F, MARTÍN CASASEMPERE I, GONZÁLEZ MARTÍNEZ M, CAPILLA SANTAMARÍA E, ESCUDERO BROCAL A, CÁLIZ HERNÁNDEZ B, CALVO ALCÁNTARA MJ
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. EDIFICIO SOLLUBE. PLAZA CARLOS TRIAS BERTRAN 7. MADRID

OBJETIVOS

Los opioides han demostrado eficacia en el tratamiento del dolor cuando se emplean de forma adecuada, pero no están exentos de riesgos y diversos organismos alertan de que su uso se ha incrementado de forma considerable en los últimos años. El objetivo principal del estudio fue analizar la evolución a largo plazo del consumo de opioides en población mayor institucionalizada en centros sociosanitarios (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 5 años de duración (2013-2017) en el que se analizaron los datos de dispensación por receta con cargo al Sistema Nacional de Salud en 25 CSS públicos con capacidad para 6.246 residentes. Variables estudiadas: porcentaje de variación al inicio (2013) y al final (2017) del periodo estudiado y dosis diaria definida por mil habitantes y día (DHD) por principio activo (PA), forma farmacéutica (FF) y año: morfina (M), hidromorfona (H), oxicodona (O), oxicodona en combinación (OC), fentanilo de liberación rápida (FLR), fentanilo transdérmico (FT), buprenorfina (B), codeína/paracetamol (CP), tramadol/paracetamol (TP), tramadol (T) y tapentadol (TD). Se excluyeron del análisis ibuprofeno/codeína, tramadol/dexketoprofeno y meperidina por ser su consumo despreciable en comparación al resto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El consumo total de opioides se ha incrementado un 40,0% en 2017 con respecto a 2013, al analizar la variación de utilización por PA y FF se observa un incremento del 342,8% de TD; 214,8% de FLR; 192,8% de OC; 80,2% de TP; 29,5% de FT y 11,5% de H, así como una disminución del 78,5% de O; 32,1% de M; 16,1% de CP; 15,6% de B y 6,6% de T. El consumo de opioides por PA y FF fue de 1,9; 1,2; 1,2; 1,3 y 1,3 DHD de M desde 2013 a 2017 respectivamente; 0,1; 0,2; 0,2; 0,2 y 0,2 DHD de H; 0,7; 0,4; 0,2; 0,3 y 0,1 DHD de O; 1,3; 2,0; 2,7; 3,2 y 3,8 DHD de OC; 0,2; 0,2; 0,2; 0,6 y 0,6 DHD de FLR; 11,5; 12,0; 13,9; 15,0 y 14,9 DHD de FT; 6,5; 6,0; 6,2; 6,1 y 5,5 DHD de B; 0,9; 1,1; 0,9; 0,8 y 0,8 DHD de CP; 20,5; 19,9; 23,9; 30,4 y 37,0 DHD de TP; 16,4; 18,5; 18,9; 16,8 y 15,3 DHD de T; 1,5; 3,2; 4,8; 5,3 y 6,9 DHD de TD.

Conclusiones

El consumo de opioides en este grupo de población se ha incrementado aproximadamente la mitad que para población general según un informe de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el periodo 2008-2015 (84%). Los PA más utilizados fueron tramadol (solo y en combinación), fentanilo (transdérmico y de liberación rápida), B, TD y oxicodona (sola y en combinación). Es especialmente relevante el incremento en el consumo de TD, FLR y OC, así como, la disminución de M y B. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones farmacéuticas que promuevan el uso racional de los opioides evitando la cronificación de los tratamientos, la utilización fuera de las indicaciones autorizadas y el riesgo potencial de abuso, adicción o intoxicación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1015. EXPERIENCIA INICIAL CON EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9 CON LAS CONDICIONES ACTUALES DE FINANCIACIÓN EN ESPAÑA

AUTORES

PEREIRA VAZQUEZ M, CORDERO FORT A, SEIJAS AMIGO J, RODRIGUEZ MAÑERO M, SAENZ FERNÁNDEZ CA, FÁCILA FACILA L, GONZÁLEZ PEREIRA ME, PADRÓN RODRÍGUEZ B
COMPLEJO HOSPITALARIO DE ORENSE. RAMÓN PUGA, 52. OURENSE

OBJETIVOS

Los anticuerpos monoclonales que inhiben la proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) reducen el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) y han demostrado ser muy seguros y eficaces en los ensayos clínicos. Nuestro objetivo fue analizar la eficacia en el mundo real en pacientes tratados con estos fármacos según las condiciones actuales de financiación por la autoridades en España que son: LDLc > 100 mg/dl e hipercolesterolemia familiar (HF), enfermedad cardiovascular o intolerancia a las estatinas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de todos los primeros pacientes tratados con evolocumab o alirocumab en 5 hospitales diferentes en España entre Mayo y Diciembre de 2016. Se realizó una analítica basal y otra, al menos, tras 2 meses de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Detectamos 98 pacientes, de los cuales 1 no llegó a inyectarse nunca el tratamiento y 13 no tenían una segunda analítica disponible, por lo que la eficacia y seguridad fue analizada en 84 pacientes. La edad media fue 57,4 (11,4) años, el 62,2% fueron varones y el 83,7% tenían enfermedad cardiovascular. La indicación más frecuente fue la cardiopatía isquémica (CI) con LDLc > 100mg /dl (74,5%), seguida de la HF (16,3%) e intolerancia a estatinas (9,2%). El 87,7% de los pacientes estaban recibiendo estatinas y el 52,0%, además, ezetimiba. El valor medio de LDLc basal fue 158,9 (60,3) y fue significativamente superior en el grupo de HF (259,0±109,7 mg/dl). En el 65,1% se indicó evolocumab (140 mg/15días), en 34,7% alirocumab 75 mg/15días y en el restante 9,2% alirocumab 150 mg/15 días. La media de días hasta la segunda analítica disponible fue 285 días (rango IQ 93,0-310, 0). El LDLc final fue 71,7 (51,6) mg/dl, la reducción media fue de 53,7% sin diferencias entre las 3 indicaciones. No hubo diferencias en el LDLc basal entre los pacientes tratados con evolocumab vs. alirocumab pero sí en el LDLc final (52,7(38,6) vs. 94,2 (56,3) mg/dl; p < 0,01) y en la reducción porcentual de LDLc (69,4% vs. 35,1%; p < 0,01). Solo 1 paciente (1,0%) presentó un efecto secundario leve, que fue una erupción cutánea en lugar de inyección del tratamiento.

Conclusiones

El tratamiento con inhibidores de PCSK-9 con las indicaciones actuales en España es seguro y eficaz para la reducción del LDLc y existen diferencias claras en la potencia entre evolocumab y alirocumab.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1024. DISCREPANCIAS EN EL TRATAMIENTO HABITUAL DE PACIENTES QUE INICIAN MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA: IMPACTO EN LA APARICIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

AUTORES

MARTÍNEZ-CASANOVA . J, GONZÁLEZ-COLOMINAS . E, MONGE-ESCARTÍN . I, FERRÁNDEZ QUIRANTE O, LUQUE . S, CONDE-ESTÉVEZ . D, ACÍN . P, GRAU . S
HOSPITAL DEL MAR. PASEO MARÍTIMO 25-29. BARCELONA



OBJETIVOS

La receta electrónica (RE) de primaria es la fuente de consulta de la medicación habitual de un paciente más usada en el medio hospitalario. No obstante, algunos estudios han demostrado una elevada frecuencia de aparición de discrepancias. Objetivo

Evaluar la frecuencia y tipo de discrepancias entre la medicación habitual del paciente que consta registrada en la RE y la medicación que realmente toma. Analizar el impacto de estas discrepancias en la aparición de potenciales interacciones farmacológicas (pIFF) con su medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente realizado en un hospital universitario (octubre 2017-marzo 2018). Se incluyeron pacientes atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a pacientes externos que inician un fármaco MHDA de administración oral y que reciben tratamiento concomitante con algún otro fármaco.

Se recogieron los fármacos registrados en la RE (FRE) y los fármacos que el paciente realmente refería tomar (FRT), confirmados mediante entrevista en la visita de atención farmacéutica. Las discrepancias detectadas entre ambos registros se clasificaron en: discrepancia de comisión (FRE que el paciente no toma) y omisión (FRT no registrado en la RE).

Se analizó la presencia de pIFFs entre la medicación habitual del paciente y el tratamiento MHDA iniciado.

Se analizaron las diferencias en las variables recogidas (demográficas, tratamiento farmacológico y relacionadas con la asistencia sanitaria) entre los pacientes con y sin discrepancias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 100 pacientes (48% hombres) con una edad media de 61,1 años (DE=16,77). Los tratamientos MHDA iniciados fueron: antivirales frente al VHC (34%), citostáticos orales (31%), antirretrovirales frente al VIH (15%) y otros (20%).

Se detectaron 123 discrepancias en 60 (60%) pacientes: 93 (75,6%) comisiones en 50 pacientes y 30 (24,4%) omisiones en 23 pacientes. Fármacos más frecuentemente implicados en comisiones (n=93): analgésicos (20,4%), ansiolíticos (6,7%), antiácidos (5,4%), antihipertensivos (5,4%), antiinflamatorios (5,4%) y antiasmáticos (5,4%). En omisiones (n=30): antiácidos (16,7%) y antiinflamatorios (16,7%).

Seis (20%) de las 30 omisiones implicaron una pIFF con el fármaco MHDA en 6 pacientes: 4 (66,7%) pIFFs de tipo farmacocinético (aumento/disminución de niveles plasmáticos) y 2 (33,3%) farmacodinámico (potenciación efectos adversos).

Pacientes con discrepancias frente a sin discrepancias: visitados por tres o más especialistas diferentes (22(36,7%) vs 5(12,5%) (p=0,008)), ingreso hospitalario previo (22(36,7%) vs 6(15,0%) (p=0,018)) o asistencia en el servicio de urgencias (30(50%) vs 12(30%) (p=0,047)).

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes presentaba alguna discrepancia entre la medicación registrada en la receta electrónica y la que realmente estaba tomando, siendo la más frecuente la discrepancia de comisión.

En un 6% de los pacientes se detectó una interacción potencial entre un fármaco que no constaba en la receta electrónica y el fármaco MHDA iniciado.

Es fundamental la revisión exhaustiva del historial farmacoterapéutico junto a la entrevista al paciente por parte del farmacéutico hospitalario para detectar y resolver las potenciales discrepancias e impacto de las mismas.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1094. AJUSTE DE ANTIDIABÉTICOS ORALES A LA FUNCIÓN RENAL, ¿CÓMO SE ESTÁN PRESCRIBIENDO?

AUTORES

HERNANDO VERDUGO M, ENRIQUEZ OLIVAR L, IZQUIERDO MUÑOZ S, QUEIPO GARCÍA E, SÁNCHEZ SÁNCHEZ MT
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVDA. RAMÓN Y CAJAL, 3. VALLADOLID

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de antidiabéticos orales (ADO) inhibidores de la enzima dipeptidil-peptidasa 4 (DPP-4) a la función renal del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, de cinco meses de duración (Agosto 2017-Diciembre 2017). Se incluyen pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que ingresan en el hospital en tratamiento con ADO inhibidores de la enzima DPP-4: alogliptina, linagliptina, saxagliptina, sitagliptina y vildagliptina y las respectivas combinaciones con metformina. Se registraron variables demográficas del paciente: número de historia, sexo, edad, creatinina sérica (Cr), filtrado glomerular estimado (FG, ml/min/1,73 m²), calculado mediante la fórmula del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), y variables relacionadas con el tratamiento: ADO, dosis y pauta.

Para evaluar la adecuación del tratamiento a la función renal se utilizaron las fichas técnicas de cada medicamento (disponibles en <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>), el Boletín de Información Terapéutica Scaclyte nº1-2016 "Antidiabéticos en pacientes con función renal alterada" (disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es>) y el documento de consenso de la Sociedad Española de Nefrología y Medicina Familiar y Comunitaria sobre la Enfermedad Renal Crónica (disponible en <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-documento-consenso-sen-semfyc-sobre-enfermedad-renal-cronica-X0211699508005614>).

Se utilizaron los programas: Gestión de Pacientes de Unidosis de Farmatools versión 2.6, Gestión de Informes Clínicos versión 5.84, Medoracyl® (prescripción electrónica de Atención Primaria) y Microsoft Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 68 pacientes (47 hombres, 21 mujeres), con una edad media de 71,79±10,45 años, Cr media de 1,49±1,50 mg/dl y un FG medio de 72,61±38,59 ml/min/1,73 m².

Los pacientes se clasificaron en los siguientes estadios de función renal de acuerdo al FG estimado:

Estadio 1 (≥90 ml/min/1,73 m²): 20/68 (29,41%).

Estadio 2 (60-89 ml/min/1,73 m²): 21/68 (30,89%).

Estadio 3 (30-59 ml/min/1,73 m²): 16/68 (23,53%).

Estadio 4 (15-29 ml/min/1,73 m²): 5/68 (7,35%).

Estadio 5 (< 15 ml/min/1,73 m² o diálisis): 6/68 (8,82%).

Según estos datos, un 39,71% (27/68) de los pacientes presentaban un FG < 60 ml/min/1,73 m² (estadios 3-5), conocido como insuficiencia renal.

La distribución por medicamento fue:

Sitagliptina/metformina: 21/68 (30,88%)

Linagliptina: 20/68 (29,41%)

Vildagliptina/metformina: 7/68 (10,29%)

Linagliptina/metformina: 9/68 (13,24%)

Sitagliptina: 7/68 (10,29%)

Vildagliptina: 3/68 (4,41%)

Saxagliptina/metformina: 1/68 (1,48%)

Todos los pacientes en estadio 1-2 presentaron dosis y pautas correctas del ADO.

De los 27 pacientes con FG < 60 ml/min/1,73 m², 6 pacientes (en los estadios 3 y 4) no presentaban ajuste del ADO: 3 pacientes con sitagliptina/metformina (en uno de ellos metformina estaba contraindicada por FG < 30 ml/min/1,73 m²), 1 con vildagliptina, 2 con sitagliptina y 1 con linagliptina (dosis incorrecta; no necesita ajuste en insuficiencia renal).

Todos los pacientes en estadio 5 estaban en tratamiento con linagliptina en monofármaco.

Conclusiones

- Casi la mitad de los pacientes presentaron insuficiencia renal (FG < 60 ml/min/1,73 m²) en el ingreso hospitalario, de los cuales, un 22% no tenía ajustado el ADO.
- Los pacientes con peor función renal (estadio 5) estaban en tratamiento con linagliptina, único inhibidor DPP-4 que no necesita ajuste en insuficiencia renal.
- Dado que es frecuente que los pacientes con DM2 presenten insuficiencia renal y que los ADO están considerados como medicamentos de alto riesgo por el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP-España) sería conveniente tomar medidas para asegurar una adecuada prescripción.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1114. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ALARGAMIENTO QT SECUNDARIO A FÁRMACOS

AUTORES

RAMÍREZ VILARIÑO G, CASO GONZÁLEZ A, LARÍA CAMPAÑA C, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, NEBOT VILLACAMPA MJ, FERNÁNDEZ CENCERRADO L, SAINZ DE ROZAS APARICIO C
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

El síndrome de QT largo es una alteración de la actividad eléctrica del corazón. Puede tener origen hereditario o ser ocasionado por medicamentos. El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de alargamiento QT secundario a fármacos en pacientes ingresados en las unidades de Psiquiatría, Geriatría y Gerontopsiquiatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo realizado en un Hospital General de 600 camas. Se recogen los pacientes ingresados en las unidades de Psiquiatría, Geriatría y Gerontopsiquiatría un día del mes de marzo de 2018. Se obtuvo de la historia clínica electrónica: edad y sexo; valores analíticos de potasio, calcio, filtrado glomerular estimado; intervalo QT corregido (QTc); antecedentes cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio; enfermedad tiroidea; fármacos prescritos.

Los factores de riesgo considerados son: edad avanzada (≥65 años); sexo mujer; hipopotasemia (≤3,5mEq/L); hipocalcemia (< 8,0mg/dL); insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio; hipotiroidismo; insuficiencia renal (filtrado glomerular < 60ml/min).

Según la fórmula de Bazett, los valores de QTc son: normal: 400-430ms para varones, 400-450ms para mujeres; borderline: 431-450ms para varones, 451-470ms para mujeres; elevado: > 450ms para varones, > 470ms para mujeres.

La clasificación de fármacos en función del riesgo de alargamiento QT se ha hecho a partir de las tablas de CredibleMeds®. Se tomaron como fármacos de riesgo aquellos fármacos descritos con riesgo definido de alargar el intervalo QT.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizó un total de 135 pacientes, de los que 65 eran mujeres (48,1%). La edad media es de 63,5±3,7 años. 101 pacientes (74,8%) mostraban al menos 1 factor de riesgo; 53 pacientes (39,3%) presentan 2 o más. El valor medio de QTc en estos pacientes fue de 442,0±5,7 ms.

28 pacientes (20,7%) presentaron un QTc largo durante su ingreso y todos ellos tienen al menos un factor de riesgo (siendo todos mayores a 65 años); 12 de ellos (42,9%) tienen prescritos al menos un fármaco de riesgo definido de alargar QT.

Del total de pacientes, 48 (35,6%) toman un fármaco de riesgo; y 17 (12,6%) toman 2 o más. De los 71 fármacos de riesgo prescritos, los más frecuentes son: 26 prescripciones de haloperidol (36,6%), 25 de levomepromazina (35,2%). Se analizó el uso de fármacos de riesgo en pacientes con al menos un factor de riesgo. Entre las 65 mujeres, 16 (24,6%) tienen prescrito un fármaco de riesgo y 4 (6,2%) tienen 2 o más. Entre los 68 pacientes de 65 años o más, 20 (29,4%) toman un fármaco de riesgo y 7 (10,3%) toma más de uno. Tomando sólo a las mujeres de 65 años o más (34), se encontró que 14 de ellas toman al menos un fármaco de riesgo (40,3%). Alrededor de un tercio de los pacientes tienen prescritos al menos un fármaco con riesgo definido de alargar el intervalo QT. Esta proporción se mantiene entre los pacientes que presentan al menos un factor de riesgo. La intervención farmacéutica puede ser interesante en el manejo de la medicación de estos pacientes, prestando especial atención a haloperidol y levomepromazina, los cuales ocupan aproximadamente tres cuartas partes de las prescripciones de fármacos con riesgo de alargar QT.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1117. PACIENTE CRÓNICO DE NIVEL DE INTERVENCIÓN ALTO: ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN LA CONCILIACIÓN HOSPITALARIA AL INGRESO

AUTORES

DOMINGUEZ BACHILLER M, BARCIA MARTÍN MI, MARTINEZ SIMON JJ, SANZ MARQUEZ S, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORÓN. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Descripción, análisis y valoración de las recomendaciones farmacéuticas (RF) de la conciliación de pacientes clasificados como nivel de intervención alto (NIA) por la Comunidad Autónoma que ingresan o acuden a urgencias en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de 10 meses de duración (junio2017-marzo2018) de todos los pacientes NIA que ingresan o acuden a urgencias. Diariamente se identificaron en la Historia Clínica Electrónica (HCE) los pacientes NIA; fecha de ingreso, servicio, centro de salud y médico de Atención Primaria (MAP) correspondiente. Para cada paciente se realizaba una revisión sistemática comparando tratamiento domiciliario con hospitalario; utilizando como fuentes de información los programas de prescripción electrónica ambulatoria y hospitalaria, entrevista con paciente/familiares y CheckTheMeds®. El farmacéutico elaboraba un informe que incluía el tratamiento domiciliario y RF necesarias en la HCE. Variables recogidas de la HCE: edad, sexo y número de medicamentos domiciliarios. Se registraron: conciliaciones-estancias por paciente, tipo y aceptación de las RF. Los medicamentos se clasificaron por subgrupo terapéutico (SGT) según ATC-nivel3 y las RF por tipo: dosis, frecuencia, duración del tratamiento, duplicidad terapéutica, ajuste a función renal, interacción y otras. Se midió la aceptación de las RF, considerándose aceptadas cuando fueron cambiadas en la prescripción médica o informe de alta. Siguiendo el protocolo de la Comisión de Coordinación Asistencial en Farmacoterapia, se contactaba telefónicamente con el MAP cuando las RF no aceptadas eran de su competencia. Los datos fueron analizados con Excel®. Para las variables cuantitativas se calculó media/mediana y desviación estándar/rango; las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias relativas y porcentuales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 61 pacientes NIA (edad media 78.6 años (DE:9.4); 59.1% hombres). La mediana de medicamentos domiciliarios fue 12 (rango:5-18) y la media de estancias/paciente fue 1.3 (DE:0.6), realizándose 81 conciliaciones. Los pacientes se conciliaron en los servicios de: urgencias (47%); medicina interna (29.7%); neumología (8.7%); nefrología (7.4%); traumatología (2.4%) y otros (4.8%). En 16 conciliaciones (19.7%) no se realizó ninguna RF, en las 65 restantes (80.3%) se realizaron 148. Los tipos fueron: 48.6% omisión, 20.3% dosis, 6% frecuencia, 3.4% duplicidad, 2.8% ajuste a función renal, 2% interacción, 1.4% duración y 15.5% otras. Cabe destacar que un 9.7% de las RF por omisión fueron medicamentos de alto riesgo y que solo 8 SGF suponen el 50% de las RF: 8.8% inhibidores-de-la-bomba-de-protones (IBP), 8.1% fármacos para hipertrofia-benigna-próstata, 7.4% hipocolesterolemiantes, 6% fármacos del sistema-renina-angiotensina-aldosterona, 5.4% antitrombóticos, 5.4% hipnóticos/sedantes, 5.4% preparados de hierro y 4% insulinas y análogos. El 69.6% de las RF fueron aceptadas. Se contactó con el MAP en tres casos: por disminución de dosis de lormetazepam, atorvastatina y por no recomendación de fluoxetina, siendo todas aceptadas. En la mayoría procesos de conciliación se emitió al menos una RF siendo omisión el tipo más frecuente e IBP el SGF más implicado. Los datos reflejan la importancia del farmacéutico hospitalario formando parte del equipo multidisciplinar y la necesidad de comunicación directa con el MAP. El elevado grado de aceptación de las RF pone de manifiesto la buena acogida del plan de conciliación farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1169. FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA: PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN

AUTORES

CALABOZO FREILE B, BARBADILLO VILLANUEVA S, MARQUINA VERDE C, ENCINAS MANGAS MC, IBÁÑEZ RODRÍGUEZ MC, PUENTE GARCÍA M, CERUELO BERMEJO J, MARTÍN SOBRINO N
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN. PASEO ZORRILLA, 1. VALLADOLID

OBJETIVOS

El uso inadecuado de fentanilo de liberación rápida (FLR) es cada vez mayor y es motivo de preocupación por su relación con casos de abuso y/o dependencia. Su prescripción se inicia fundamentalmente en el hospital y se continúa en atención primaria. El objetivo es adecuar su uso en una Comunidad Autónoma.



DISEÑO

Estrategia de actuaciones coordinadas en diferentes ámbitos asistenciales. Incluye: identificar los pacientes con FLR -sistema información recetas-; revisar el cumplimiento de criterios de uso; prevenir casos de abuso potencial y optimizar todo el tratamiento opioide.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Elaborar los criterios de uso de FLR en el Comité Técnico Asesor del Dolor.
2. Definir las situaciones clínicas susceptibles de optimización:
 - Dolor no oncológico. No indicado.
 - Dosis altas de fentanilo de liberación rápida (más de 2 dispositivos al día posible adicción). Uso continuado indica analgesia mal controlada.
 - Sin opioide de mantenimiento
 - Dosis altas de opioides de mantenimiento. En dolor crónico no oncológico dosis \geq a 150 mg de morfina, 75 mcg/h fentanilo transdérmico o dosis equipotentes de otros opioides.
 - Asociación opioides y benzodiazepinas.
3. Diseñar un informe predefinido para identificar los pacientes objeto de intervención en cada área de salud.
4. Revisar la historia clínica y proponer intervenciones de mejora al médico prescriptor.

IMPLANTACIÓN

La descripción de la estrategia y el informe predefinido se envía a todos los servicios de farmacia (SF) y direcciones médicas de atención primaria y hospitalaria. Se difunde la estrategia a las unidades del dolor, a los servicios hospitalarios implicados (traumatología, oncología, rehabilitación, urgencias, medicina interna, cirugía,...) y a todos los médicos de familia. En cada área de salud se coordina y define el circuito de revisión del tratamiento, comunicación de intervenciones y derivación de pacientes a las unidades de dolor.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se identifican 701 pacientes (diciembre 2017-febrero 2018) con prescripciones de FLR, 83% más que en el año anterior (383 pacientes). La variabilidad entre áreas es elevada. El 18% no tienen pautado un opioide de mantenimiento y el 25% tiene prescrita concomitantemente una benzodiazepina.

168 pacientes (24%) consumen 2 o más dispositivos de media al día (\geq 180 en 3 meses); 110 usan 3 o más y 39 superan los 5 dispositivos/día.

Se realiza formación (sesiones o reuniones) con los servicios clínicos implicados en la prescripción de opioides.

Todas las áreas envían a los médicos de familia un listado con los pacientes que requieren revisión de su tratamiento y las intervenciones propuestas.

Hasta ahora, 4 áreas de salud han establecido circuitos de derivación a las unidades de dolor para los casos graves de adicción a fentanilo y otros opioides.

Limitaciones

El sistema de información de receta no permite diferenciar entre dolor oncológico y no oncológico, por lo que es necesario revisar la historia clínica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Para poder extrapolar el modelo definido, facilitar su difusión y reforzar la estrategia, es fundamental:

La definición coordinada y centralizada de los criterios de uso e intervenciones para transmitir un mensaje unívoco en todos los ámbitos.

El apoyo de un Comité Técnico de Dolor multidisciplinar.

La actuación coordinada de farmacéuticos - primaria, hospital e inspección- y prescriptores.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

55. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES TROMBOPROFILÁCTICAS EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZÁLEZ GARCÍA J, GARCÍA GIL S, RAMOS RODRÍGUEZ J, CALZADO GÓMEZ G, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una patología con una alta incidencia. Generalmente se presenta de forma espontánea y su riesgo de aparición está condicionado por ciertos factores de riesgo, de ahí la importancia de valorar los mismos y establecer las pautas correctas de profilaxis. Por tanto, el objetivo del presente estudio es analizar el grado de adecuación de la profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes ingresados en el servicio de neurología en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de dos meses de duración (diciembre de 2017-febrero de 2018) realizado en la unidad de neurología de un hospital de tercer nivel.

El análisis de la necesidad y adecuación de la profilaxis de la ETV se realizó en base a las recomendaciones recogidas en la guía de práctica clínica sobre la prevención de enfermedad tromboembólica PRETEMED 2007. Los pacientes fueron



clasificados en función del riesgo de enfermedad tromboémbolica: bajo riesgo (sin necesidad de profilaxis con HBPM); riesgo intermedio (necesidad de HBPM a dosis bajas) y alto riesgo (necesidad de HBPM a dosis altas). Los datos clínicos necesarios para el cálculo de riesgo ajustado fueron extraídos a partir de la historia clínica electrónica almacenada en el software SAP®.

Del estudio fueron excluidos todos aquellos pacientes que recibían tratamiento anticoagulante por cualquier motivo, presencia de hemorragia activa u otra contraindicación de utilización de HBPM y/o mal pronóstico a corto plazo (esperanza de vida inferior al mes).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se registraron 183 ingresos, de los cuales 75 fueron excluidos por alguno de los motivos descritos anteriormente, incluyéndose en el análisis final 108 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 65'6 años (DE 16'6) y el 57'4% eran varones. De la población analizada, el 65'7% (n=71) fueron considerados pacientes de alto riesgo de ETV, el 4'6% (n=5) de riesgo medio y el 29'6% (n=32) de bajo riesgo.

En el 63% de los pacientes (n=68), la profilaxis de ETV no fue adecuada. De éstos, el 66'2% (n=45) correspondía a pacientes con riesgo tromboembólico elevado, todos ellos tratados con HBPM a bajas dosis; el 17'6% (n=12) fueron pacientes con bajo riesgo de ETV que recibían tratamiento profiláctico con HBPM; un 14'7% (n=10) era debido a la falta de profilaxis en pacientes con un riesgo alto; y a un 1'5% (n=1) se le pautó HBPM a altas dosis presentando un riesgo ajustado medio.

Los resultados de este estudio muestran como la profilaxis de ETV es inadecuada en un porcentaje elevado de pacientes en nuestro entorno. El correcto conocimiento de las patologías a la hora de prescribir/validar los tratamientos nos permitirá, corregir estas discrepancias con las recomendaciones actuales, y reducir, al menos potencialmente, los eventos tromboémbolicos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

231. DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

AMORÓS REBORDO P, MESTRES MIRALLES C, PUERTA BRAVO L, AGUSTÍ SASTRE A, LLAGOSTERA PUJOL B, HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ M
GRUP MUTUAM. PLAÇA DE LES VAQUES S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son una de las principales causas de hospitalización y constituyen un problema sanitario. Aunque existen sistemas de notificación de RAM, solo algunas se notifican y puede que muchas no se lleguen a sospechar. En los últimos años, se han propuesto diferentes escalas para evaluar el riesgo de RAM en pacientes geriátricos.

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de RAM en centros de atención intermedia para poder desarrollar estrategias preventivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado en dos centros de atención intermedia entre los meses de noviembre de 2017 y enero de 2018. Los dos centros incluyen pacientes de convalecencia, de larga estancia y de residencia, con un total de 114 camas y 120 camas en cada centro. Para detectar RAM se utilizó un sistema de alertas basado en la presencia de algunos medicamentos, parámetros de laboratorio y/o síntomas clínicos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en plazas sociosanitarias a los que se sospechó una RAM. Se excluyeron los pacientes de residencia. Para determinar la causalidad de la reacción, se utilizó el algoritmo de Naranjo. Las escalas de "Brighton Adverse Drug Reaction Risk" (BADRI) y "Geriatric ADE Risk Score" se aplicaron a todos los pacientes incluidos. Se recogieron variables demográficas, farmacológicas y clínicas a partir de la información disponible en la historia clínica electrónica. Para evaluar los resultados se utilizó Microsoft Excel 2013®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante un período de 63 días se sospecharon un total de 51 RAM en 27 pacientes (16 de convalecencia y 11 de larga estancia), que representaban el 28% de los pacientes ingresados. La media de edad de los pacientes fue de 79 años (rango de 60 a 91 años), 14 fueron mujeres (52%), con un índice de Barthel promedio de 38 (0-100), que tomaban de media 11 fármacos por paciente (3-18 fármacos) y que llevaban ingresados un promedio de 44 días (3-183 días). Utilizando el algoritmo de Naranjo, se confirmaron 26 RAM en 8 pacientes distintos, que significaban el 8.4% de los pacientes admitidos. Con las escalas de BADRI y "Geriatric ADE Risk Score" se habrían detectado el 44% y el 74% de los pacientes con riesgo de RAM, respectivamente.

Los pacientes están en riesgo de RAM en centros de atención intermedia y los farmacéuticos podemos intervenir en la detección de estas. Un sistema de alertas es útil para sospechar RAM y poder desarrollar estrategias preventivas para mejorar la seguridad de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

284. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES

ZAFRA MORALES R, NEBOT VILLACAMPA MJ, CASO GONZÁLEZ A, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, MARÍN GORRICO R, CASAJÚS NAVASAL A, HURTADO GÓMEZ MF
HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO. C/ PIQUERAS, 98. LA RIOJA



OBJETIVOS

Cuantificar y tipificar los medicamentos peligrosos que se utilizan en el hospital, como paso previo a la elaboración de una guía de manipulación de los mismos y al estudio de los materiales e instalaciones necesarias para asegurar el cumplimiento del Documento Técnico sobre Medicamentos Peligrosos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han recogido la totalidad de las dispensaciones de medicamentos realizadas en el año 2017 por el servicio de farmacia de un hospital general de tercer nivel con 630 camas.

Se han clasificado los medicamentos de acuerdo al documento del INSHT, registrando: especialidad dispensada, principio activo, vía de administración, número de unidades dispensadas y nivel de riesgo según el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

Para extraer la información sobre las dispensaciones, se ha utilizado el programa de dispensación en dosis unitarias (APD-ATHOS-Prisma®) y para el registro y la realización de los cálculos se ha utilizado el programa Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el año 2017 se dispensaron 853 principios activos, de los cuales 168 (19,70%) se consideran peligrosos.

Clasificados según la vía de administración tenemos: 81 vía oral (48,21%), 66 vía parenteral (39,29%), 19 con especialidades para ambas vías (11,31%) y 2 para otras vías (1,19%). En cuanto al nivel de riesgo según el NIOSH tenemos: 101 de nivel 1 (60,12%), 33 de nivel 2 (19,64%) y 34 de nivel 3 (20,24%).

En cuanto a especialidades, se dispensaron 1678, de las cuales 275 (16,39%) se consideran peligrosas. Clasificadas según la vía de administración tenemos: 168 vía oral (61,09%), 103 vía parenteral (37,45%), y 4 para otras vías (1,45%).

En cuanto al nivel de riesgo según el NIOSH tenemos: 139 de nivel 1 (50,55%), 73 de nivel 2 (26,55%) y 63 de nivel 3 (22,91%).

Si tenemos en cuenta el número total de dispensaciones, se realizaron 11.597.715, de las cuales 747.883 (6,45%) fueron de un medicamento considerado peligroso. Clasificadas según la vía de administración tenemos: 717.934 vía oral (96,00%), 27.370 vía parenteral (3,66%), y 2579 para otras vías (0,34%). En cuanto al nivel de riesgo según el NIOSH tenemos: 172.382 de nivel 1 (23,05%), 286.871 de nivel 2 (38,36%) y 288.630 de nivel 3 (38,59%).

De las 100 especialidades más dispensadas, sólo 6 se consideran peligrosas y suponen el 32,06% de las dispensaciones de medicamentos peligrosos. Todas ellas son por vía oral y solamente una de nivel de riesgo 1 (capecitabina 500mg comprimidos).

Conclusiones

Pese a que casi el 20% de los principios activos utilizados en el hospital se consideran peligrosos según el documento del INSHT, esto sólo supone el 6,45% de las dispensaciones anuales. Además, únicamente el 23,05% de las mismas se clasifican con un nivel de riesgo 1.

El 96% de las dispensaciones de medicamentos peligrosos son para la vía oral, por lo que habrá que poner especial atención a este tipo de medicamentos a la hora de elaborar guías y realizar inversiones, así como tenerlo en cuenta para poder instruir a profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores sobre su correcta manipulación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

317. MEDICAMENTOS PELIGROSOS: INVOLUCRANDO A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL

AUTORES

CRESPO MARTINEZ CL, VAZQUEZ REAL M, PADRON CASTILLA D, HERRERA ARMAS S
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE. CALVARIO Nº 4. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Identificar los medicamentos peligrosos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, fomentar el conocimiento en el hospital de estos medicamentos e implantar las medidas de prevención adecuadas.

DISEÑO

Desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria se elaboró un plan de gestión de riesgos, en el que se pretendía identificar los fármacos incluidos en las listas de medicamentos peligrosos del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional y las recomendaciones al respecto, para luego adaptarlo a la guía / presentaciones del hospital. Como punto central, identificamos la formación del personal implicado en el manejo de estos medicamentos como un pilar fundamental para el éxito del plan.

CIRCUITO Y ETAPAS

De enero a marzo 2018 se revisó la bibliografía sobre medicamentos peligrosos. Según si el fármaco pertenecía a la lista I, II o III del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional se adaptaron las medidas a nuestro centro. Se identificaron los Equipos de Protección Individual más adecuados, adquiriendo los necesarios. Se identificaron los medicamentos peligrosos en los distintos servicios hospitalarios y en los armarios automáticos de dispensación, y en el servicio de farmacia hospitalaria se ubicaron en una estantería exclusiva para ellos. Fueron identificados con etiquetas de colores en sus cajetines con el nombre del fármaco, la leyenda “Medicamento citotóxico”, “Medicamento peligroso” o “Riesgo reproductivo” (según la clasificación), y las recomendaciones de preparación y administración. Se realizó curso en el mes de marzo para todas las categorías profesionales en el que se abarcaban todos los puntos críticos de preparación, administración y eliminación de medicamentos peligrosos. Finalmente, se elaboró el protocolo de uso que se publicó en la intranet del hospital.



El circuito final consta de pedidos a laboratorio identificados por el farmacéutico como medicamentos peligrosos, recepción, almacenamiento y dispensación por el personal de farmacia con las medidas adecuadas; almacenamiento en los servicios hospitalarios identificados con etiquetas especiales; preparación, administración y eliminación de residuos de acuerdo a las recomendaciones.

IMPLANTACIÓN

La implantación de las medidas se realiza de forma progresiva, en el entorno temporal de la primera edición del curso de forma que gran parte del personal ya conozca las medidas que se estaban adoptando.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

De la guía farmacoterapéutica del hospital, se identificaron en total 26 fármacos (2 de la lista I, 10 de la lista II y 13 de la lista III), que formaban en total 32 medicamentos de diferentes formas farmacéuticas, siendo uno de ellos retirado de la guía e incorporando una nueva presentación en solución oral. También se realizaron los procedimientos normalizados de trabajo de dos fórmulas magistrales para evitar tener que fraccionar comprimidos. Aceptación mayoritaria y aplaudida por todo el personal del hospital.

Al ser un hospital de pequeño tamaño, la guía farmacoterapéutica y el volumen de medicamentos son reducidos, por lo que en hospitales de gran número de camas puede que todas las medidas llevadas a cabo no puedan implantarse.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento es fácilmente realizable en otros Servicios de Farmacia con tamaño similar al nuestro, en el que la información llega más rápidamente que en centros hospitalarios de mayor tamaño.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

917. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS ERRORES DE DOSIFICACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA PARENTERAL

AUTORES

HERNÁNDEZ GRISO M, PORTA OLTRA B, MOYA GIL A, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA DE GASPAR AGUILAR, 90, CP 46017. VALENCIA

OBJETIVOS

Identificar y cuantificar el impacto de diversas variables relacionadas con el medicamento, el profesional y el entorno de trabajo, en el riesgo de cometer un error de dosificación durante la preparación manual de quimioterapia parenteral con control gravimétrico.

MATERIALES Y MÉTODOS

-Ámbito: hospital general dotado de una Unidad de Oncología Farmacéutica que elabora anualmente 17.000 preparaciones parenterales de antineoplásicos y fármacos soporte.

-Diseño: estudio observacional prospectivo de 2 meses de duración (11/12/2013-03/02/2014).

-Criterios de inclusión/exclusión: se incluyeron las preparaciones de quimioterapia parenteral elaboradas con control gravimétrico. Se excluyeron las elaboradas sin soporte tecnológico, las multicomponente, las recicladas y las compuestas por fármacos sin densidad asignable.

- Variable dependiente: presencia de error de dosificación de fármaco (Sí/No). Se consideró error una desviación de dosis preparada > 5 % respecto a la dosis prescrita.

-Variables independientes:

- Características de la preparación: volumen objetivo (Vobjetivo) de fármaco (> 10 mL, 5-10 mL y < 5 mL), capacidad nominal (Vnominal) de la jeringa utilizada en la elaboración (= 10 mL o ≠ 10 mL), adecuación de la capacidad de la jeringa al volumen objetivo del fármaco (selección de jeringa incorrecta si Vobjetivo < 0,5 x Vnominal jeringa) y tipo de acondicionamiento final de la preparación (jeringa o bolsa de diluyente)

- Factores relacionados con el preparador: experiencia > 1 año.

- Factores relacionados con el ambiente de trabajo: turno de trabajo (1º, 2º y 3º turno en jornada ordinaria)

- Análisis estadístico. Para cada variable se calculó el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%), del riesgo de error de dosificación mediante un modelo de regresión logística, con el paquete estadístico SPSS v.20. Se realizó un análisis univariante para identificar factores con una fuerza de asociación relevante ($p < 0,15$). Posteriormente, en el análisis multivariante, se determinaron los factores de riesgo estadísticamente significativos en el modelo final ($p < 0,05$ e IC95% del OR que no comprende el 1).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 941 preparaciones (24,8% del total elaboradas), en las que se interceptaron 22 errores de dosificación mediante control gravimétrico (2,3%).

El único factor de riesgo que resultó estadísticamente significativo (en el análisis univariante y multivariante) fue el volumen objetivo de fármaco a preparar, siendo mayor el riesgo para volúmenes inferiores a 10 mL: OR (V5-10mL respecto a V > 10mL) de 5,95 (IC95%: 2,33-16,18; $p=0,033$) y OR (V < 5mL respecto a V > 10mL) de 2,99 (IC95%: 1,07-8,32; $p=0,037$).

La utilización de jeringas de 10 mL en la preparación, resultó un factor de riesgo sólo en el análisis univariante. En el multivariante, el OR calculado fue de 0,96 (IC95%: -1,10-6,64; $p=0,988$)

El resto de los factores no obtuvieron la significación estadística en el análisis univariante.

Conclusiones

La integración de un control gravimétrico en la preparación de quimioterapia parenteral permite interceptar errores de dosificación a tiempo real y analizar los posibles factores de riesgo asociados a su ocurrencia. La preparación con



volúmenes bajos de quimioterapia (5-10 mL ó < 5 mL) lleva asociada un mayor riesgo de error, como consecuencia, probablemente, de la mayor imprecisión de las herramientas de medida seleccionadas para cada volumen (jeringas).

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1330. REGISTRO Y EVALUACIÓN DE HEMORRAGIAS EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

YUSTE GUTIÉRREZ ÁM, MENDOZA ACOSTA I, ALVAREZ NONAY A, LAVANDEIRA PEREZ M, HERRILLO SANCHEZ DE OCAÑA P, BLANCO CRESPO M, HORTA HERNANDEZ A, JUAREZ SALCEDO LM
HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia y características de los trastornos hemorrágicos (TH) diagnosticados en el hospital en los pacientes tratados con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): apixabán, dabigatrán, rivaroxabán y edoxabán en un área de salud de enero a septiembre de 2017.
- Evaluar la adecuación de la prescripción de los ACOD en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y descriptivo de enero a septiembre de 2017 que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con ACOD. Los datos se obtuvieron del programa de facturación de recetas Digitalis®. A partir del conjunto mínimo básico de datos de urgencias, proporcionado por el servicio de documentación del centro, se analizaron los pacientes tratados con ACOD que acudieron a urgencias por un TH (hemorragias o defectos en la coagulación). Para evaluar la adecuación de la prescripción de los ACOD, se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®: edad, sexo, tipo y dosis de ACOD y filtrado glomerular (FG) CKD-EPI de los pacientes. Se valoró el ajuste posológico debido a la edad (APDE) y en insuficiencia renal (IR) según ficha técnica (FT). Es necesario ajuste posológico de dabigatrán y edoxabán en pacientes con IR moderada (FG < 50ml/min) y de apixabán y rivaroxabán en pacientes con IR grave (FG < 30ml/min). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se seleccionaron 1056 pacientes, de los cuales 641(61%) eran hombres. 515 (49%) pacientes estaban tratados con apixabán, 255 (24%) con dabigatrán, 205 (19%) con rivaroxabán y 81 (8%) con edoxabán. Durante el período de estudio, se ha observado una prevalencia de TH en pacientes con ACOD de 48 (5%) con una mediana de edad de 82 años (RIC: 71,5-85,5). De estos TH, los más comunes han sido: 14 (29%) gastrointestinales, 5 (10%) relacionados con el sistema nervioso, 2 (4%) respiratorios y 2 (4%) relacionados con un procedimiento dermatológico. Además, 8 (17%) pacientes presentaban un defecto en la coagulación.

De los pacientes que ingresaron con diagnóstico de TH durante el periodo de estudio, 31 (65%) estaban en tratamiento con apixabán. 11 (23%) con dabigatrán y 6 (12%) con rivaroxabán.

3(30%) pacientes tratados con dabigatrán que ingresaron con diagnóstico de TH, tenían contraindicado este tratamiento por presentar IR grave (FG < 30ml/min).

4(11%) pacientes tratados con apixabán que ingresaron con diagnóstico de TH, no habían recibido APDE. Y 1(20%) no lo había recibido en el caso del rivaroxabán.

Conclusiones

Apixabán fue el ACOD más prescrito y presentó la mayor prevalencia de TH. El sangrado gastrointestinal fue el más frecuente y se relaciona con los datos publicados en los estudios pivotaes de los ACOD.

Las prescripciones de ACOD en los pacientes que presentaron TH no se ajustaron a la posología recomendada en FT en uno de cada seis episodios.

Como limitaciones del estudio, se desconoce si los grupos de tratamiento eran comparables, pudiendo existir un sesgo en los diagnósticos debido a la heterogeneidad de las poblaciones.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

109. ESTABILIDAD MICROBIOLÓGICA DE CLOBAZAM 1 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL PARA LA ADMINISTRACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN CURAS PALIATIVAS

AUTORES

MARTÍN MARQUÉS M, DE DIOS LÓPEZ A, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, NAVARRO CARMONA JM, GÓMEZ BERTOMEU FF, RECIO COMÍ G, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Determinar la estabilidad microbiológica a 24 semanas de una suspensión oral de clobazam 1mg/mL conservada tanto a temperatura ambiente (15-25°C) como en nevera (2-8°C) destinada al tratamiento de la epilepsia en pacientes pediátricos paliativos atendidos desde la Unidad de Atención Farmacéutica al Paciente Externo.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó la bibliografía publicada para establecer la guía de elaboración y se determinó la Matriz de riesgo para preparados no estériles según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para establecer la validez microbiológica de la fórmula magistral.

A raíz de los datos obtenidos, se prepararon 6 lotes diferentes en sala blanca en la zona de preparación de no estériles de una suspensión oral de clobazam 1 mg/mL a partir de los comprimidos de 20 mg comercializados en España dispersados en una mezcla formada por Ora Sweet® Sugar Free y Ora Plus® a partes iguales. Las suspensiones elaboradas fueron envasadas en frascos de vidrio topacio y 3 de los lotes fueron conservados a temperatura ambiente (15-25 °C) y los 3 lotes restantes se conservaron en nevera (2-8°C). Diariamente, se abrían los diferentes frascos sin emplear equipo de protección individual durante 3 minutos para simular el uso habitual de las suspensiones en el ambiente doméstico. Bisemanalmente, desde la semana 0 hasta la semana 24 se recogieron muestras (2,5 mL) de cada uno de los lotes para su posterior cultivo.

El análisis microbiológico de los distintos lotes se realizó en el Servicio de Microbiología de nuestro centro siguiendo la Farmacopea Española. Con la muestra remitida desde el Servicio de Farmacia de 2,5 mL se sembró, por siembra directa, 1 mL en un medio líquido de hidrolizado de caseína de soja que se mantuvo a temperatura ambiente y 1 mL en un medio líquido de tioglicano que se incubó en estufa a una temperatura de 35°C.

Cada una de las alícuotas (12 por cada tiempo de estudio) fue analizada a los 7 y 14 días para detectar signos macroscópicos de proliferación microbiana. El criterio para establecer la esterilidad del producto fue la ausencia de signos de proliferación microbiana (turbidez) a los 14 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La matriz de riesgo calculada fue BBBABA que, para preparaciones acuosas de administración oral, establece un periodo de validez de 14 días a temperatura entre 2-8°C.

Tras el periodo de incubación en ambos medios de cultivo, medio líquido de hidrolizado de caseína de soja y medio líquido de tioglicano, no se observaron signos de proliferación microbiana a los 14 días del cultivo en ninguna de las 156 muestras analizadas (12 muestras en 13 tiempos).

Conclusiones

- La suspensión de clobazam 1 mg/ml conservada tanto a temperatura ambiente como en nevera fue estable microbiológicamente durante 24 semanas. El presente estudio nos permitió ampliar el periodo de validez asignado a esta preparación
- El incremento en la estabilidad permite una optimización de los recursos tanto del centro sanitario como del paciente y sus familiares.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

200. TRATAMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON FACTORES DE COAGULACIÓN EN PACIENTES CON HEMOFILIA GRAVE

AUTORES

BILBAO GÓMEZ-MARTINO C, ROMERO GARRIDO JA, MORENO PALOMINO M, LUCENA MARTÍNEZ P, JIMÉNEZ NÚÑEZ C, ÁLVAREZ CRIADO J, SOBRINO JIMÉNEZ C, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con hemofilia grave tratados con profilaxis con factores de coagulación (FC) mediante dos métodos indirectos: uno objetivo y otro reportado, y comprobar su concordancia. Conocer el número de pacientes en profilaxis frente a los tratados a demanda y sus características.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desarrollado en un hospital con Unidad de referencia para Coagulopatías Congénitas. El estudio incluyó a pacientes con hemofilia grave, mayores de 12 años que hubiesen recibido tratamiento con FC durante al menos los 12 meses previos a su inclusión. El periodo de reclutamiento fue de 3 meses (10/01/2018-10/04/2018). Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de hemofilia, tipo de tratamiento y FC dispensado. Los pacientes fueron reclutados al recoger su tratamiento en la consulta de Atención Farmacéutica especializada del Servicio de Farmacia. A los pacientes en profilaxis se les hizo entrega de una versión en castellano del test de adherencia validado internacionalmente y específico para hemofilia VERITAS-pro, que podían contestar en el acto o devolver en su próxima visita. Su identidad fue codificada y el test anonimizado. Los tests fueron evaluados conforme a los criterios de puntuación publicados por un grupo de estudio español y uno estadounidense. Se calculó la adherencia de cada paciente con las dispensaciones de Farmacia de los últimos 12 meses, registradas en el programa de dispensación. Las adherencias superiores al 100% se trataron como valor=100%. Se determinó el porcentaje de pacientes con mala adherencia según los valores de corte propuestos para cada método. Para el registro de variables y análisis estadístico se utilizó Microsoft Office Access® y Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 120 pacientes, todos varones, con mediana de edad de 29 años [RIC:19-36]. 82,5% tenían hemofilia A y 17,5% hemofilia B. 86,7% eran tratados con esquemas de profilaxis con FC mientras que 13,3% seguían pautas a demanda. La mediana de edad de los pacientes en profilaxis fue 27 años [RIC:18-34] y en demanda fue 44 años [RIC:35-56].



En la profilaxis, la mediana de adherencia objetivada en las dispensaciones de Farmacia fue 96% [RIC:75%-100%], donde el 25% de pacientes presentaban adherencias inferiores a 75%. 68 pacientes completaron el test VERITAS-pro, siendo la media de puntuación 38,5±10,6. 33 pacientes (48,5%) superaron el punto de corte español indicador de mala adherencia (≥ 38 puntos), mientras que sólo 6 pacientes (8,8%) superaron el corte propuesto por el grupo americano para el mismo test (≥ 57 puntos).

Conclusiones

La profilaxis con FC es más habitual que el tratamiento a demanda en nuestros pacientes, especialmente en los más jóvenes. Un grupo notable de pacientes hemofílicos presentan mala adherencia, a pesar de la gravedad de la enfermedad y la especialización de la atención farmacéutica proporcionada. Los datos obtenidos de adherencia son dispares según el método empleado, y la calificación de mal adherente difiere entre los dos criterios para valorar el test VERITAS-pro. El punto de corte americano reporta adherencias más positivas que el español, mientras que la resultante de las dispensaciones se sitúa casi equidistante entre ambos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

508. ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I

AUTORES

GRAS COLOMER E, MARTÍNEZ GOMEZ MA, EDO SOLSONA MD, MARCOS RODRÍGUEZ JA, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar y comparar los resultados clínicos evaluados por el profesional y los resultados de calidad de vida y dolor percibidos por el paciente con enfermedad de gaucher tipo I (EG1) en tratamiento con terapia enzimática sustitutiva (TES).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio postautorización prospectivo multicéntrico cuasi-experimental de 24 meses de duración, autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EG1 en tratamiento con TES. Parámetros de resultado clínico: la respuesta al tratamiento se definió según los criterios de Pastores et al. y se consideró respuesta óptima si el paciente cumplían 5/6 de los criterios clínicos (Hemoglobina $\geq 11,0$ g/dL mujeres, $\geq 12,0$ g/dL hombres; plaquetas $\geq 120 \times 10^9/L$; volumen esplénico < 5 veces valor normal; volumen hepático $< 1,25$ veces valor normal; quitotriosidasa < 600 nmol/mLxh; disminución del dolor y sin crisis óseas). Las escalas globales de enfermedad se categorizaron según la media de puntuación de los pacientes en el estudio: escala de gravedad de la EG1 de Zimran se categorizó como leve (0-2puntos) y moderada-grave (> 2 puntos); el índice de puntuación de gravedad de la Enfermedad de Gaucher Tipo I (GauSSI-I) se categorizó como leve (0-4puntos) o moderada-grave (> 4 puntos).

Parámetros de resultado percibido por el paciente: cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36v2 [valoración de la función física (SF36-Física) y de la función mental (SF36-Mental)] normalizado por la población española (puntuación inferior y superior a 50 indican peor o mejor calidad de vida que la población de referencia) y la escala visual analógica (EVA) categorizada como dolor leve (0-2 puntos) o dolor moderado-intenso (> 2 puntos), fueron auto-cumplimentados por los pacientes en la inclusión del estudio.

Análisis estadístico (SPSS V22.0): Variables con distribución normal se mostraron como media y desviación estándar (ds), y las no normales como mediana y rango intercuartílico. Se estudió la relación de los parámetros de resultado clínico y los parámetros de resultado percibido por el paciente en escalas categóricas mediante el test Anova ($p < 0,05$).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 22 pacientes con EG1, 13 hombres y 9 mujeres, con edad media de 45 años (ds=10,5) y dosis mensual de TES 59,62 U/kg (ds=10,6). La media de escala EVA fue de dolor leve (2,23;ds=2,24) y la SF36-Física fue 45,90 (ds=8,07), y la SF36-Mental de 49,50 (ds=7,96), ligeramente inferiores a la población española.

Un valor de la escala SF36-Física < 50 se asoció estadísticamente con la gravedad moderada-grave según la escala de Zimran ($p=0,045$). La percepción del dolor moderado-intenso por escala EVA se relacionó con una gravedad moderada-grave en la escala de Zimran ($p=0,007$) y con la escala de GauSSI-I ($p=0,018$). El valor de SF36-Mental < 50 no se relacionó con los resultados clínicos. Ningún resultado percibido por el paciente se asoció con el criterio de respuesta óptima.

Conclusiones

La calidad de vida percibida y el dolor en el paciente con EG1 en tratamiento enzimático sustitutivo se relacionan con las escalas globales de la enfermedad, pero no con los criterios para alcanzar respuesta óptima aplicados en la práctica clínica. En este sentido, la medida de percepción del dolor y de la calidad de vida complementan la valoración global del paciente con EG1 en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

606. ESTANDARIZACIÓN DE SEDOANALGESIA DOMICILIARIA EN PACIENTES PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA

AUTORES

GARCÍA PALOP B, MORGENSTERN ISAAK A, CUSÓ CUQUERELLA C, JIMÉNEZ LOZANO I, FERNANDEZ POLO A, CABANAS POY MJ, RODRIGO GONZALO DE LIRIA C, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PG VALL D'HEBRON, 119. BARCELONA



OBJETIVOS

Estandarización y preparación centralizada en el Servicio de Farmacia (SF) de soluciones de sedoanalgesia parenteral para ofrecer una atención domiciliaria segura y de calidad a pacientes paliativos pediátricos en situación de final de vida.

DISEÑO

Se planteó un circuito de trabajo entre el SF y la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCCP) en relación a la prescripción, validación farmacéutica, preparación y dispensación por adelantado de soluciones estandarizadas de sedoanalgesia para su administración domiciliaria en caso de que la evolución clínica del paciente lo requiera para garantizar su confort.

CIRCUITO Y ETAPAS

Cuando la UCCP detecta que un niño entra en fase de final de vida, establece un plan de curas avanzado que incluye la dispensación de soluciones estandarizadas de fármaco para su administración si fuera necesario.

La estandarización se desarrolló en distintas etapas. En primer lugar, se consensó con la UCCP los medicamentos y vías de administración que se utilizarían en la atención domiciliaria al final de la vida. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica para establecer la compatibilidad y estabilidad de soluciones de fármaco en casetes-reservorio de medicación de cloruro de polivinilo, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria. Finalmente, se diseñó una biblioteca de medicamentos (fármaco, intervalo de peso del paciente, concentración) para la administración de sedoanalgesia domiciliaria.

IMPLANTACIÓN

Implantación desde julio 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se consensó la administración de morfina, fentanilo, midazolam y morfina-haloperidol por vía subcutánea o endovenosa, mediante catéter periférico, línea media, central de inserción periférica, reservorio subcutáneo o tunelizado, para el control de síntomas. Se estableció una velocidad mínima de infusión de 0.1 ml/h, excepto para el catéter reservorio subcutáneo (0.5 ml/h), y una velocidad máxima ilimitada, excepto en la vía subcutánea (5 ml/h). Para la elaboración de la biblioteca, se definieron los siguientes intervalos de peso (< 6Kg, 6 – < 11Kg, 11 – < 20Kg, 20 – < 30Kg, ≥ 30Kg) y concentraciones de fármaco: morfina diluida 0.1, 0.2, 0.4, 0.8, 1.2 mg/ml, morfina concentrada (sola o en combinación) 0.4, 0.8, 1.6, 2.4, 4.0 mg/ml y haloperidol 0.02, 0.04, 0.08, 0.12, 0.2 mg/ml respectivamente. Las concentraciones de fentanilo y midazolam fueron 0.02, 0.04, 0.05 mg/ml y 1, 2.5, 5 mg/ml para los pesos < 6 Kg, 6 - < 11Kg, y ≥ 11 Kg, respectivamente. Se asignó un periodo de validez de 14 días en nevera y una duración máxima de la perfusión de 5 días.

Durante los primeros 10 meses se incluyeron 6 pacientes: edad media 7,1 años (4 meses – 19 años), pesos comprendidos entre 6 y 40 Kg. Se elaboraron 22 soluciones (54% morfina, 21% morfina-haloperidol, 25% midazolam), de las cuales 12 fueron necesarias. El resto se descartaron por defunción previa (2) o manejo satisfactorio de síntomas por vía oral (8). No se registró ningún error de medicación o incidencia relacionada con la infusión.

Como limitación, cabe destacar que hasta la fecha se han beneficiado un número limitado de pacientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Circuito aplicable a todos los SF que trabajen con UCCP y extrapolable al resto de unidades de paciente adulto.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

657. SITUACIÓN ACTUAL DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS A NIVEL NACIONAL

AUTORES

VALERA RUBIO MM, DOMINGO CHIVA E, PERIAÑEZ PÁRRAGA L, CAMPINS BERNADÀS L, AQUERRETA GONZÁLEZ I, FERNANDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, SOY MUNER D, RUIZ RAMOS J
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir la situación actual en cuanto al papel del farmacéutico de hospital en las unidades de cuidados intensivos (UCI), su presencia y su actividad asistencial, docente e investigadora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo, realizado mediante encuesta a través de la plataforma virtual de formularios de Google® que se dirigió a la lista de distribución de correo electrónico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Dicha encuesta constaba de varios apartados:

- datos personales y del hospital,
- características de la/s UCI/s,
- implicación del farmacéutico en UCI (número de farmacéuticos, tareas que desarrolla, tiempo de dedicación, experiencia),
- docencia FIR (rotaciones, becarios, rotantes externos).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 58 encuestas completadas pertenecientes a 56 hospitales. La distribución geográfica fue: Cataluña (18), Andalucía (7), Comunidad Valenciana (6), Galicia (5), Madrid (5), Baleares (4), Canarias (3), Castilla-La Mancha (3), Navarra (2), País Vasco (2), Andorra (1), Aragón (1) y Asturias (1).

Los datos obtenidos procedían de: hospitales < 200 camas (8,6%); 200-500 camas (41,4%); 500-1000 camas (36,2%) y > 1000 camas (13,8%).

Según tipo de UCI, de ellos, el 96,6% contaba con UCI polivalentes, 43,1% quirúrgica, 19,0% traumatología, 22,4% neurocríticos, 6,9% trasplantes, 5,2% cardíaca, 8,6% pediátrica/neonatal, 10,3% quemados y 3,4% respiratorio.

El número de farmacéuticos implicados en UCI era 1 en el 77,6% de los casos, 2 en el 15,5% y 3 en el 6,9%; atendiendo una media de 30,8 camas por farmacéutico (5 – 70).

La experiencia en UCI de los farmacéuticos encuestados fue de 5 años de mediana (2 meses - 25 años).

La asistencia al pase de visita o a los cambios de guardia fue: 36,2% nunca; 20,7% puntualmente; 20,7% 2-3 veces a la semana y 22,4% a diario. El 93,1% de los encuestados reportaron una dedicación a tiempo parcial en la UCI, siendo la media de 2,7+1,7h diarias.

Un 8,6% cuenta con becario de colaboración en UCI.

Menos de un 40% declaró dedicación a investigación y/o innovación; entre un 40 y 60% declaró dedicación a gestión de estupefacientes, docencia a personal de UCI, conciliación y seguridad; entre un 60 y 80% contestó que realiza actividades de nutrición clínica, protocolización, PROA y farmacocinética; y un 84,5% de los encuestados contestó que están implicados en validación y seguimiento farmacoterapéutico.

Un 77,6% de los hospitales encuestados cuenta con docencia FIR, rotando los residentes en UCI en un 86% de los casos.

En el 46,6% se aceptan rotaciones externas de residentes de otros centros.

Conclusiones

La presencia del farmacéutico hospitalario en UCI se distribuye irregularmente entre las distintas comunidades autónomas siendo más frecuente encontrar esta figura en los hospitales de tamaño intermedio. La mayor parte cuenta con un solo farmacéutico en estas unidades a tiempo parcial, contando temporalmente con un residente, lo que significa la realización de una gran cantidad de tareas clínicas con recursos humanos insuficientes. Es necesario que con objeto de mejorar la calidad de la atención farmacéutica al paciente crítico se amplíe la dedicación en tiempo y personal respecto a la situación actual y que más centros incluyan la figura del farmacéutico en los equipos multidisciplinares de atención a pacientes de UCI.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

784. IDONEIDAD EN LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR POR CKD-EPI PARA LA DOSIFICACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

AUTORES

BETRIU SEBASTIÀ L, ALONSO MARTÍNEZ C, JOHANSSON BARRON EA, GARCÍA GARCÍA S, SANTAMARÍA ORTIZ A, MONTORO RONSANO JB

VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

La principal vía de eliminación de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) es la renal. Según ficha técnica, la dosificación se ajusta por filtrado glomerular (FG) estimado mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (CG). No obstante, a nivel hospitalario la estimación analítica de FG se realiza por CKD-EPI. En pacientes con enfermedad renal crónica se ha observado un aumento de la vida media del fármaco, asociada a un aumento de los niveles de antiXa.

El objetivo de este estudio es comprobar si la estimación de FG mediante CKD-EPI permite un ajuste en la dosificación de HBPM equivalente a CG.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron pacientes en los que se determinó el nivel antiXa (extracción analítica 4 horas post-administración de HBPM), entre enero del 2016 y marzo del 2017. Se analizaron datos biodemográficos (edad, sexo, peso), clínicos (indicación de anticoagulación) y analíticos (nivel de antiXa, dosis y frecuencia de administración de HBPM, creatinina, FG según CG y CKD-EPI).

Se realizó un análisis estadístico de correlación y regresión lineal múltiple para determinar si existe una relación significativa entre el valor de antiXa y el FG (estimado mediante CG o CKD-EPI), controlado por la dosis de HBPM. También se evaluó la existencia de diferencias entre las ecuaciones de regresión de los dos estimadores de FG.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 93 pacientes (46 mujeres) con una edad media de 58,3 años [37-91]. De ellos, 19 tenían indicación de anticoagulación por trombosis venosa profunda, 13 por tromboembolismo pulmonar, 17 por fibrilación auricular, 11 por presencia de prótesis cardíacas mecánicas y 33 pacientes por otras causas.

En pacientes con $FG \geq 60$, el análisis de regresión demuestra que no existe asociación entre FG y nivel de antiXa. En cambio, en pacientes con $FG < 60$ ($n=22$) sí existe asociación significativa entre FG y antiXa normalizado por la dosis, tanto en la estimación por CG (Coeficiente de determinación: $R^2= 0.175$, $p=0.034$) como por CKD-EPI ($R^2=0.201$, $p=0.024$). CG y CKD-EPI muestran una correlación significativa, con un coeficiente de correlación elevado de 0.924 ($P < 0.001$).

Por otro lado, las funciones de regresión lineal que relacionan el FG estimado por CG o CKD-EPI con el valor de antiXa normalizado por la dosis, no son significativamente distintas: coeficiente, -0.111 (IC95: -0.205 a -0.016) CG y -0.074 (IC95%: -0.141 a -0.006) CKD-EPI; y constante, 12.217 (IC95%: 8.556 a 15.878) CG y 11.468 (IC95%: 8.179 a 14.757) CKD-EPI.



Conclusiones

En pacientes con FG < 60, tanto CG como CKD-EPI son herramientas útiles y adecuadas para la dosificación individualizada de las HBPM en función del FG. Aún así, CKD-EPI tiene una capacidad predictiva superior que CG para un apropiado ajuste de dosis.

Se puede concluir que en pacientes con insuficiencia renal pueden emplearse ambas fórmulas de estimación para dosificar las HBPM siguiendo las recomendaciones de ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

916. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE SUERO SALINO HIPOTÓNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES

PÉREZ- QUIRÓS MA, RODRÍGUEZ- MAURIZ R, ALDIRRA- TAHA MS, PLANAS- GINER A, SAGALÉS- TORRAS M, BORRÀS TRIAS L, RUDI SOLA N

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. AVDA. FRANCISCO RIBAS, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del suero salino hipotónico 0,45% (SSH) y el papel del farmacéutico en la adecuación de su prescripción en pacientes hospitalizados con hipernatremia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes tratados con SSH entre 1 de junio de 2012 al 13 de abril de 2018.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, duración del tratamiento, volumen y velocidad de administración del mismo, sueroterapia concomitante, parámetros analíticos (sodio, glucosa, urea y osmolalidad plasmática) al inicio y al final del tratamiento, evolución clínica, reacciones adversas e intervenciones farmacéuticas. Fuente de datos: Historia clínica informatizada SAVAC versión 3.41.6.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período del estudio, se prescribió SSH en 32 pacientes (18 mujeres), con una media de edad de $81,25 \pm 8,95$ años. La duración media del tratamiento fue de $2,63 \pm 1,38$ días.

El farmacéutico conjuntamente con el médico individualizó la pauta posológica de cada paciente a partir del peso, edad, situación clínica y una estimación de la osmolalidad plasmática. Los SSH fueron preparados en el Servicio de Farmacia en cabina de flujo laminar horizontal. La indicación de SSH se ajustaba a las recomendaciones de las guías clínicas descritas.

La concentración de sodio en sangre en los pacientes tuvo un valor medio de $163,69 \pm 5,42$ mEq/L y la osmolalidad plasmática de $361,23 \pm 18,72$ mOsm/kg en el momento previo a la administración del suero. La sueroterapia concomitante se ajustó de manera individualizada con suero glucosado al 5% en el 75% (n=24) de los pacientes, con suero glucosado al 10% en el 9,38% (n=3) y en el resto se pautó SSH en monoterapia.

Tras la administración del SSH, se normalizaron los valores de sodio (135 - 145 mEq/L) y osmolalidad plasmática (275-300 mOsm/kg) en el 56,25% (n=18) de los pacientes. En el 15,63% (n=5) únicamente se corrigió la hipernatremia. El 28,12% (n=9) de los pacientes fueron refractarios al tratamiento. Durante los seis meses siguientes tras la aparición de hipernatremia plasmática y osmolalidad plasmática alta, 17 pacientes fueron exitus y de éstos, 11 durante el ingreso. Se observaron los siguientes efectos adversos: flebitis (6,25%) y extravasación (3,13%).

Conclusiones

La prescripción de SSH se realizó dentro de indicación terapéutica y de manera segura en todos los pacientes y efectiva en más de la mitad.

El farmacéutico hospitalario juega un papel fundamental en la individualización de pautas de sueroterapia, garantizando su uso dentro de recomendaciones de las guías. Tras observar una alta tasa de mortalidad, se deberían realizar más estudios para poder determinar el impacto de la hipernatremia y la hiperosmolalidad plasmática en la supervivencia de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

8. INFLUENCIA DE LA PRESIÓN ANTIBIÓTICA SOBRE LA COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

RUIZ RAMOS J, LUNA REINA RM, RIBES ARTERO H, BELTRÁN GARCÍA I, VILLARREAL TELLO E, POVEDA ANDRES JL, RAMIREZ GALLEYMORE P

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL Nº106, 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del consumo individual y global de antimicrobianos sobre la colonización por cepas K pneumoniae multirresistente (MR) en una unidad de cuidados intensivos (UCI).



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos ingresados durante más de 48h en una UCI (Periodo: 2014 - 2016) con cultivos de vigilancia epidemiológica solicitados durante su ingreso en la unidad. Se recogió de cada uno de los pacientes incluidos el tratamiento antibacteriano recibido durante su estancia en UCI hasta la colonización por *K pneumoniae* MR o su alta de la unidad. El consumo global de antibióticos en la unidad se calculó en Dosis Diarias Definidas (DDD) por 100 estancias.

La asociación entre factores de riesgo y colonización por cepas multirresistentes se llevó a cabo mediante regresión logística. Para evaluar el impacto del uso de antibióticos sobre la velocidad de colonización se empleó un modelo de regresión de Cox. Se utilizó un modelo autor regresivo integrado de promedio móvil (ARIMA) con periodos mensuales de tiempo para investigar la asociación entre la incidencia de colonización y el consumo global de antimicrobianos en la unidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 1725 ingresos, de los cuales, 308 (17,9%) presentaron colonización por *K pneumoniae* MR. Los pacientes colonizados presentaron una estancia media [19,3(16,1) vs 7,8(7,3); $p < 0.001$] y una mortalidad (30,8% vs 17,1%; $p < 0,001$) superior a los no colonizados.

El análisis multivariante, una estancia en la unidad > 7 días [OR:3,76(1,89-5,00)], infección respiratoria [1,75 (1,27-2,42)], la administración de cualquier antibiótico [2,86 (1,83-4,48)] y en particular de penicilinas/IBL [1,89 (1,68-8,33)] y aminoglucósidos [2,04 (1,35-2,10)] se asoció a una mayor colonización. Aquellos pacientes en tratamiento con antibióticos presentaron una colonización más rápida que aquellos pacientes sin tratamiento [HR: 5,48 (IC95: 2,61-11,51)]. El modelo ARIMA encontró una asociación significativa entre la tasa de colonización mensual en la unidad y el consumo de carbapenemes ($\beta=0,380$; $p=0,013$) en el mes previo.

Conclusiones

En una situación de endemia, la administración de antimicrobianos así como la presión antibiótica de carbapenemes se relaciona con un mayor grado de colonización por *K pneumoniae* MR. Se hace necesaria implementación de estrategias que consigan reducir la exposición a los mismos para reducir la colonización por cepas MR.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

339. RIBAVIRINA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

AUTORES

MARTIN CEREZUELA M, CUÉLLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, RUIZ RAMOS J, PÉREZ HUERTAS P, FERRADA GASCÓ A, BALLESTA LOPEZ O, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de ribavirina administrada por vía oral como uso fuera de ficha técnica para el tratamiento de Virus Respiratorio Sincital (VRS) en pacientes trasplantados pulmonares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos-controles de pacientes trasplantados pulmonares con diagnóstico de VRS mediante PCR en un hospital terciario durante dos años. El grupo control podía haber recibido tratamiento con corticoides y/o inmunoglobulinas inespecíficas (Ig) o no recibir tratamiento. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (diagnóstico, tipo de trasplante, co-infección con *Pseudomonas/Aspergillus*, tratamiento inmunosupresor concomitante y niveles plasmáticos, tratamiento con corticoides e Ig) y variables de eficacia (volumen mínimo espiratorio en el primer segundo (FEV1) basal, a los 3 y 6 meses posteriores, detección de VRS post-tratamiento, aparición de síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS) a los 3 y 6 meses posteriores a la infección y exitus). En el grupo tratado, se registró posología y duración del tratamiento con ribavirina. Las variables cuantitativas se representaron como mediana y rango (mínimo-máximo) y las cualitativas como porcentajes. Para el análisis estadístico se empleó Stata®v14.0. Las variables entre ambos grupos se compararon mediante pruebas paramétricas (Fisher, t-Student) o no paramétricas (Ji-cuadrado, U de Mann-Whitney) según análisis de normalidad. Se realizó un análisis univariante con todas las variables y se añadieron en un modelo multivariante aquellas con $p < 0,200$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 36 pacientes con detección de VRS, 19 tratados con ribavirina y 17 en el grupo control. De este último, 12 pacientes (71%) recibieron tratamiento con corticoides, 5(29%) con Ig y 3(18%) no recibieron tratamiento. Las dosis diarias de ribavirina fueron: 400mg (47%), 600mg (11%), 800mg (16%) y 1200mg (26%) durante una mediana de 10 días. Todos los pacientes de este grupo recibieron tratamiento con corticoides y 12(63%), además, con Ig. En el grupo tratado con ribavirina, la indicación del trasplante fue fundamentalmente patología séptica por lo que sí hubo diferencias entre ambos grupos para edad, sexo y co-infección. No se encontraron diferencias significativas para nivel de inmunosupresión y FEV1 basal. Se detectó VRS en la siguiente determinación en 5 pacientes (26,3%) tratados con ribavirina y en 2(12,5%) del grupo control; (OR= 2,06; $p=0,4917$). A los 3 meses, el FEV1 no disminuyó $> 10\%$ en 11 pacientes tratados (78%) frente a 13(81%) del grupo control; (OR= 2,66; $p=0,4849$) y apareció BOS en 5 pacientes tratados (26%) y 5(31%) del grupo control; (OR=0,67; $p=0,965$). A los 6 meses, el FEV1 se mantuvo en 10 pacientes tratados (77%) frente a 12(75%) del grupo control; (OR=1,30; $p=0,0327$) y apareció BOS en 5 pacientes tratados (27%) frente a 2(13%) del grupo control; (OR=0,65; $p=0,456$). Fueron exitus (por BOS u otras causas) 5 pacientes tratados (26%) y 2(12,5%); del grupo control; (OR=0,397; $p=0,290$).

No se encontraron diferencias significativas en la negativización del virus, exitus, aparición de BOS ni disminución del FEV1 a los 3 meses, pero sí para FEV1 a los 6 meses. Debido a la variabilidad en la pauta de tratamiento y la heterogeneidad de ambos grupos, se desarrolló un protocolo para estandarizar y evaluar el uso de ribavirina oral como tratamiento de VRS en trasplantados pulmonares tras el estudio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

669. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO PROA Y SUS REPERCUSIONES EN EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

AUTORES

OTERO MILLÁN L, PÉREZ LANDEIRO A, SOUSA DOMÍNGUEZ A, PÉREZ RODRÍGUEZ MT, NODAR GERMINAS A, BLANCO RODICIO A, GARCÍA BELOSO N, PIÑEIRO CORRALES G
HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

- Analizar las intervenciones realizadas por el equipo del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA).
- Evaluar la evolución tanto del consumo como del gasto de antibióticos tras las intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención en el que se recogen todas las intervenciones realizadas por el equipo PROA en los servicios de neurocirugía (NCR), cirugía vascular (ACV), urología (URO) y cirugía cardíaca (CCA) en los pacientes tratados con antibióticos desde enero a diciembre de 2017. Se tienen reuniones semanales (excepto en URO, que son 2 días a la semana) con especialistas de cada servicio, en la que se comentan todos los pacientes con tratamiento antibiótico activo. Se clasifica el tipo de intervención, de aquellas que fueron aceptadas, en: suspensión de antibiótico (SUSP), tratamiento secuencial (TS), desescalar (DES), escalar (ESC) y dosis (D). Se recogen los siguientes datos por servicio en una tabla Excel®: pacientes revisados (PR), pacientes con antibiótico (PA), intervenciones por paciente (IP), antibióticos revisados (AR) y antibióticos con intervención (AI).

Los datos económicos y de consumo de antibióticos por servicio, se obtienen del programa de gestión.

El consumo de antibióticos se transforma en dosis diarias definidas (DDD) y se ajustan por estancias (dato proporcionado por el Servicio de Admisión del hospital).

Para evaluar la evolución del gasto tras las intervenciones del PROA, se calcula la diferencia entre la media de gasto mensual por estancia previa y la del periodo de estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los datos por servicio de (PR), (PA), (IP), (AR) y (AI) son respectivamente:

- NCR: 900, 184 (20,4%), 93 (50,5%), 540 y 285 (52,8%).
 - ACV: 582, 401 (68,9%), 155 (38,7%), 479 y 171 (35,7%).
 - URO: 1891, 754 (39,9%), 386 (51,2%), 956, 461 (48,2%).
 - CCA: 587, 166 (28,3%), 67 (40,4%), 218, 73 (33,5%).
- Los tipos de intervención clasificados en SUSP, TS, DES, ESC y D son, respectivamente:
- NCR: 183 (63,5%); 28 (9,7%); 47 (16,3%); 16 (5,6%); 14 (4,9%).
 - ACV: 99 (43,4%); 34 (14,9%); 63 (27,6%); 19 (8,3%); 13 (5,7%).
 - URO: 464 (64,3%); 48 (6,6%); 149 (20,6%); 29 (4,0%); 32 (4,4%).
 - CCA: 47 (65,3%); 5 (6,9%); 8 (11,1%); 10 (13,9%); 2 (2,8%).

La disminución del consumo de antibióticos, expresado en DDDs/100 estancias del año 2017 respecto a la media previa a la intervención es:

- NCR: 14,2 (previo 74,0).
- ACV: 10,2 (previo 130,5).
- URO: 107,2 (previo 171,8).
- CCA: -8,7 (previo 74,9).

El ahorro anual por servicio que supuso la implantación del PROA, respecto a los datos anteriores, es:

- NCR: 11.562,73€.
- ACV: 52.734,11€.
- URO: 63.578,91€.
- CCA: 5.925,14€.
- TOTAL: 133.800,89€ (11.150,07€/mes).

Conclusiones

- La principal intervención del equipo PROA es la suspensión de tratamiento, lo que sugiere un mal uso de los antibióticos, bien por indicación o por duración.
- El programa de optimización de uso de antimicrobianos logra, con sus intervenciones, disminuir el consumo de antibióticos y además se consigue un ahorro económico.
- Aunque el consumo en DDDs aumenta en CCA, no lleva asociado consigo un aumento del gasto en antibióticos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**864. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIAMOS: DESCRIPTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS SOBRE LAS PRESCRIPCIONES DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM****AUTORES**

CANO COLLADO V, ARRUFAT GOTERRIS G, COMPANY BEZARES F, IZKO GARTZIA N, GARAU COLOM MM, VILLOSLADA GELABERT A, DEL CASTILLO BLANCO A, RAYA CRUZ M
HOSPITAL SON LLÀTZER. CARRETERA DE MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir las intervenciones realizadas sobre las prescripciones de ceftolozano-tazobactam (C/T) y ceftazidima-avibactam (C/A) a través de un programa de optimización de antimicrobianos (PROA)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo de las intervenciones realizadas sobre la prescripción de C/T y C/A entre octubre 2017 y abril 2018, en un hospital de 400 camas. En mayo de 2017 se formó un equipo PROA, inicialmente se incluyeron los carbapenémicos y en octubre de 2017 se amplió a C/T y C/A.

El Servicio de Farmacia diariamente localizaba los pacientes en tratamiento mediante el aplicativo de prescripción electrónica HP-HCIS®. Se registraban en una base de datos (Access 2007®) y se enviaban vía email al resto de miembros del PROA (infecciosas, UCI y microbiología). Los pacientes se comentaban en reunión diaria multidisciplinar y se valoraba la necesidad de intervención.

Variables registradas:

- Del paciente: sexo, edad, servicio de adscripción, foco de infección.
- Microbiológicas: cultivo previo al tratamiento, resultado del cultivo (resistencias).
- Del tratamiento: antibiótico, tipo (empírico, dirigido o profilaxis), duración, servicio prescriptor.
- De la intervención: tipo (suspender por no estar indicado, suspender por duración excesiva, desescalar, ajustar dosis) y aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 20 tratamientos (17 de C/T y 3 de C/A) correspondientes a 17 pacientes (13 de ellos varones, con una mediana de edad de 66 años [45-83]). Los pacientes pertenecían a diferentes servicios, en su mayoría (9 de 17) a UCI siendo también el servicio prescriptor más frecuente (17 de 20 tratamientos).

Respecto a las prescripciones de C/T (17), pertenecientes a 14 pacientes, las indicaciones fueron: infección respiratoria (8), urinaria (4), bacteriemia (3), intraabdominal (1) y piel y partes blandas (1). Once tratamientos fueron dirigidos, 5 empíricos y 1 profiláctico. La mediana de duración de tratamiento resultó de 8 días [1-23].

En todos los pacientes se extrajo al menos una muestra para cultivo previo al inicio del tratamiento. Once infecciones fueron monomicrobianas (10 por *Pseudomonas aeruginosa* extremadamente resistente (XDR) y 1 por *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE). Cinco fueron polimicrobianas y en 4 de ellas se aisló *P.aeruginosa* XDR. El episodio restante fue negativo.

Se llevaron a cabo 9 intervenciones, todas aceptadas: suspender por duración excesiva (4), suspender por no estar indicado (2), desescalada (2) y ajuste de dosis (1).

De las 3 prescripciones de C/A, pertenecientes a 3 pacientes, 2 fueron dirigidas: 1 para infección respiratoria y otra intraabdominal, ambas por *P.aeruginosa* XDR. La tercera fue empírica, para infección genitourinaria y se suspendió sin intervención del PROA al informarse del aislamiento de *K.pneumoniae* resistente a C/A (CMI > 256) productora de carbapenemasa clase B (VIM-1).

La mediana de duración de tratamiento fue de 11 días [1-28]. Se llevaron a cabo 2 intervenciones de suspender por duración excesiva, ambas aceptadas.

En la mitad de los tratamientos prescritos se llevó a cabo una intervención, con un grado de aceptación máximo. La principal intervención fue sobre la duración de los tratamientos.

Se manifiesta así la utilidad de incluir estos antibióticos en el PROA con el fin de promover un uso adecuado de los mismos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**941. TOLERANCIA DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ORAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL****AUTORES**

BANDÍN VILAR EJ, GONZÁLEZ LOPEZ J, BLANCO DORADO S, GARCIA QUINTANILLA L, CASTRO BALADO A, LAMAS DIAZ MJ
HOSPITAL SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESIA DE CHOUPANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) en la cirugía electiva de colon tiene tasas de alrededor del 20%. Para disminuir su incidencia se usan la preparación mecánica con laxantes, que puede provocar alteraciones electrolíticas, y la administración intravenosa prequirúrgica de antibiótico.

La profilaxis antibiótica oral (PAO) estuvo varios años en entredicho, pero los últimos estudios y metaanálisis confirmaron la reducción significativa de ISQ si se combina la PAO con la preparación mecánica con laxantes y la administración prequirúrgica de antibiótico, frente a éstas dos últimas únicamente.

En la actualidad, los protocolos de PAO más utilizados son aquellos que combinan neomicina con eritromicina o metronidazol, para cubrir todo el espectro bacteriano (G+, G- y anaerobios) y que incluya algún antibiótico no absorbible

que garantice alcanzar altas concentraciones intraluminales. Su principal problema es la baja tolerancia digestiva, manifestada con náuseas y vómitos.

El objetivo de este estudio es determinar la tolerancia digestiva de la PAO y analizar la influencia del protocolo utilizado, las características antropométricas y bioquímicas del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se estudiaron tres protocolos que incluían neomicina combinada con dos presentaciones de eritromicina (comprimidos o sobres) y una con metronidazol en comprimidos. El día previo a la cirugía se administraban a las 19:00 horas 4 comprimidos de neomicina 500 mg junto con 4 comprimidos de eritromicina 500 mg (protocolo 1) o 2 sobres de eritromicina 1000 mg (protocolo 2) o 4 comprimidos de metronidazol 500 mg (protocolo 3), repitiéndose la administración a las 23:00 horas.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso, altura. El día de la administración de la PAO se registró: urea, creatinina, sodio y potasio.

La tolerancia fue evaluada como una variable dicotómica.

Los registros se extrajeron de la historia clínica como fuentes de información. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 226 pacientes, 65,5% hombres y 34,5% mujeres con las siguientes características poblacionales (media \pm desviación estándar): edad 67,9 \pm 20 años, peso 74,3 \pm 15 kg, altura 1,62 \pm 0,1 m, sodio 138,1 \pm 3 mEq/L, potasio 3,87 \pm 0,5 mEq/L, urea 30 \pm 14 mg/dL y creatinina 0,93 \pm 0,4 mg/dL.

La distribución por protocolos fue la siguiente: 76, 86 y 64 pacientes en el protocolo 1, 2 y 3, respectivamente.

No hubo diferencias clínicas ni estadísticamente significativas en la tolerancia según el protocolo utilizado: 77,6%, 79,1% y 71,9% (protocolo 1, 2 y 3 respectivamente). El resto de variables tampoco mostraron diferencias sobre la tolerancia, excepto el sexo. La tolerancia fue menor en las mujeres en todos los protocolos (mujeres/hombres, $p < 0,001$): 65,2% vs 83,0% en el protocolo 1, 66,7% vs 85,7% en el protocolo 2, y 52,0% vs 84,6% en el protocolo 3.

Conclusiones

Los 3 protocolos tienen una tolerancia similar, con aproximadamente un 30% de pacientes que no completan la profilaxis por vómitos. De las variables estudiadas, únicamente el género femenino resultó ser un factor de riesgo de mala tolerancia. En base a estos resultados podría valorarse la adición de antieméticos en la PAO de este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1150. EFFECTIVENESS OF INHALED ANTIBIOTIC THERAPY IN CRITICALLY ILL PATIENTS WITH RESPIRATORY INFECTIONS

AUTORES

LEACHE ALEGRÍA L, AQUERRETA GONZÁLEZ I, ALDAZ PASTOR A, MONEDERO RODRÍGUEZ P, IDOATE GARCÍA A, ORTEGA ESLAVA A

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVENIDA PÍO XII, 36. CP: 31008. NAVARRA

OBJETIVOS

Inhaled antibiotics provide high concentrations at the site of infection while minimizing systemic toxicity.

To analyze the effectiveness of adding inhaled antibiotics to systemic antimicrobials in patients with respiratory infections admitted to the Critical Care Area. Secondly, to assess the effect of inhaled anti-infective drugs on patients' renal function.

MATERIALES Y MÉTODOS

We conducted a retrospective observational cohort study in a University hospital in Spain. The study included all adult inpatients admitted to the Critical Care Area from 2014 to 2016 with respiratory infections treated with systemic antimicrobials in which sputum, bronchial aspirate, broncho-alveolar lavage and/or pleural fluid samples were obtained. Patients were divided into 2 groups: the treated group included patients with inhaled antibiotics in addition and simultaneously to systemic antimicrobials; and the control group which included patients that only received systemic antimicrobials without receiving inhaled antibiotics. Extemporaneous antibiotic solutions prepared in the Pharmacy Service were administered by the inhaled route using a jet or an ultrasonic nebulizer.

Data related to patients, mechanical ventilation, infectious disease diagnosis and antimicrobial treatment were gathered from an electronic chart review.

The primary endpoint was clinical improvement, described by physicians as improvement in the patients' clinical situation at the end of the antimicrobial therapy in comparison with at the beginning of it. Secondary outcomes were: resolution of fever, reduction of inflammatory parameters, length of hospital and Critical Care Area stay, length of systemic antimicrobial therapy, duration of intubation and mechanical ventilation, in-hospital mortality, hospital-readmission within the following 30 days, 30-day mortality, and reduction in creatinine clearance from the beginning of the antimicrobial treatment.

Data were analyzed using a statistical software. Multivariate models were performed to estimate the effect of inhaled antibiotics on the endpoints adjusted by potential confounders.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A total of 136 patients were included in the study, 93 in the control group and 43 in the treated group. There were no significant differences between both groups regarding the percentage of patients with mechanical ventilation during the hospital stay. Intubation was more frequent in the treated group (56% vs. 25%; $p < 0.001$). In both groups pneumonia was the most frequent infectious disease diagnosis followed by tracheobronchitis.

Systemic antimicrobials were mainly initiated empirically (97% in the control group vs. 84% in the treated group; $p=0.007$). Patients in the treated group received 50 treatments with inhaled antibiotics (86% aminoglycosides, 14% colistimethate), 4 patients received more than one inhaled treatment. Inhaled antibiotics were placed as targeted treatments (not empirical therapies) in 72% of the cases. The median duration of inhaled therapy was 6 days (range: 1-112).

The treated group had higher odds of clinical improvement after adjusting for confounders (adjusted odds ratio: 7.13; 95% confidence interval: 1.2-43.3). There were no significant differences in secondary endpoints between groups. Both groups did not differ significantly in creatinine clearance reduction. No adverse effects were directly attributable to inhaled antibiotics.

Adding inhaled antibiotics to systemic antimicrobials for the management of respiratory infections in critically ill patients has a positive impact on patients' clinical improvement without affecting their renal function.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1184. FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA DE TIGECICLINA EN INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS EN EL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES

RUIZ RAMOS J, FERRADA GASCÓ A, MARTIN CEREZUELA M, MARQUES MIÑANA MR, SOLANA ALTABELLA A, CASTELLANOS ORTEGA A, POVEDA ANDRÉS JL, RAMIREZ GALLEYMORE P
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL Nº106, 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar las concentraciones plasmáticas y la farmacocinética de tigeciclina en pacientes críticos con infecciones causadas por bacterias Gram negativas, así como su efecto sobre la respuesta al tratamiento y desarrollo de toxicidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo (Periodo: 2015-2017). Se incluyeron pacientes críticos con infecciones por bacterias Gram negativas tratados con tigeciclina. De los pacientes incluidos, se extrajeron 5 muestras (Pre-dosis (Cmin), 1h, 3h, 6h y 12h) entre los días 5 y 10 de inicio de tratamiento. Las muestras se analizaron en un equipo HPLC-Masas. El cálculo de parámetros farmacocinéticos se llevó a cabo a través del programa NONMEM®. Se evaluó la asociación entre los valores del ratio Área bajo la curva (AUC)/Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) y el fracaso al tratamiento y del valor de AUC y desarrollo de toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 25 pacientes [Edad media: 47,7 (SD: 12,9) años; APACHE II (mediana: 19; Rango (10-38); 11 (44,0%) pacientes inmunodeprimidos]. El foco infeccioso incluyó pulmón (15; 16,0%), catéter (4; 16,0%), abdomen (4; 16,0%) y piel-partes blandas (1; 4,0%). Las principales bacterias responsables fueron *Klebsiella pneumoniae* (17; 64,0%) y *Enterobacter cloacae* (4; 16,0%), siendo la CMI ≤ 1 mg/L en 12 (48,0%), CMI=2 en 12 (48,0%) y CMI > 2 en 1 (4,0%) paciente. 15 pacientes recibieron una dosis de 100 mg/12h y 10 pacientes de 50 mg/12h. El modelo bicompartimental fue el que mejor describió las concentraciones plasmáticas obtenidas, incluyendo el peso como covariable. Los parámetros farmacocinéticos medios obtenidos fueron: Aclaramiento (Cl): 9,7 (SD:4,2) L/h, Volumen central (Vc): 89,2 (10,8) L, Volumen periférico (Vp): 233,3 (21,5) L y AUC: 8,31 (3,86) mg/h/L. 19 (76,0%) pacientes alcanzaron un valor de AUC/MIC > 4,5, 11 (44,0%) un valor > 6,96 y ninguno un valor > 17,9. 9 (36,0%) pacientes fracasaron al tratamiento y 7 (28,0%) desarrollaron toxicidad. Se observó una tendencia a una mayor fracaso al tratamiento en aquellos pacientes que no alcanzaron un valor de AUC/MIC > 6.96 (50,0% vs 18,2%; $p=0,100$; Fisher), así como a una mayor toxicidad en aquellos pacientes con un valor de AUC/MIC > 8 (36,3% vs 21,4%; $p=0,409$; Fisher)

Conclusiones

El ratio AUC/MIC para tigeciclina parecen correlacionarse tanto con la respuesta clínica como con el desarrollo de toxicidad. Se hace necesario su monitorización en pacientes críticos con infecciones causadas por cepas multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1368. ANÁLISIS DEL NÚMERO DE VISITAS A URGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES POR EXACERBACIÓN PULMONAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON COLISTINA NEBULIZADA

AUTORES

DÍEZ VALLEJO C, GRATACÓS SANTANACH L, COMPAIRED TURLAN V, TORO BLANCH C, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSEP TRUETA. AVENIDA DE FRANCIA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

Analizar la variación del número de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios por exacerbación pulmonar en pacientes con bronquiectasias e infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) después de iniciar tratamiento con colistina nebulizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con bronquiectasias e infección crónica por PA pertenecientes a dos centros hospitalarios que dependen de una misma dirección clínica. Se incluyeron todos los pacientes ambulatorios que iniciaron tratamiento con colistina nebulizada entre enero de 2014 y abril de 2017. Se excluyeron sólo aquellos de los que no se disponía de datos suficientes para su evaluación o los que tenían alguna comorbilidad que podía dificultar la clasificación de exacerbación del episodio. Se recogieron el número de visitas en urgencias e ingresos hospitalarios relacionados con exacerbación pulmonar. Para considerar la existencia de exacerbación de los ingresos y visitas en

urgencias se utilizó la definición consensuada de exacerbación publicada en 2017 por Hill et al. Se recogieron los mismos datos en dos períodos de tiempo distintos (durante el año anterior y el año posterior al inicio del tratamiento con colistina).

Se realizó un estudio comparativo mediante un test no paramétrico de Wilcoxon, ya que las variables no cumplían condiciones de normalidad. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 18 pacientes (12 en uno de los hospitales y 7 en el otro) con una edad media de 69.16 ± 12.53 años (rango 44-83), de los cuales un 67% eran hombres. Todos los pacientes recibieron el tratamiento siguiendo una pauta de colistina de 1 MU c/12h de manera continuada durante todo el año analizado, excepto un 28% (5 pacientes de los 18 totales) que realizaron el mismo tratamiento pero de manera interrumpida. La media del número de visitas a urgencias relacionadas con exacerbación durante el año previo al inicio de tratamiento con colistina fue de 2.05 ± 1.55 , mientras que durante el año posterior fue 0.94 ± 1.26 ($p < 0.033$). En cuanto al número de ingresos hospitalarios durante el año previo la media fue de 1.33 ± 1.41 y de 0.67 ± 0.97 durante el año posterior ($p < 0.001$).

La utilización de colistina nebulizada en los pacientes con infección bronquial crónica por PA disminuyó significativamente tanto el número de visitas a urgencias como el número de ingresos hospitalarios relacionados con exacerbación pulmonar durante el primer año de tratamiento respecto al año previo al inicio. Tal y como indican las guías clínicas, la utilización de colistina nebulizada en aquellos pacientes con bronquiectasias y colonización crónica por PA con 3 o más exacerbaciones anuales podrían beneficiarse de la utilización del tratamiento con colistina nebulizada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

95. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS EN LOS PACIENTES DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES

GOMEZ TIJERO N, VALBUENA PASCUAL O, ESTEBAN SÁNCHEZ M, BERISTAIN ARAMENDI I, ASENSIO BERMEJO A, ARRIZABALAGA ARRIZABALO MJ
HOSPITAL DE MENDARO. BARRIO MENDAROSABAL, S/N, 20850. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Cuantificar las tasas de adherencia a los tratamientos crónicos en la población y analizar los grupos de fármacos con peores datos de adherencia, con el fin de establecer áreas prioritarias de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de las prescripciones de todos los pacientes de una Organización Sanitaria Integrada que atiende a una población de 78.000 habitantes, mediante la herramienta Oracle Business Intelligence, que permite extraer y aglutinar los datos procedentes del programa de Prescripción Electrónica (en el cual prescriben tanto los médicos de Atención Primaria como de Atención Especializada), incluido el porcentaje de adherencia al tratamiento, calculado en base a los envases recogidos en la oficina de farmacia durante los últimos diez meses.

Se cuantificó el número de pacientes con adherencia $\leq 80\%$, $\leq 50\%$ e igual a 0%. Asimismo, se extrajeron datos de adherencia por grupo terapéutico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 35.694 pacientes con algún fármaco crónico (45,7% de la población, con una media de 3,7 fármacos crónicos/paciente), el 68% tenían prescrito algún fármaco crónico con adherencia $\leq 80\%$ (media de 2 fármacos con adherencia $\leq 80\%$ por paciente), un 52% tenían algún fármaco con adherencia $\leq 50\%$ y un 26% con adherencia =0%.

Cuando se analizaron los datos por grupo terapéutico, aquellos en los que se detectaron más prescripciones con adherencia $\leq 80\%$ fueron en orden descendente: broncodilatadores, analgésicos, antipsicóticos y ansiolíticos, antiácidos e hipolipemiantes.

Aquellos en los que se detectaron más prescripciones con adherencia igual a 0% fueron en orden descendente: hormonas sexuales y moduladores genitales, broncodilatadores, analgésicos, antiácidos y antianémicos.

Conclusiones

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas, considerándose un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas sanitarias y económicas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios.

Los datos recogidos en este análisis ponen de manifiesto la gran magnitud de la falta de adherencia en nuestro medio; más de la mitad de los pacientes no toma los medicamentos como los tiene prescritos.

Hay una serie de medicamentos en los que este problema se hace más patente, por lo que vemos necesario trasladar esta información a los servicios médicos más implicados, de manera que puedan abordar este problema en la consulta, identificando a través de la entrevista con el paciente los posibles factores que dificultan la correcta toma de la medicación, y diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus consecuencias.

La principal limitación de este estudio es que la medida de los envases recogidos en las farmacias es un método indirecto de estimación, que puede tanto infraestimar la adherencia (al poderse recoger la medicación y no tomarla)

como sobreestimarla, puesto que el alto número de medicamentos con adherencia igual a cero nos sugiere que puede haber determinadas prescripciones en la historia farmacoterapéutica electrónica de algunos pacientes, que deberían estar suspendidas o pautadas a demanda y por ello los pacientes no recogen esos medicamentos. Es importante recordar también a los médicos que la prescripción electrónica debe estar correctamente actualizada para evitar errores potenciales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

185. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA DEPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS DE BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

CASO GONZÁLEZ A, RAMIREZ VILARIÑO G, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, NEBOT VILLACAMPA MJ, GONZÁLEZ PÉREZ Y, BARAJAS SANTOS MT, BLÁZQUEZ BEA MP, FERNÁNDEZ CENCERRADO L
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de prescripción de fármacos de baja utilidad terapéutica (UTBs) en centros sociosanitarios y evaluar el grado de aceptación y el impacto de la intervención farmacéutica realizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención longitudinal, prospectivo y multicéntrico de pacientes institucionalizados en once centros sociosanitarios, a los que se dispensa medicación desde el Servicio de Farmacia de un Hospital General de 630 camas. Los datos de prescripción de UTBs se obtuvieron a partir del programa de validación farmacéutica a día 19 de marzo de 2018. Para realizar la intervención farmacéutica utilizamos un comentario en el programa de prescripción electrónica y una circular por correo electrónico a los médicos de los centros sociosanitarios, que incluía bibliografía y un listado con los pacientes de ese centro que se podían beneficiar del programa. Se evaluó el grado de respuesta al cabo de un mes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Seleccionamos los tres UTBs incluidos en nuestra Guía Farmacoterapéutica y que de manera más frecuente se prescriben en los centros sociosanitarios que están adheridos a nuestro servicio de farmacia: Citicolina, Pentoxifilina y Diosmina. De 1553 pacientes institucionalizados, el 10.5 % tenían prescrito alguno de los tres UTBs considerados. 78 pacientes tenían prescrito Citicolina (5 % de los residentes en centros sociosanitarios) y de ellos sólo uno tenía una justificación de su prescripción (ictus reciente). 53 pacientes tenían prescrita Pentoxifilina (el 3.4%), en la mayoría de los casos por amputaciones, claudicación intermitente o complicaciones diabéticas. Por último, 32 pacientes tomaban Diosmina de forma crónica (el 2 %) y todos, excepto tres, llevaban más de tres meses de tratamiento (duración máxima que especifica la ficha técnica). Supone un gasto mensual de 3268.2 euros (2555.1 € la citicolina, 445.5 € la pentoxifilina y 267.6 € la diosmina).

De ellos se suspendieron 20 Citicolinas (el 25.6 %), Pentoxifilas (el 11.3 %) y Diosminas (el 21.9 %) durante el mes siguiente a la intervención farmacéutica realizada. Cuatro pacientes fallecieron en el proceso de estudio.

Esto supone un ahorro de 730.5 euros al mes.

Analizando por centros sociosanitarios hubo claras diferencias con respecto al grado de respuesta de los distintos médicos. Uno de los centros consiguió reducir un 64.3 % los UTBs, mientras que otro de los centros tuvo una respuesta nula a la iniciativa con un 0% de los UTBs suspendidos.

Conclusiones

Un porcentaje no despreciable de pacientes tenía prescrito alguno de los tres UTBs considerados al principio del estudio, sin un beneficio o justificación clara en la mayoría de los casos.

Los resultados generales de la intervención han permitido reducir las prescripciones de UTB, aunque el grado de aceptación de la propuesta fue muy variable en los distintos centros sociosanitarios.

Se hace evidente la necesidad de aumentar la concienciación y la formación en deprescripción de los médicos de los centros sociosanitarios, para lograr una atención más integrada entre los dos ámbitos asistenciales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

503. EVALUACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN RETO PARA LA FARMACIA HOSPITALARIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES

GARCÍA SACRISTÁN AA, LÓPEZ SANCHEZ P, MARTÍNEZ SESMERO JM, QUIRÓS AMBEL H, DOMINGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUAREZ S, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. ALMERÍA

OBJETIVOS

La activación de los pacientes con enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple (EM), es muy importante, pues esto indica una mayor adherencia al tratamiento, mayor conocimiento y empoderamiento del paciente hacia su enfermedad y al final unos mejores resultados en salud.

El objetivo del presente estudio es evaluar el nivel de activación de los pacientes con EM y analizar los posibles factores clínicos y medicamentosos asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, analítico y multicéntrico realizado desde el 06/2017 hasta 09/2017.

Se utilizó un cuestionario previamente validado, Patient activation measure questionnaire-PAM y se entregó y completó



por los pacientes con EM que acudían a recoger su medicación a las consultas de atención farmacéutica. Este cuestionario consta de 13 preguntas, cada una de ellas con 4 posibles respuestas (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Según las respuestas y el empleo del método Likert se obtiene una puntuación de 0 a 100 que permite clasificar a los pacientes en 4 niveles: el primero corresponde a pacientes pasivos; el segundo a pacientes con cierto conocimiento pero sin creer que ellos pueden mejorar el curso de su enfermedad; el tercero a pacientes que conocen su enfermedad y trabajan por mejorar su salud; y el cuarto a aquellos totalmente implicados en su patología y todo lo que ello supone.

De cada uno de los pacientes se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, fecha de diagnóstico de la EM, tratamiento para EM y vía de administración, tipo de EM (remitente recidivante- EMRR y secundaria progresiva-EMSP) y nivel en la escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS). Los datos se incorporaron a excel® y su análisis estadístico descriptivo se realizó con SPSS®21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

103 pacientes (64,1% mujeres) con una edad media de 42,67 años (23-65 años) contestaron al cuestionario PAM. La distribución por tratamientos para la EM fue: 17,5 % interferon-B-1a IM, 16,5% interferon-B-1a SC, 4,9% peginterferon-B-1a, 9,7% interferon-B-1b, 13,6% acetato de glatirámico, 8,7% dimetilfumarato, 13,6% fingolimod, 3,9% teriflunomida, 7,8% natalizumab, 3,9% fampridina. La mediana de duración del tratamiento fue de 46,94 meses (3 -216). El 53,4% eran pacientes naïve. El tipo de EM más frecuente fue EMRR (93,2%). Los pacientes tenían un EDSS medio de 2,2±1,9. Tras analizar los datos del cuestionario PAM: 19,4% fueron clasificados en el nivel 1, 26,2% en el nivel 2, 41,7% en el nivel 3, 11,7% en el nivel 4.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de clasificación PAM y: la vía de administración empleada ($p=0,62$), ni con el nivel de discapacidad medido con la escala EDSS ($p=0,21$), ni con el tiempo desde el diagnóstico de la EM ($p=0,39$), ni con el tipo de EM (0,58).

En nuestra muestra observamos que existe un porcentaje relevante de pacientes clasificados en el nivel 1-2 (45.6%). Además no hemos encontrado relación entre los factores analizados y los diferentes niveles del PAM. Sin embargo, administrar este tipo de cuestionarios nos ayuda a individualizar la atención farmacéutica de cada paciente, de cara a priorizar y dirigir las intervenciones del equipo de salud.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**887. IMPACTO DE UNA NUEVA PRESENTACIÓN DE ADALIMUMAB EN EL DOLOR ASOCIADO A LA INYECCIÓN REPORTADO POR LOS PACIENTES****AUTORES**

MARTÍNEZ-CASANOVA . J, ACÍN . P, GONZÁLEZ-COLOMINAS . E, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ . R, PÉREZ-GARCÍA . C, DURAN . X, ESPONA . M, FERRANDEZ . O
HOSPITAL DEL MAR. PASEO MARÍTIMO 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El dolor asociado a la inyección de un fármaco es uno de los factores relacionados con una menor adherencia al tratamiento.

El diseño de una presentación modificada de adalimumab con una aguja de menor calibre y una nueva formulación, libre de citrato y con menor volumen, tiene como objetivo disminuir el dolor asociado a la administración.

El objetivo de este estudio fue evaluar la reducción del dolor asociada a la inyección de la nueva presentación de adalimumab frente a la presentación antigua valorada por el propio paciente, así como los potenciales factores asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo durante el cambio de presentación de adalimumab (2017) en la Unidad de Atención farmacéutica a pacientes externos de un hospital universitario de tercer nivel.

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con adalimumab que habían recibido la presentación anterior y la nueva. La evaluación del dolor asociado a la inyección se llevó a cabo mediante una escala visual analógica (EVA).

Datos recogidos: demográficos; país de origen; patología; lugar inyección; frecuencia de administración; número de dosis administradas antes del cambio (DOSIS-PRE); naïve a biológicos; puntuación EVA con la presentación anterior (EVA-PRE) y con la nueva (EVA-POST); medicación concomitante.

El valor EVA se analizó tanto como una variable continua como categorizada en 3 grupos en función del EVA de base: leve 0-3; moderado 4-6; intenso 7-10.

Estadística: mediana e intercuartil para las variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 201 pacientes; 53,4 (42,8-61,4) años; 84 (41,8%) mujeres; 171 (85,1%) nacionalidad española; 106 (52,7%) espondiloartritis, 37 (18,4%) enfermedad inflamatoria intestinal, 34 (16,9%) artritis reumatoide y 24 (11,9%) psoriasis; frecuencia de administración: 12 (6,0%) cada semana, 155 (77,1%) cada 2 semanas, 32 (15,9%) cada 3 semanas, 4 (2,0%) cada 4 semanas; DOSIS-PRE 164 (87-231); 149 (73,40%) naïve a biológicos; 123 (61,2%) con medicación concomitante para la patología.

Un total de 178 (88,6%) pacientes experimentaron un menor dolor con la nueva presentación (EVA-PRE: 6 (4-8) vs EVA-POST: 0 (0-2) ($p < 0,001$)).

Reducción del dolor (mediana) según EVA de origen categorizado: EVA-PRE leve (34 pacientes): 2 (2-2) a EVA-POST: 0 (0-1); EVA-PRE moderado (85 pacientes): 4 (4-6) a EVA-POST: 1 (0-2); EVA-PRE intenso (82 pacientes): 8 (8-10) a EVA-POST: 1 (0-2).

El sexo femenino fue la única variable asociada a una mayor diferencia entre EVA-PRE y EVA-POST en el modelo de regresión, siendo en los hombres 1,03 puntos menor que en las mujeres ($p < 0,013$). EVA-PRE y EVA-POST: hombres 5 (4-8) a 0 (0-2), mujeres 7 (4-8,5) a 1 (0-2).

Conclusiones

La mayoría de pacientes reportaron una mejor tolerabilidad a la nueva presentación de adalimumab, observándose una reducción de aproximadamente 6 puntos en la escala EVA.

El menor dolor asociado a la inyección de la nueva presentación fue independiente del dolor de base reportado con la antigua presentación.

Las mujeres experimentaron una mayor percepción de la disminución del dolor tras la introducción de la nueva presentación.

Esta reducción del dolor podría asociarse a una mejor adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**889. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB E IXEKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA A GRAVE****AUTORES**

MONTOLIU ALCÓN P, SEGUÍ SOLANES C, CORRAL FORTEZA M, IGLESIAS SANCHO M, PONS BUSOM M
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de los fármacos inhibidores de la interleucina 17 (anti-IL 17) en el tratamiento de la psoriasis en placa de moderada a grave en pacientes adultos en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluye a todos los pacientes tratados con ixekizumab y secukinumab desde diciembre-2015 hasta enero-2018 en un hospital universitario de segundo nivel. Las variables registradas fueron: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), línea de tratamiento, motivo fin de tratamiento y los índices Psoriasis Area Severity Index (PASI), Body Surface Area (BSA) y Dermatology Life Quality Index (DLQI). La efectividad se midió con las respuestas PASI 75/90/100 (% de reducción de las lesiones con respecto al valor inicial de PASI) a las semanas 12 y 52 del inicio del tratamiento, y mediante la obtención de una puntuación del DLQI entre 0-1 (sin afectación en la vida del paciente). Los datos se obtuvieron del registro de las dispensaciones farmacológicas y de la revisión de las historias clínicas informatizadas del hospital.

El estudio estadístico se realizó con el programa Stata/IC versión 14. La relación entre el PASI y la línea de tratamiento se realizó mediante la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 33 pacientes, 73% varones, con una edad media de 52,3 años (rango 31-80) y un IMC medio de 26,7 kg/m² (SD=5,1). El 81,8% (27/33) de los pacientes fueron tratados con secukinumab. En el 51,5% (17/33) de los casos se utilizó anti-IL 17 como primera línea de tratamiento biológico; en el 15,5% (5/33) como segunda; en el 12,1% (4/33) como tercera y en el 21,2% (7/33) como cuarta o sucesivas. Las medias basales de los índices fueron: PASI=11,9 (SD=6,4); BSA=21 (SD=16); y DLQI=15 (SD=6,5). La duración media del tratamiento fue de 52,8 semanas (SD=27,5). Un total de 18 pacientes cumplieron 52 semanas con anti-IL 17.

Los resultados obtenidos a la semana 12 de tratamiento en cuanto a PASI 75/90/100 fueron del 81,8% (27/33), 57,6% (19/33) y 51,1% (17/33) respectivamente, obteniendo un DLQI entre 0-1 el 76,9% (25/33) de los pacientes. En la semana 52, el 77,8% (14/17) consiguió una respuesta PASI 75 y PASI90 y el 66,7% (12/18) un PASI 100. Además, el 86,7% (13/15) obtuvo un DLQI entre 0-1.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,1$) en la relación entre PASI 75/90/100 y línea de tratamiento en las semanas 12 y 52.

En 8 pacientes fue necesaria la suspensión del tratamiento (24,2%), todos con secukinumab. El 87,5% (7/8) fue por pérdida de eficacia y el 12,5% (1/8) por aparición de efectos adversos leves. Todos habían recibido al menos 33 semanas de tratamiento.

Conclusiones

En nuestro estudio, secukinumab e ixekizumab han demostrado efectividad a corto y largo plazo; con unos resultados semejantes a los publicados en los ensayos clínicos de aprobación. Además, mostraron un buen perfil de seguridad, ya que solamente se suspendió un tratamiento por efectos adversos.

Por lo tanto, representan una buena opción terapéutica para el tratamiento de la psoriasis en placa de moderada a grave, incluido en aquellos pacientes refractarios a otros tratamientos biológicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**910. EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE MAL CONTROLADO****AUTORES**

SÁNCHEZ GONZÁLEZ JL, MOLINA CASABÁN C, CLIMENTE MARTÍ M, RUIZ MILLO O, CORTÉS SÁNCHEZ CJ, NAIRI - G
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de Omalizumab para el tratamiento del asma alérgico grave en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado desde agosto-2011 hasta abril-2018 en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes pediátricos diagnosticados de asma alérgico grave que iniciaron Omalizumab como tratamiento de segunda línea tras un mal control de síntomas con glucocorticoides o agonistas β -adrenérgicos de larga duración.

Se recogieron variables demográficas, como edad y sexo; relacionadas con la enfermedad, como IgE inicial (U/ml) y volumen espiratorio forzado en el primer segundo -FEV1- (L/btps); y con el tratamiento, como duración (meses) y número y tipo de fármacos asociados a la patología respiratoria.

La efectividad se evaluó en base a cuatro criterios consensuados: 1) valoración clínica médica, 2) aumento de FEV1 frente al basal, 3) ausencia de exacerbaciones asmáticas que causaran visita a urgencias y 4) reducción del número de fármacos asociados a los 6, 12 y 24 meses tras el inicio del tratamiento. Se definió como paciente respondedor aquel que cumplía al menos 3/4 criterios.

Análisis estadístico (Stata v15.1): Variables cuantitativas expresadas como mediana(rango intercuartílico) y categóricas, en porcentaje. La comparación del número de fármacos asociados a cada uno de los tiempos medidos con respecto al basal, así como la variación del FEV1 se realizó mediante una prueba de datos apareados de Wilcoxon Rank-sum test.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 30 pacientes, mediana de edad de 13(11-15) años y 57% mujeres. La mediana de IgE previa al tratamiento fue de 400(211-950)U/mL. La mediana de duración del tratamiento fue de 42(32-49)meses. Un 10% de los pacientes no tenía prescrito ningún fármaco asociado, mientras que el 36% tenían asociados dos, el 47%, tres y el 7%, al menos cuatro. La valoración subjetiva del médico fue de buena evolución en el 100% de los pacientes. La mediana de FEV1 basal fue de 1,93(1,73-2,43)L/btps, mientras que la mediana de la última registrada tras el tratamiento con Omalizumab fue de 2,38(2,09-2,83)L/btps ($p < 0,001$). Un 57% de los pacientes mejoraron los resultados obtenidos.

Un 53% no presentó exacerbaciones que precisaran atención en urgencias. Un 20% acudió en una única ocasión, el 3% dos episodios y el 24% restante al menos en tres ocasiones. El número máximo de visitas fue de 8 ocasiones en un paciente.

El número de fármacos prescritos se redujo significativamente a los 6 ($p=0,004$), 12 ($p=0,021$) y 24 ($p < 0,001$) meses tras iniciar Omalizumab. A los 24 meses, se redujo el número de fármacos en un 63% de los pacientes (74% uno, 21% tres y 5% cuatro fármacos). De los 22 pacientes con corticoides inhalados prescritos un 72% suspendió la corticoterapia. Según los criterios de efectividad consensuados, un 61% de los pacientes fueron considerados respondedores, 34% cumplían 3/4 criterios y 27%, 4/4.

Omalizumab como segunda línea de tratamiento en asma mal controlado fue efectivo en un 61% de la población estudiada, mejorando la función pulmonar y permitiendo la retirada de fármacos asociados en más del 50% de los pacientes sin afectar al control sobre la sintomatología.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

958. EXPERIENCIA DE USO DE HIERROCARBOXIMALTOSA EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

SEGUÍ SOLANES C, MORLÀ CLAVERO G, CAMPOY CASTAÑO D, MATA GIRAU E, MONTOLIU ALCÓN P, PONS BUSOM M
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad del hierrocarboximaltosa (HCM) en la práctica clínica habitual en pacientes no ingresados. Valorar la adecuación de uso de HCM según las recomendaciones en ficha técnica (FT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, en dos centros hospitalarios universitarios de segundo nivel. Se evaluaron todos los pacientes tratados con HCM en Hospital de Día durante el año 2017. Se obtuvieron datos demográficos (edad, sexo, peso, motivo de prescripción, servicio prescriptor), datos de seguridad y datos analíticos (dosis recibida, hemoglobina (Hb), ferritina e índice saturación transferrina (IST) pre-infusión y tras 4-8 semanas post-infusión). Para valorar la adecuación del tratamiento se consideró que cumplía los criterios de FT si el peso estaba registrado en la historia clínica y si la dosificación era la indicada en FT según Hb y peso. El tratamiento se consideró efectivo si la diferencia de Hb era ≥ 2 g/dl. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA® versión 14. La relación entre las cuantitativas se realizó mediante la prueba t de Student, y la relación entre las variables cualitativas mediante la Chi-cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trataron un total de 210 pacientes. Edad media 60,3 años (rango 18-95), 74,3% (156/210) mujeres, peso 73,5 kg (SD 15,3).

La pauta de HCM la realizó un 47,6% Hematología, 28,6% Medicina Interna, 11,9% Oncología y un 11,9% otros servicios. El motivo de prescripción fue: anemia ferropénica 65,7%, anemia multifactorial 16,7%, optimización prequirúrgica 14,2% y por sangrados 3,4%. Las dosis recibidas fueron de: 1.000 mg el 53,9%, 500 mg el 23,5%, 2.000 mg el 15,3% y 1.500 mg el 7,3%.

Los valores medios previos a la administración de HCM eran de Hb 10,3 g/dl (SD 1,7), ferritina de 61 ng/ml (SD 175) e IST 11,8% (SD 8,9). Tras la administración de HCM se observó un aumento medio de: 1,7 g/dl (SD 1,7) de Hb, 283 ng/ml (SD 326) de ferritina y 17,1% (SD 12,8) de IST. El 38,2% de los pacientes cumplieron el objetivo terapéutico. Los pacientes tratados por Hematología aumentaron la Hb 2,0 g/dl (SD 0,18) vs 1,3 g/dl (SD 0,18) del resto de especialidades ($p=0,01$). El 16,2% de los pacientes cumplían los criterios de FT. Del 83,8% restante, un 61,9% se infradosificaron según FT, un 4,7% se sobredosificó, y un 17,2% no tenía el peso registrado en la historia clínica. Un 25% de los pacientes tratados por Hematología cumplían los criterios de FT vs el 11,1% del resto de especialidades ($p=0,021$).

El 0,5% (1/210) de los pacientes reportaron problemas relacionados con la infusión de HCM (hipotensión).

Conclusiones

En nuestro estudio, el aumento de Hb en los pacientes tratados con HCM en Hospital de Día es inferior al esperado.

Este dato se corrobora sobretudo en aquellos pacientes no tratados por el Hematología ya que tienden a utilizar dosis inferiores a las recomendadas en ficha técnica.

Con estos resultados, se ha procedido a la actualización y difusión de un nuevo protocolo de uso de hierro endovenoso para pacientes no ingresados.

El HCM se considera un fármaco seguro ya que los problemas de administración reportados durante la administración fueron inferiores al 1%.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1294. EXPERIENCIA Y CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE CON PSORIASIS EN LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

AUTORES

POU ALONSO A, GARCÍA GIL M, HORCAJADA REALES C, ROMERO MATE A, ONTAÑÓN NASARRE A, HERNÁNDEZ MUNIESA B, LETELLEZ FERNÁNDEZ J, CANDEL GARCÍA B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CAMINO DEL MOLINO Nº2. MADRID

OBJETIVOS

Conocer la percepción del paciente con psoriasis como usuario del Servicio de Farmacia y Servicio de Dermatología de un hospital de segundo nivel e identificar propuestas de mejora en la Atención al Paciente como línea estratégica de un plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

DISEÑO

Para recoger la información necesaria se siguió una metodología de Focus Group (grupo focal). Inicialmente se estimó un grupo de 15-20 participantes que cumplieran el siguiente perfil: diagnóstico de psoriasis y tratamiento farmacológico activo, heterogeneidad respecto a edad, sexo, situación laboral y ausencia de problemas cognitivos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Creación de un equipo multidisciplinar.
2. Selección de pacientes.
3. Reunión grupal.
4. Presentación de resultados.

IMPLANTACIÓN

Se estableció un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 3 dermatólogos y 2 farmacéuticos para la selección de pacientes y elaboración de un guión para el desarrollo de la reunión grupal. La captación de pacientes se realizó mayoritariamente por vía telefónica.

La reunión de los pacientes seleccionados tuvo lugar en marzo de 2018 en una sala habilitada en las instalaciones del hospital. La duración aproximada fue de 2 horas en horario de tarde. La sesión fue coordinada por una dinamizadora de una consultora de salud y sin la asistencia de ningún profesional sanitario del hospital.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se contactó con 48 pacientes, 37 de ellos con tratamiento de dispensación o administración hospitalaria. Los pacientes que confirmaron asistencia a la reunión grupal fueron 19, 52,6% hombres, edad media de 51,4 años (rango:38-70), 4 de ellos en tratamiento sistémico de dispensación en oficina de farmacia (3 Metotrexato, 1 Acitretina), 2 en tratamiento con Apremilast y 13 en tratamiento biológico (4 Secukinumab, 4 Adalimumab, 2 Ustekinumab, 1 Etanercept, 1 Ixekizumab y 1 Infliximab).

Algunos de los aspectos que más valoraron los pacientes fueron la figura del dermatólogo como referencia para el control de su enfermedad y la Atención Farmacéutica no solo como un servicio de dispensación, sino como asesoría e información de su tratamiento y manejo de los dispositivos de administración. También consideraron adecuadas las instalaciones y los tiempos de espera en consulta y servicio de farmacia. Los pacientes en tratamiento biológico valoraron de forma muy positiva el cambio que produjo en su calidad de vida.

Las propuestas de mejora planteadas por los pacientes fueron la realización de reuniones periódicas para poder hablar entre pacientes con la misma patología e inquietudes; disponer de asesoramiento sobre nutrición y ejercicio; atención psicológica y mayor información sobre la enfermedad y especialmente en la investigación de nuevos tratamientos.

Limitaciones: Muchos de los pacientes seleccionados no pudieron acudir a la reunión propuesta por motivos laborales, académicos (pacientes jóvenes) o por conciliación familiar.

En general, los pacientes no tienen conciencia sobre las comorbilidades asociadas a la patología psoriásica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La metodología Focus Group permite conocer de manera sencilla la información necesaria para mejorar la Atención Sanitaria que percibe el paciente que acude regularmente a recoger tratamiento a un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1302. RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN TRATAMIENTO CON TOLVAPTÁN

AUTORES

MOLINA CASABAN C, RUIZ MILLO O, PELEGRÍN CRUZ R, GALBIS BERNÁCER AM, PANTOJA PEREZ J, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTI M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar los resultados percibidos por el paciente (patient reported outcomes-PRO-) en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) tratados con tolvaptán.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional realizado en marzo de 2018 en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes adultos con PQRAD en tratamiento con tolvaptán según posología de ficha técnica. Variables recogidas: edad, sexo, duración del tratamiento, filtrado glomerular (CKD-EPI), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), antecedentes de

infecciones urinarias, cólicos nefríticos, microalbuminuria y macrohematuria.

Para evaluar los PRO se consideraron: 1) Calidad de vida relacionada con salud mediante cuestionario SF-36v.2 que valora la dimensión física (PCS) y mental (MCS) entre 0-100 puntos (mayor puntuación, mejor salud) y se pondera por población española (< 50, 50 o > 50 puntos indican peor, igual o mejor estado de salud, respectivamente); 2) Satisfacción con el tratamiento mediante cuestionario TSQMv.1.4 que consta de cuatro dominios (efectividad, efectos adversos (EA), conveniencia y satisfacción global) con puntuación de 0-100 (sumamente insatisfecho-sumamente satisfecho); 3) Adherencia al tratamiento mediante cuestionario SMAQ; 4) Percepción de cambio en estado de salud con escala Patient Global Impression of Change tipo Likert (1-3=mejor, 4=igual, 5-7=peor).

Análisis estadístico (Stata v14.2): Variables cuantitativas normales: media (DE) y no normales: mediana (rango intercuartílico). Prueba de normalidad: Shapiro-Wilks. Prueba de fiabilidad: α -Cronbach ($\alpha > 0,9$: muy alta). Comparación según duración del tratamiento (≤ 12 meses vs > 12 meses): prueba chi² (variables categóricas) y prueba Fisher-Pitman (variables cuantitativas). $p < 0,05$: significativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 14 pacientes, 49(6) años de edad media, 8/14 mujeres, 8/14 con tratamiento > 12 meses, 8/14 con HTA y ningún paciente DM. El filtrado glomerular basal medio fue 51(14)mL/min/1,73m², 4/10 presentaban antecedentes de infecciones urinarias, 5/14 cólicos nefríticos, 8/14 macrohematuria y 7/14 microalbuminuria.

Calidad de vida: la puntuación mediana de PCS fue de 86(59-91) y MCS de 84(75-89) (α -Cronbach=0,86) y ponderado por población española: PCS=51(40-53) y MCS=52(49-56). La puntuación de PCS mejoró en los pacientes con > 12 meses de tratamiento (90(86-92 vs 67(55-82); $p=0,02$).

Satisfacción con tolvaptán: La mediana de puntuación obtenida en orden ascendente de valoración fue en efectividad de 67(61-72), en satisfacción global de 69(61-76), en conveniencia de 78(67-89) y en EA de 88(75-100) puntos.

(α -Cronbach=0,74), con diferencias estadísticamente significativas para los EA, siendo mayor la satisfacción en los pacientes con > 12 meses de tratamiento (100(88-100) vs 66(19-75); $p=0,003$).

Adherencia: el 71,4% (10/14) de los pacientes fueron adherentes sin diferencias según la duración del tratamiento.

Percepción de cambio en estado de salud: 8/14(57,1%) pacientes consideraron que habían mejorado (2/6 si ≤ 12 meses vs 6/8 si > 12 meses), 5/14 (35,7%) se mantenían igual (3/6 si ≤ 12 meses vs 2/8 si > 12 meses) y 1/14 había empeorado ($p=0,23$).

Conclusiones

Los pacientes con PQRAD tratados con tolvaptán presentan una calidad de vida similar a la población española y una satisfacción global con el tratamiento de 69/100 puntos. El 71,4% de los pacientes fueron adherentes y el 57,1% consideraron que su estado de salud había mejorado tras iniciar el tratamiento. En pacientes tratados > 12 meses, mejoró la PCS y mostraron mayor satisfacción con los efectos adversos sugiriendo una mayor tolerancia al tolvaptán en tratamientos prolongados.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

681. EVALUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PARCHES DE LIDOCAÍNA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES

LLANOS GARCÍA MT, CAPILLA SANTAMARIA E, GONZÁLEZ MARTÍNEZ M, CAÑAMARES ORBIS I, MAYORGA BAJO I, MARTÍNEZ CASANOVA N, FERNÁNDEZ PEÑA S, ARANGUREN OYARZÁBAL A
SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. CENTROS SOCIOSANITARIOS. PLAZA DE CARLOS TRIAS BERTRÁN, 7. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adecuación a ficha técnica de las prescripciones de parches de lidocaína en residencias de mayores (RM) públicas. Determinar el grado de aceptación y el impacto económico de las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo multicéntrico de 12 meses de duración en 20 RM públicas desde abril de 2017 a marzo de 2018. A partir de la historia clínica electrónica de la residencia, se obtuvo un listado de las prescripciones de parches de lidocaína realizadas en las RM durante el periodo de estudio. Se registraron las siguientes variables: número de prescripciones, identificación del residente, nombre de la RM; demográficas: sexo (mujer/hombre) y edad; relacionadas con la adecuación a ficha técnica (FT): indicación autorizada: neuralgia postherpética (NPH), indicaciones fuera de FT: [neuropatía diabética periférica (NDP), dolor neuropático periférico de otra etiología (DN), dolor musculoesquelético (DM), otras (O)], adecuación a FT (Sí/No), reevaluación a las 2-4 semanas (Sí/No), fecha de inicio y finalización de la prescripción, número de días prescrito, prescripción inducida (Sí/No), servicio que lo prescribe: traumatología (T), reumatología (RE), urgencias (U), geriatría (G), rehabilitación (R), anestesia-unidad del dolor (A), neurología (N), otros (O); relacionadas con la intervención (retirada del parche): realización (Sí/No), aceptación (Sí/No) y ahorro económico potencial y real estimado derivado [(intervenciones x días x 4.24 € (precio parche día PVPIVA abril 2018)].

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se prescribieron 101 parches de lidocaína, en 87 residentes, pertenecientes a 20 residencias (no hubo prescripciones en 6 de ellas). El 76% fueron mujeres y 24% hombres, con edad media de 85 años (68-99). Las indicaciones fueron: 87 DM,

7 DN, 3 O, 2 NPH, 2 NDP; no hubo adecuación a FT en 99 prescripciones y la reevaluación de la prescripción a las 2-4 semanas se realizó en 31 de ellas; la mediana de duración de tratamiento fue de 102 días (IQR 30-276); la prescripción fue inducida en 23 casos, repartidas por servicios: 7 T, 6 N, 5 A, 2 R, 2 O, 1 U, 0 RE y 0 G. El fármaco intervino en el 70,3% de las prescripciones, de las cuales el 42,3% fueron aceptadas. El ahorro potencial mensual estimado por las intervenciones realizadas fue de 9.031 euros y anual de 109.880 euros. El ahorro real mensual estimado por las intervenciones aceptadas fue de 3.816 euros y anual de 46.428 euros.

La prescripción de parches de lidocaína en indicaciones fuera de FT, sobre todo para tratar dolor musculoesquelético, es muy frecuente y en la mayoría de los casos no inducida por otros servicios. Las intervenciones farmacéuticas han disminuido el uso de los parches de lidocaína en indicaciones no autorizadas con una escasa evidencia científica y han supuesto un ahorro económico importante.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

690. META-ANÁLISIS EN RED DE LAS TERAPIAS INMUNOLÓGICAS EN SEGUNDA LÍNEA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

GIMENO BALLESTER V, TRIGO VICENTE C, AIBAR ABAD P, ARIAS SÁNCHEZ A, PEREIRA BLANCO O, OLIER MARTÍNEZ P, GASSO SÁNCHEZ A, ABAD SAZATORNIL R
HOSPITAL MIGUEL SERVET. ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La aparición de la terapia inmunológica en el área de oncología ha supuesto un avance muy importante. En concreto, en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) se han comercializado en segunda línea tres fármacos, atezolizumab, pembrolizumab y nivolumab, pero no disponemos de estudios comparativos entre ellos.

En este contexto en el que no tenemos comparaciones directas puede ser muy útil la realización de meta-análisis en red. La utilización de la Hazard Ratio (HR) acumulada presenta limitaciones cuando se realizan meta-análisis en red con fármacos inmuno-oncológicos. En estos casos no suele cumplirse la proporcionalidad de los riesgos durante todo el periodo de tiempo. Por este motivo, se ha utilizado el algoritmo propuesto por Ouwens et al. que permite realizar las comparaciones, ajustando la hazard ratio en cada unidad de tiempo.

El objetivo de este trabajo es realizar un meta-análisis en red para evaluar la eficacia comparada de las terapias inmunológicas aprobadas en segunda línea en CPNM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en Medline de los ensayos clínicos pivotaes de atezolizumab, nivolumab y pembrolizumab en pacientes pretratados con CPNM. Con los datos obtenidos se realizó un meta-análisis en red mediante bayesianos utilizando el programa Winbugs®. Se han realizado 2 modelos utilizando las funciones de supervivencia Weibull y Gompertz y 4 modelos polinómicos de orden 2 utilizando las mismas funciones. En base a la heterogeneidad de los estudios, cada uno de los modelos se analizó utilizando un modelo de efectos fijos o de efectos aleatorios. Se analizaron 2 cadenas con 50.000 muestras para obtener las distribuciones posteriores, después de un "burn-in" de 30.000 interacciones.

La convergencia se analizó por el método de Brooks-Gelman-Rubin. Para determinar cuál era el modelo que mejor se ajustaba a nuestros datos se calculó el D.I.C (Deviance Information Criterion). Para cada comparación de tratamientos se calculó la HR y el intervalo de confianza (IC) al 95% en función del tiempo y se construyeron las curvas de supervivencia. Se utilizó un horizonte temporal de 24 meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 5 ensayos clínicos: OAK y POPLAR (atezolizumab vs. docetaxel), CheckMate-017 y CheckMate-057 (nivolumab vs. docetaxel) y KEYNOTE-010 (pembrolizumab vs. docetaxel). El modelo que presentó un mejor ajuste fue modelo polinómico de orden 1 utilizando una distribución de Gompertz. No se encontraron diferencias en la HR de atezolizumab y nivolumab frente a pembrolizumab en todo el intervalo de tiempo. En cambio, la HR de atezolizumab frente a nivolumab presentó diferencias estadísticamente significativas a favor de atezolizumab desde el mes 1 hasta el mes 7, posteriormente desaparecieron las diferencias.

Este estudio demuestra la equivalencia en cuanto a eficacia de atezolizumab y nivolumab frente a pembrolizumab. La realización de este tipo de meta-análisis en red permite la reconstrucción de curvas de supervivencia que sirven como fuente para en la evaluación de fármacos y en la realización de estudios coste-efectividad, lo que redundará en una selección de fármacos más eficiente para el sistema sin perder nunca de vista la seguridad y eficacia en el paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

722. ANÁLISIS DE COSTES DE ERIBULINA VERSUS TRABECTEDINA EN PACIENTES CON LIPOSARCOMA IRRESE-CABLE O METASTÁSICO, PREVIAMENTE TRATADOS CON ANTRACICLINAS

AUTORES

JIMÉNEZ MORALES A, RICO GARCÍA S, MERINO BOHÓRQUEZ V, SEVILLA GARCÍA I, ECHAVE ESPOT M
HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. AVENIDA DE LAS FUERZAS ARMADAS 2, 18014, GRANADA. GRANADA

OBJETIVOS

Estimar el coste/tratamiento con eribulina versus trabectedina en pacientes con liposarcoma irrese-cable o metastásico, previamente tratados con antraciclina desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un modelo de análisis de costes para determinar el coste/tratamiento con eribulina y trabectedina. Se recurrió a un panel de tres expertos en Farmacia Hospitalaria y Oncología. Se incluyeron los siguientes costes directos sanitarios (€2018): farmacológico, administración, monitorización y manejo de acontecimientos adversos (AA). El coste farmacológico (considerando aprovechamiento de viales y coste/mg menor) se calculó con las posologías indicadas en las fichas técnicas (FT) (2 dosis de eribulina los días 1 y 8 del ciclo de 21 días, y 1 dosis de trabectedina por ciclo de 21 días), y considerando una superficie corporal de 1,70m² (guía Génesis). Las duraciones de tratamiento se obtuvieron de los ensayos clínicos pivotaes (2,6 meses en eribulina y 3,0 meses en trabectedina). Se incluyeron los costes de la premedicación con eribulina (dexametasona 8mg/IV en todos los pacientes) y con trabectedina (dexametasona 20mg/IV en todos los pacientes y granisetron (antiemético de menor coste) 1mg/IV en el 50%). Los costes en PVL se calcularon a partir del PVP-IVA (Catálogo de Medicamentos) aplicando deducciones del 7,5% y 4% (RD 8/2010), para eribulina y trabectedina, respectivamente; y costes unitarios de bases de datos (BBDD) de recursos sanitarios. Se consideró que la administración de eribulina se asocia con una infusión intravenosa de menos de 30 minutos en el hospital de día. La administración de trabectedina se realiza por vía central periférica (considerando que el 50% requiere la implantación del Port-a-Cath) con un infusor de 24 horas y su posterior retirada ambulatoria. El coste de monitorización/ciclo de eribulina corresponde a una visita a oncología, dos hemogramas y bioquímicas; el de trabectedina: una visita a oncología/ciclo, y un hemograma, bioquímica y determinación de CPK semanal durante los dos primeros ciclos de tratamiento, y una determinación/ciclo posteriormente. Se incluyeron costes de manejo de AA grados 3-4 con frecuencia de aparición > 5% extraídos de FT. Adicionalmente, el panel de expertos consideró la inclusión del manejo de la neutropenia febril por el alto coste de manejo y su relevancia clínica. Dichos costes se extrajeron de BBDD de recursos sanitarios. Se realizaron análisis de sensibilidad (AS) univariantes para determinar la variabilidad de los parámetros: optimización de viales, $\pm 10\%$ de superficie corporal, en el tratamiento con trabectedina implantación del port-a-cath al 0% y 100% de pacientes por tenerlo o no implantado previamente respectivamente, y dos visitas/ciclo en monitorización con eribulina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El coste/tratamiento por paciente estimado para eribulina fue de 7.568,17€ frente a 24.666,52€ para trabectedina. La eribulina supuso menores costes de todos los conceptos analizados versus trabectedina: farmacológico (5.300,98€ vs. 21.224,99€), premedicación (3,82€ vs. 11,74€), administración (1.066,02€ vs. 1.499,15€), monitorización (486,81€ vs. 667,78€) y manejo de AA (714,37€ vs. 1.274,60€). En todos los AS, el tratamiento con eribulina supuso menores costes que trabectedina.

El tratamiento de pacientes con liposarcoma irresecable o metastásico, previamente tratado con antraciclina, con eribulina versus trabectedina generaría ahorros al SNS de 17.098,35€ tratamiento/paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

783. NUEVO REGLAMENTO DE ENSAYOS CLÍNICOS: IMPACTO EN LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE CATALUÑA

AUTORES

REDONDO CAPAFONS S, QUINTANA RIERA S, GIMÉNEZ GÓMEZ N, GARCÍA VICENTE JA, MARCH LÓPEZ P, NICOLÁS PICÓ J, FERNÁNDEZ LASTRA C, MARIÑO HERNÁNDEZ EL
HOSPITAL MUTUA DE TERRASA. PZA. DR. ROBER, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

España fue el primer país de la Unión Europea (UE) en aplicar el Reglamento nº536/2014 en enero de 2016, mediante la publicación del Real Decreto (RD) 1090/2015.

El objetivo es cuantificar su impacto en la dinámica de los Comités de Ética de Investigación con Medicamentos (CEIm) catalanes y la satisfacción de sus miembros.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se diseñó un cuestionario con tres secciones: composición y características de los CEIm, percepción de cambios en su actividad de evaluación y de seguimiento (se distinguió entre proyectos de ensayos clínicos (EC) y no EC) y satisfacción de sus miembros. En la sección de satisfacción se preguntó por la labor del comité antes y después de la nueva legislación. Se graduaron las respuestas del 1 al 10, siendo el 1 ningún cambio/ninguna satisfacción y el 10 el cambio máximo/satisfacción máxima con un campo para comentarios. El cuestionario se envió por correo electrónico un año después de la entrada en vigor del RD 1090/2015 a los 31 CEIm acreditados en Cataluña, garantizándose la confidencialidad de los datos. Se clasificaron los CEIm en tres grupos según su actividad: baja (CEIm-B), media (CEIm-M) y alta (CEIm-A).

Se realizó estadística descriptiva con medias, desviación estándar (DE) y moda para las variables cuantitativas y números absolutos y porcentajes para las variables cualitativas. Se utilizó el programa estadístico SPSS.v.19 calculando la significación estadística mediante el test t de Student; significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La participación de los CEIm fue del 61,2%. La puntuación media de percepción sobre los cambios del nuevo RD fue de 6,9 puntos para la evaluación de EC (DE 3,5; moda 10), de 5,5 en su seguimiento (DE 3,3; moda 1), de 5,4 en la evaluación de proyectos no EC (DE 3,3; moda 1) y de 4,2 en su seguimiento (DE 3,4; moda 1).

Se observó una mayor satisfacción en el periodo previo, de 7,8 puntos (DE 1,4; moda 7) por 6,6 (DE 2,2; moda 5) en el periodo actual ($p = 0,011$), si bien la satisfacción de los CEIm-A no varió, mientras que disminuyó en los CEIm-M y CEIm-B ($p = 0,09$).

Destacar que el 100% de los CEIm-M y el 87,5% de los CEIm-B sufrieron una importante disminución de EC, aunque en los CEIm-M aumentó la evaluación de proyectos no EC y la función de apoyo metodológico y ético. Los comentarios de los CEIm-A se contradicen, observándose problemas relacionados con necesidades informáticas y dificultades de coordinarse con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la emisión del dictamen.

Conclusiones

El RD 1090/2015 ha modificado la dinámica y la actividad en todos los CEIm. La percepción general en Cataluña no ha sido positiva por ahora y pesan más los aspectos negativos y las dudas que las mejoras obtenidas. La actividad del CEIm influye sobre la percepción, mostrándose más insatisfechos los CEIm con menor actividad. El sentir de los CEIm es la pérdida de proximidad entre el EC y los pacientes participantes en cada centro.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

12. ESTUDIOS IN VITRO, EX VIVO E IN VIVO PARA LA CARACTERIZACIÓN GALÉNICA DEL HIDROGEL OFTÁLMICO DE CISTEAMINA PARA SU USO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CISTINOSIS OCULAR

AUTORES

FERNÁNDEZ FERREIRO A, LUACES RODRIGUEZ A, AGUIAR FERNÁNDEZ P, DÍAZ TOMÉ V, GONZÁLEZ BARCIA M, RODRIGUEZ ARES MT, OTERO ESPINAR FJ, LAMAS MJ
COMPLEXO HOSPITALARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CALLE DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es caracterizar galénicamente un hidrogel oftálmico de cisteamina para ser usado como formulación magistral en pacientes pediátricos con cistinosis ocular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental en el que se caracteriza un hidrogel ocular mucoadhesivo a base de ácido hialurónico al 0,4% con cisteamina al 0.55% (HCist). Como formulación comparativa se utilizó el colirio de cisteamina que utiliza como vehículo BSS (CCist).

Se realizan los siguientes ensayos:

A) Evaluación in vivo de la biopermanencia ocular: El hidrogel se radiomarcó con fluor18 y este se instiló a ratas Sprawedawley. Tras la instilación, los animales fueron introducidos a diferentes tiempos en un microPET/CT y posteriormente se determinó el perfil farmacocinético ocular mediante la medición del aclaramiento lacrimal.

B) Liberación in vitro: La liberación de cisteamina se estimó mediante el uso de células de Franz en contacto con fluido lacrimal artificial. Para la determinación de las muestras, se usó cromatografía líquida-espectrómetro de masas en tándem (UPLC-MS/MS).

C) Evaluación de la permeación transcorneal ex vivo: La permeación se evaluó utilizando córneas bovinas. Las córneas se colocaron en células de Franz y se determinó, mediante UPLC-MS/MS, el paso de cisteamina desde la zona epitelial a la endotelial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los estudios de biopermanencia ocular muestran que el hidrogel de cisteamina presenta un alto tiempo de retención en la superficie ocular. Los datos se ajustaron a un modelo mono exponencial dependiente del tiempo y se observa que después de 1 hora tras la instilación, el 48% del HCist permanece en la cornea mientras que solo lo hace el 16% del CCist. Del estudio de liberación in vitro determinamos que el hidrogel pueden controlar la liberación de cisteamina a lo largo del tiempo, mostrando una cinética de orden cero durante cuatro horas. Al mismo tiempo, este hidrogel actúa como promotor de la absorción corneal. Los resultados indican que solo el 0.09% de la cisteamina fue capaz de penetrar durante 5 h desde el CCist, sin embargo este porcentaje se incrementa hasta el 0,45% cuando se utiliza el HCist.

El hidrogel oftálmico de cisteamina muestra unas características galénicas idóneas para su utilización como formulación magistral. Muestra una biopermanencia ocular elevada que permite cómodas posologías, libera de manera controlada la cisteamina y actúa como promotor en el paso de la cisteamina a través de la córnea.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

44. FORMULATION OF 5% ACETYLCYSTEINE EYE DROPS

AUTORES

MACIA FUENTES L, TRELLES CAMPA A, BERISA PRADO S
INSTITUTO OFTALMOLOGICO FERNANDEZ-VEGA. AV. DOCTORES FERNÁNDEZ VEGA, 34. ASTURIAS

OBJETIVOS

Develop a 5% acetylcysteine ophthalmic formulation and optimize patient tolerance

MATERIALES Y MÉTODOS

Acetylcysteine has been used for the treatment of various eye conditions such as dry eye or keratoconjunctivitis sicca, but it has not yet been possible to develop a standard formulation that is well tolerated and meets pH and Osmolarity levels. Three formulations of acetylcysteine 5% were elaborated by aseptic technique, they were used as starting products Acetylcysteine 10% (Flumil® 10%) Acetylcysteine 20% (Hidonac antidote®) both diluted with Liquifilm® tears (Allergan) and in the third of Acetylcysteine active ingredient. They were packed in topaz glass eye drops.



The pH and osmolarity of the samples were subsequently checked. The determination of pH was made with Futech pH510® and the osmolarity with Autoosmostat Daiichi OH-620®. Stability was determined by calculating the risk matrix and based on the preparation and quality criteria of the preparation.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

The organoleptic properties of the three formulas were acceptable, as well as their cleanliness. The pH and osmolarity results were; Formulation from Flumil®: pH: 6,97 and 772 mOsm/L, from Hidonac® pH:9,94 and 862 mOsm/L and from active principle pH:8,9 and 479 mOsm/L.

Because the commercial preparations are hypertonic, this high osmolarity can reduce the concentration of active ingredient in the ocular surface, thus diminishing the effectiveness of eye drops, so we can conclude that the formula that best fits the physiology of natural teardrop and therefore will be more effective and better tolerated is acetylcysteine drops 5% from active principle.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

50. ESTABILIDAD DE UNA FORMULACIÓN DE FENILEFRINA 10% COLIRIO

AUTORES

BERISA PRADO S, MACIA FUENTES L, TRELLES CAMPA A, GONZÁLEZ GARCÍA B, FANJUL BOLADO P
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO FERNANDEZ VEGA. AVENIDA DRES. FERNÁNDEZ-VEGA Nº 34. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estudiar la estabilidad de la fórmula magistral Fenilefrina 10% colirio, utilizado para diagnóstico en las consultas de oftalmología, con el objetivo de cubrir los desabastecimientos que se producen por parte de la industria farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboran 20 colirios de fenilefrina 10%, 10 de cada lote, partiendo de materia prima, Fagron, y como excipiente, en el primer lote utilizaremos cloruro sódico 0,9% (NaCl 0,9%) y agua para inyección (API) y en el segundo Solución Salina Balanceada (Alcon®) (BSS) y agua para inyección. Se conservan en frigorífico, entre 2-8°C, estudiando la evolución de la concentración de fenilefrina mediante sensores desarrollados por Dropsens® para medir la cantidad de fenilefrina por Voltamperometría.

Debido a que la fenilefrina es electroquímicamente activa, dicha señal detectada mediante los sensores desarrollados, está relacionada con la concentración del fármaco, pudiéndose monitorizar los cambios en la concentración de la misma a lo largo del tiempo.

El procedimiento de análisis llevado a cabo es el siguiente: Se deposita una gota de 70 µL de la disolución a analizar cubriendo 3 electrodos del DRP-110 2. Se realiza la medida electroquímica empleando la siguiente técnica: Voltamperometría de pulso diferencial (DPV).

Cada medida se hace por quintuplicado.

La concentración de fenilefrina está calculada por interpolación de la señal medida en la curva de calibración y multiplicada por el factor de dilución aplicado para poder hacer las determinaciones.

También se realiza una validación galénica de la fórmula durante el periodo de estabilidad estudiado, midiendo pH con pHmetro y la Osmolaridad con el Osmómetro, así como las características organolépticas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS: Las medidas de las diferentes formulaciones se detallan a continuación, detallando la media de cada semana.

Concentración:

SEMANA 0 SEMANA 1 SEMANA 2 SEMANA 3 SEMANA 4

Fenilefrina 10% disuelto en API + NaCl 0.9% 440.8 505.2 510.6 560.7 524.3

Fenilefrina 10% disuelto en API + BSS 535.5 525.8 536.3 546.0 552.4

pH:

SEMANA 0 SEMANA 1 SEMANA 2 SEMANA 3 SEMANA 4

Fenilefrina 10% disuelto en API + BSS 5,82 5,77 5,76 5,73 5,74

Fenilefrina 10% disuelto en API + NaCl 0.9% 5,96 5,71 5,42 5,38 5,31

Osmolaridad:

SEMANA 0 SEMANA 1 SEMANA 2 SEMANA 3 SEMANA 4

Fenilefrina 10% disuelto en API + BSS 808 818 836 907 939

Fenilefrina 10% disuelto en API + NaCl 0.9% 848 856 861 887 927

Fenilefrina 10% comercial (Alcon®) pH= 7.2, 972 mOsm/L

Los caracteres organolépticos permanecen estables durante las 4 semanas de estudio.

Conclusiones

Podemos afirmar que la concentración de fenilefrina permanece estable durante 4 semanas conservándolo entre 2-8°C, así como la estabilidad físico química de la misma. No observándose diferencias estadísticamente significativas.

Las fórmulas magistrales elaboradas en los Servicios de Farmacia cubren las necesidades terapéuticas y diagnósticas durante los desabastecimientos por parte de la industria farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**232. ESTANDARIZACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA: ENCUESTA MULTICENTRICA NACIONAL****AUTORES**

TRIPIANA RALLO M, MONTAÑES PAULS B, RAGA JIMENEZ C, PASCUAL MARMANEU O, CONDE GINER S, MAIQUES LLACER FJ, SANTOS SAN SEGUNDO M, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVD/ BENICASIM S/N CP:12004. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Conocer el procedimiento de prescripción, formulación y elaboración de las nutriciones parenterales pediátricas neonatales (NPPN) en los hospitales españoles, para realizar un análisis de la variabilidad encontrada en los procedimientos identificados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo, en el que en marzo de 2018, se remitió una encuesta a los socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, a través de la lista SEFH, con un total de 18 preguntas que permiten identificar los procesos indicados en los objetivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Respondieron al cuestionario un total de 60 hospitales, todos ellos dotados con unidades de cuidados intensivos pediátricos. Únicamente se analizaron los datos de aquellos hospitales donde se preparan NPPN, en total 55 Servicios de Farmacia diferentes.

El 49% no dispone de sistema de prescripción electrónica para las mismas. Está poco extendido el uso de preparados tricamerales, únicamente utilizadas por el 13,0%, ya que el 67,3% de los servicios de farmacia refiere que las NPPN se formulan de forma individualizada. Las nutriciones parenterales de primer día se preparan bajo demanda en el 52,7% de los casos, mientras que en el resto se dispone de un stock.

El fosfato inorgánico continúa utilizándose como primera opción en un 10,4% de los hospitales, a pesar de generar precipitados con el calcio, con mayor facilidad, que los fosfatos orgánicos. La suplementación diaria de vitaminas, oligoelementos y zinc se realiza en el 92,7%, 90,9% y 70,9% de los casos, respectivamente.

Se observa poca homogeneidad en cuanto al uso de mezclas ternarias, respondiendo a la inestabilidad de estas emulsiones si no se siguen estrictas recomendaciones de preparación. El 49,1% de los hospitales encuestados elaboran siempre las NPPN incluyendo los lípidos en la misma bolsa, frente al 36,4% en los que estos se administran por separado en todos los casos. En el resto, las nutriciones se preparan en forma de mezclas ternarias únicamente cuando su composición se ajusta a criterios de estabilidad.

La misma falta de consenso se observa en cuanto a la adición de heparina. El 50,9% de los hospitales nunca la añaden a sus nutriciones. El uso o no de heparina viene relacionado directamente con la elaboración de las nutriciones como mezclas ternarias, ya que se inestabilizan con la disminución del pH que produce la heparina. Así, según los datos analizados, aquellos que siempre añaden heparina, nunca elaboran las nutriciones como emulsión, exceptuando 4 hospitales (7,2% de los encuestados), que añaden heparina a la mezcla ternaria.

Existe una enorme variabilidad de la estabilidad otorgada a las nutriciones, (desde 24 horas a 31 días), si bien es cierto que se hace referencia a formulas de muy diferente composición. En muchos hospitales, la estabilidad de 24 horas responde a la preparación individualizada, lo que dificulta notablemente la reutilización para otro paciente.

El uso de bolsas fotoprotectoras, recomendada para evitar la degradación de vitaminas y generación de peróxidos, es seguido por un 89,1%.

La prescripción y elaboración de la NPPN en España está sujeta a una gran variabilidad. A diferencia de su utilización en adultos, la estandarización y elaboración como mezclas ternarias es poco frecuente. Existe controversia y falta de recomendaciones claras respecto al uso de heparina, reflejada en la variabilidad de la práctica clínica, quedando patente la necesidad de posicionamientos firmes sobre su uso para el mantenimiento de las pequeñas vías usadas en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**326. REDOSIFICACIÓN DE SUGAMMADEX EN JERINGAS DE 50 MG/5 ML PARA LA REVERSIÓN DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL INDUCIDO POR ROCURONIO****AUTORES**

GONZALEZ VALDIVIESO J, GONZALEZ NAVARRO M, ROURE NUEZ C, GARCIA EROLES X, MIQUELAY BORRAS J
CONSORCIO SANITARIO TERRASSA. CRTA. TORREBONICA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la pauta de sugammadex a la recomendación de dosificación según la bibliografía para la indicación de reversión de bloqueo neuromuscular residual inducido por rocuronio. Analizar las variables predictoras de dosis por encima del intervalo máximo de dosificación recomendado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se protocolizó, entre los Servicios de Anestesia y Farmacia, la indicación y dosificación de sugammadex a un intervalo de entre 0,5-1 mg/kg de peso corporal (según Pongrácz A. et al), y se redosificaron jeringas de 50 mg/ 5 mL a partir del vial comercial de 200 mg/2 mL.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo analítico de 5 meses de duración (noviembre 2017 a abril 2018), en el que se incluyeron todos los pacientes quirúrgicos (programados y urgentes) con utilización de sugammadex y rocuronio.

Se recogieron las siguientes variables: sexo; edad; peso; servicio clínico; dosis y motivo de indicación de sugammadex (vía aérea difícil, intubación de secuencia rápida, final precoz/inesperado de la intervención, paciente con obesidad mórbida o patología respiratoria grave, y otros motivos); dosis de rocuronio; tipo, duración, y día de la semana de la intervención; y anestésista. Se calcularon las siguientes variables: índice de masa corporal en kg/m² (IMC), y dosis de rocuronio por duración de la intervención (mg/min).

Se estudiaron las variables predictoras de dosis por encima del intervalo máximo de dosificación recomendado (> 1 mg/kg) mediante regresión logística binaria (SPSS v.20).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 227 pacientes con una media de edad de 55,7 años, el 58,6% (N=133) mujeres, el peso medio de 75,5 kg (IC95%: 73,3 a 77,6), y el 31,3% (N=71) con un IMC por encima de 30 (obesidad grado I). En el 89,9% (N=204) de los pacientes la dosificación de sugammadex se adecuó a las recomendaciones, y en un 10,1% (N=23) la dosis fue superior a 1 mg/kg. En un 41,4% (N=94) y un 47,1% (N=107) de los pacientes la dosis utilizada fue de 50 y 100 mg, respectivamente. En el 43,2% (N=111) la indicación principal fue por final precoz e inesperado de la intervención que se presuponia larga y en el que se había administrado rocuronio.

De todas las variables analizadas, el IMC del paciente es una variable predictora independiente de utilización de dosis por encima de intervalo recomendado (> 1 mg/kg), con un OR de 0,913 (IC95%: 0,851 a 0,980).

La redosificación de sugammadex, a partir del vial de 200 mg/2 mL en jeringas de 50 mg/5 mL, nos ha permitido adecuar la pauta a las recomendadas según la bibliografía en un 90% de los pacientes, generando además, un ahorro económico. La disponibilidad de viales en dosis inferiores a las actuales (por ejemplo, 50 mg ó 75 mg) con un precio proporcionalmente reducido sería beneficioso para el sistema de salud. El 10% de los pacientes precisaron dosis mayores a las recomendadas por la bibliografía, siendo el IMC del paciente la única variable predictora de la misma.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

591. ESTADO DE SITUACION DE LA ELABORACIÓN POR TERCEROS EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA

AUTORES

GARCIA PALOMO M, ALONSO HERREROS JM, BERISA PRADO S, LADRON DE GUEVARA GARCIA M, LOPEZ CABEZAS C, FLOX BENITEZ P, DAVILA POUSA C, PERELLO ALOMAR C
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Conocer la situación actual en referencia a la elaboración por terceros en los Servicios de Farmacia hospitalaria (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta en formulario de google de 14 preguntas abiertas y cerradas que se difundió a través de la listasefh entre el 6 y 20 de abril de 2018. La encuesta era anónima y sólo debía cumplimentarse una por cada SF. Las preguntas aludían al tipo de hospital, número de farmacéuticos y su exclusividad en farmacotecnia, si se recurría a la elaboración por terceros, qué tipo y cantidad de preparaciones (FM) se encargaban, qué razones llevaban a ello, y preguntas de opinión acerca de la elaboración por terceros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

Se recibieron 124 encuestas que representaron al 15,7% del catálogo general de hospitales (nivel de confianza 95%, error < 9%). El 80% de los SF que contestaron pertenecían a hospitales Generales (20% del total del país). La mayor proporción (37,9%) tenían 150-400 camas, y aunque el 62,9% tenían al menos un farmacéutico responsable del área de elaboraciones, hasta un 20% no disponían de esta figura. El 23,4% siempre utilizaban la elaboración por terceros, y el 75% recurrían a ella de modo complementario (35,5% frecuentemente y 39,5% ocasionalmente), siendo el proveedor principal la oficina de farmacia (94,4%). La principal razón de encargar la elaboración por terceros fue por Falta de instalaciones, equipos y utillaje (73,4%), seguido de Carga asistencial del farmacéutico (51,6%). Las FM que principalmente se encargan a terceros son las estériles (49,2%). Prácticamente la mitad de los hospitales encuestados encargan menos del 20% de las FM que elaboran pero hasta un 22% encargan más del 75%. Un 92% de SF estarían dispuestos a que otro hospital asumiese parte de su elaboración o reenvasado, fundamentalmente las FM estériles de stock (56,5%) y el reenvasado (49,2%). El 75% de los SF opinan que la elaboración por terceros debería ser un complemento a las FM que no podemos realizar por falta de instalaciones, personal o carga de producción y el 84,7% opina que debería recurrirse a ella cuando no se disponen de los recursos humanos o materiales suficientes. La mayor preocupación en la elaboración a terceros por oficinas de farmacia es en la responsabilidad legal compartida, los periodos de validez asignados y no documentados, la falta de auditorías y la no exigibilidad de la Guía de buenas prácticas de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBBP) a los proveedores no hospitalarios.

Conclusiones

- La elaboración por terceros es una práctica habitual en los SF, y está relacionada con la falta de medios para asumir dicha función.
- El porcentaje y tipo de FM que se encargan es muy variable aunque destaca que casi una cuarta parte de los encuestados afirman encargar todo a terceros.
- La principal preocupación está relacionada con el posible incumplimiento de la GBPP en las oficinas de farmacia, la elaboración de preparados hospitalarios por farmacéuticos no especialistas o la falta de información sobre el proceso de elaboración.
- La utilización de un SF elaborador a terceros, es mínimo, aunque sería la situación ideal para la mayoría de los encuestados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**635. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL COMO PUNTO CLAVE PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA****AUTORES**

MORENO GUILLAMONT E, BRAVO JOSÉ P, MARTÍNEZ ANTEQUERA P, ORTIZ SÁEZ P, SÁEZ LLEÓ C, PERIS MARTÍ JF
RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE LA CAÑADA. C/561 S/N. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un Programa de Atención Nutricional (PAN) en población anciana institucionalizada en centros sociosanitarios.

DISEÑO

La prestación con productos dietoterápicos en el Sistema Nacional de Salud requiere que las necesidades nutricionales del paciente no puedan ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario. Sin embargo, además de que en ocasiones pasa desapercibida en su prescripción y dispensación, esta premisa no siempre es fácil de discernir en el paciente frágil atendido en estos centros residenciales.

Por este motivo, desde los Servicios de Farmacia (SF) responsables de la atención a estos centros se ha diseñado un PAN, dirigido por los farmacéuticos y dietistas-nutricionistas de los propios SF, para dar respuesta a las necesidades nutricionales particulares de los pacientes susceptibles de intervención, desde la base de la alimentación tradicional ordinaria (ATO) hasta la necesidad de utilizar productos dietoterápicos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Valoración del estado nutricional del paciente según Protocolo de Valoración Nutricional (PVN) elaborado específicamente para la población atendida.
2. Ante pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición: valoración de la vía oral y de la eficacia y seguridad de la ingesta.
3. Ante pacientes con vía oral factible e ingesta satisfactoria: adecuación de la ATO mediante ajuste calórico, nutricional y de consistencia de la dieta a las necesidades específicas del paciente.
4. Ante pacientes cuya ATO ajustada no cubra sus necesidades nutricionales: refuerzo con alimentos de consumo ordinario hipercalóricos-hiperproteicos (AOH-H): clara de huevo, leche en polvo y/o papillas energéticas (lácteo+fruta+cereal) descritas en el PVN.
5. Ante pacientes cuya ATO ajustada y reforzada con AOH-H no cubra sus necesidades nutricionales: suplementación con productos dietoterápicos (módulos, suplementos y/o fórmulas de nutrición enteral completa).

IMPLANTACIÓN

Este procedimiento se ha implantado progresivamente desde el año 2012 hasta la actualidad en las Residencias de Personas Mayores Dependientes atendidas por los SF.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En enero de 2012, el porcentaje de usuarios a los que se les dispensaba productos dietoterápicos, previa valoración nutricional, era del 25,84%. Tras la implantación del PAN, este porcentaje disminuyó notablemente hasta un 14,56% en diciembre del mismo año. En la actualidad el 11,08% de los usuarios atendidos reciben productos dietoterápicos. Estos datos se traducen en una notable mejoría de la alimentación ordinaria que reciben los usuarios y en una disminución del gasto económico.

Limitaciones

La línea que separa la necesidad de utilizar productos dietoterápicos y la de adaptar la alimentación tradicional es muy difusa. La escasa relación del SF con el servicio de restauración, responsable de la alimentación ordinaria de los usuarios, dificulta la implantación de estos procedimientos que, sin embargo, son muy necesarios en el cuidado del paciente frágil.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento es perfectamente aplicable en cualquier SF que gestione los productos dietoterápicos. La incorporación del dietista-nutricionista en el equipo del SF y la formación específica de los farmacéuticos en nutrición son dos aspectos clave para realizar esta atención.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**706. ESTUDIO DE ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA DE CREMA DE RESORCINA AL 15% PARA EL TRATAMIENTO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA****AUTORES**

CORDERO RAMOS J, MERINO BOHÓRQUEZ V, ALVARADO FERNÁNDEZ MD, FALCÓN RODRÍGUEZ F, RENDÓN DE LOPE L, MURILLO IZQUIERDO M, FERNÁNDEZ ORLAND A, CAMEÁN FERNÁNDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. DOCTOR FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

La hidradenitis supurativa o hidrosadenitis (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la aparición de nódulos/abscesos dolorosos en zonas intertriginosas. Como opciones de tratamiento de la HS encontramos antibióticos, corticoides, retinoides, resorcina, finasteride, metformina, anticuerpos monoclonales y cirugía (gold estándar). Esta crema se ha utilizado en nuestro hospital con buenos resultados de eficacia y seguridad, presentando los resultados en el 62 congreso de la SEFH. No hay estudios de estabilidad sobre



resorcina tópica. Los objetivos son: estudiar su estabilidad física y química a temperatura ambiente (25°C±3°C) en diferentes envases a 120 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron tres lotes de resorcina crema, envasados por triplicado en cada tipo de envase; envases de plástico (polietileno de baja densidad), plástico topacio (polietilentereftalato) y aluminio (aluminio A7-99,7% barnizado DF-6172). Todos fueron almacenados a temperatura ambiente (25°C±3°C) durante 120 días. Se validó la técnica de Cromatografía Líquida de Alta Resolución (HPLC-DAD Agilent Infinity 1260) determinándose la linealidad, exactitud y precisión intra e inter-día. Se cuantificó el contenido de principio activo los días 0,7,14,21,30,45,60,90 y 120. El límite de contenido se estableció en el 90%-110% con respecto a la cantidad de día 0. Se realizó un examen visual rutinario y de las características organolépticas de la crema (extensibilidad y apariencia). Se midió el pH de la crema los días 0,30,60,90 y 120 con pH-metro WTW-534 (Weilheim, Alemania) y estos mismos días se determinó el signo de la crema según el método del azul de metileno (ambos métodos se realizaron acorde al Formulario Nacional; PN/L/CP/001/00 y PN/L/CP/002/00). Se definió estabilidad física como la no variación de las propiedades organolépticas, del pH en más de una unidad y la no inversión del signo de la emulsión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La composición de la crema fue la siguiente:

Resorcina.....15g
Metabisulfito sódico..... 0.1g
Agua.....15g
Crema base lanette csp.....100g

Obteniéndose un crema de apariencia final consistente, muy humectante y fácilmente extensible. De color blanco-ligeramente amarillento.

La validación del método demostró la idoneidad para cuantificación de resorcina en crema, todos los parámetros cumplieron los límites establecidos en linealidad ($R^2 > 0,9999$), exactitud (98.5-102.5%), precisión intra e inter-día (CV < 2%).

En cuanto a la estabilidad química, el contenido en principio activo no varió durante 120 días de estudio manteniéndose entre el 90%-110% de recuperación. El control visual y organoléptico reveló que la apariencia, consistencia y color de la crema no varió en ningún momento del estudio. El pH no se modificó en más de una unidad. Con el análisis del azul de metileno se determinó que la fórmula presenta un signo de emulsión O/W y que no se invierte en ningún momento durante los 120 días de estudio.

Conclusiones

La resorcina tópica al 15% en crema base lanette descrita anteriormente se presenta química y físicamente estable a los 120 días de almacenamiento tanto en envases de plástico (polietileno de baja densidad), como envases de plástico topacio (polietilentereftalato) y envases de aluminio (aluminio A7-99,7% barnizado DF-6172).

Añadir estudios reológicos y de análisis de textura a nuestro estudio aportarían más información sobre la estabilidad física del preparado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

767. ESTABILIDAD FÍSICA, QUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE FORMULACIONES TÓPICAS DE SIROLIMUS 0,4%

AUTORES

CORTELL FUSTER C, MARTÍNEZ GÓMEZ MA, MOLINA CASABÁN C, CERCÓS LLETÍ AC, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. GASPARD AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

OBJETIVOS: Optimizar la formulación de sirolimus 0,4% para el tratamiento de los angiofibromas faciales en esclerosis tuberosa y determinar del periodo de validez (estabilidad física, química y microbiológica) de las formulaciones propuestas.

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Se prepararon 3 formulaciones de sirolimus 0,4% (cada una por duplicado; A y B)

Instalaciones y equipo: cabina de seguridad biológica con equipo de protección individual para el manipulador.

Envasado y Condiciones de conservación: tubos de aluminio, temperatura 2-8°C.

a) Gel: sirolimus 0,4%, transcutool 10%, hidroxipropilmetilcelulosa 2%, agua para inyección (API: solución estéril, libre de bacterias y sin solutos) c.s.p. 20g.

b) Pomada: sirolimus 0,4%, transcutool 10%, lanolina 10%, manteca de karité 20%, VitaminaE 1%, vaselina c.s.p. 20g.

c) Emulsión: sirolimus 0,4%, transcutool 10%, Base de absorción W/O 20%, API c.s.p. 20 g

1. Estabilidad física:

Se determinó el pH de todas las formulaciones con tiras reactivas a t=15 y 30 días (Formulario Nacional, procedimiento normalizado de control de producto, PN/L/CP/001/00).

Se evaluaron sobre superficie transparente las propiedades galénicas de uniformidad, extensibilidad, ausencia de cristales, ausencia de separaciones de fases del preparado (Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria, 2014) según 3 niveles: nivel 1, el menos favorable y nivel 3, el más favorable.

2. Estabilidad química:

Se determinó el porcentaje de contenido de sirolimus remanente (%CR) en formulaciones A y B a tiempos(t)=0, 1 y 2 días, y cada 2 días hasta t=30 días, y el t90 (tiempo de muestreo al cual se alcanza el 90% de %CR), cuando %CR fue ≤ 90%.

Se desarrolló y validó un método analítico basado en la extracción líquido-líquido de sirolimus de las formulaciones con hexano y acetonitrilo/agua y análisis mediante cromatografía líquida de alta resolución con detección ultravioleta/visible.

3. Estabilidad microbiológica:

Se sembraron e incubaron a 37°C las formulaciones A y B en agar Mueller-Hinton y agar Sangre a t=15 y 30 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Estabilidad física:

El pH no varió en los días 15 y 30, siendo de 6.0 para el gel y la emulsión y 7.0 para la pomada.

a)Gel: uniformidad, nivel 3; extensibilidad, nivel 3; ausencia de cristales, nivel 3; ausencia de separaciones de fases, nivel 3.

b)Pomada: uniformidad, nivel 3; extensibilidad, nivel 1; ausencia de cristales, nivel 3; ausencia de separaciones de fases, nivel 3.

c)Emulsión: uniformidad, nivel 3; extensibilidad, nivel 2; ausencia de cristales, nivel 3; ausencia de separaciones de fases, nivel 3.

2. Estabilidad química:

El t90 se alcanzó durante el periodo de muestreo para las formulaciones gel y emulsión: t90=14 y 2 días, respectivamente.

El %CR a t=30 días fue de 110,4±0,4 para el gel, 101,2±4,6 para la pomada y 87,7±0,4 para la emulsión.

2. Estabilidad microbiológica:

Los cultivos fueron negativos para las 3 formulaciones (A y B) a t=15 y 30 días.

Conclusiones

Cada una de las formulaciones presenta características galénicas propias que deben considerarse. Las 3 formulaciones de sirolimus 0.4% mantienen la estabilidad física y microbiológica a los 30 días a 2-8°C. Únicamente la formulación pomada mantiene la estabilidad química, asignándole un periodo de validez de 30 días a 2-8°C.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1191. ANÁLISIS DE LA FOSFOREMIA EN NEONATOS PRETÉRMINO: NECESIDAD DE APORTE DE FOSFATO EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL ESTÁNDAR DEL PRIMER DÍA

AUTORES

TORO BLANCH C, SUNYER ESQUERRA N, DURAN NUÑEZ A, FAYET PÉREZ A, DÍEZ VALLEJO C, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA (GIRONA). AVENIDA FRANÇA, S/N. GIRONA

OBJETIVOS

El fósforo es un electrolito indispensable para la mayoría de los procesos metabólicos. Los valores séricos de fósforo pueden estar influenciados por el equilibrio calcio-fósforo, la función renal, el aporte nutricional, entre otros factores.

En algunos estudios ha observado una mayor incidencia de hipofosfatemia en recién nacidos pretérmino que recibieron nutrición parenteral precoz agresiva (aporte proteico > 2 g/kg/día), especialmente en pacientes con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU).

En nuestro hospital se elabora una nutrición parenteral estándar para el primer día de vida en recién nacidos pretérmino que contiene aminoácidos, lípidos, glucosa y calcio.

Los objetivos del estudio fueron describir los niveles séricos de fosfato en el paciente recién nacido pretérmino (< 32 semanas de gestación y/o peso < 1,5 Kg) y valorar la necesidad de aporte de fosfato orgánico en la nutrición parenteral de primer día (NPPD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y observacional en un hospital de referencia provincial. Se incluyeron a todos los neonatos pretérmino nacidos durante el período de estudio (Junio 2016 - Abril 2017) que habían recibido NPPD. Las variables del estudio fueron: edad gestacional, peso del recién nacido, RCIU y los valores séricos de creatinina, calcio y fosfato en las primeras 48h de vida. Según la bibliografía consultada, el rango de normalidad de fósforo y calcio sérico para recién nacidos pretérmino son de 5,8 - 9,3 mg/dL y 7,6 - 10,5 mg/dL, respectivamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 37 pacientes. El peso medio fue de 1,36±0,37 Kg. La edad gestacional media fue de 30 semanas y el 18,9% (7/37) de los neonatos presentaban RCIU.

El valor de fosfato sérico medio en las primeras 48h de vida fue de 4,47±1,28 mg/dL (rango: 2-8,4 mg/dL). El 81,1% (30/37) de los pacientes presentaron hipofosfatemia (P sérico < 5,8 mg/dL) y ningún paciente mostró hiperfosfatemia.

Todos los pacientes con RCIU (7/37) presentaron hipofosfatemia y el valor medio de fosfato sérico en este grupo fue de 2,69±1,52 mg/dL siendo el valor máximo de 3,5 mg/dL. El valor medio de calcio sérico fue de 9,61±0,71 mg/dL estando dentro de los valores de referencia. La creatinina sérica media fue de 0,54±0,24 mg/dL considerándose que probablemente estaba falseada por la creatinina materna.

En nuestra población de pacientes, un 82% de los recién nacidos pretérmino presentaron hipofosfatemia. Coincidiendo con la bibliografía publicada, la elevada incidencia de hipofosfatemia neonatal y el riesgo del síndrome de realimentación justifican el aporte de fosfato en la nutrición parenteral estándar de primer día para los recién nacidos pretérmino.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**1334. ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES DE ETAMBUTOL 50 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA****AUTORES**

MERINO BOHORQUEZ V, DELGADO VALVERDE M, LEAL ARANDA L, DAVILA POUSA MC, PERNIA LOPEZ S, VILLARONGA FLAQUE M, RODRIGUEZ MARRODAN B, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. SEVILLA

OBJETIVOS

La tuberculosis infantil tiene una incidencia un 25% mayor de lo estimado a nivel mundial, si bien es cierto que en Europa la incidencia disminuye, todavía supone un problema de salud pública. El etambutol se utiliza para el tratamiento en primera línea de la tuberculosis pediátrica. No hay formas líquidas comercializadas de etambutol adaptadas a pacientes pediátricos y no existen estudios que demuestren la estabilidad de etambutol en formas líquidas. En las síntesis de etambutol se utiliza aminobutanol y está presente como producto de degradación, el cual tiene potencial tóxico, aumentando el riesgo con la exposición en la cantidad ingerida. El objetivo de este trabajo es desarrollar un estudio de estabilidad físicoquímica (incluyendo aminobutanol) y microbiológica de una solución de etambutol 50 mg/mL partiendo de materia prima, con y sin conservantes (parabenos), en distintas condiciones de almacenamiento durante 90 días.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron dos soluciones de etambutol 50 mg/mL (con y sin parabenos):

Etambutol.....5 g
Agua conservante sin propilenglicol.....30 mL
Jarabe simple c.s.p.....100 mL

*Agua conservante sin propilenglicol:

Parahidroxibenzoato de metilo.....0.080 g
Parahidroxibenzoato de propilo..... 0.020 g
Agua purificada csp.....100 mL

Se almacenaron en lotes de tres frascos de vidrio topacio estériles por cada condición de almacenamiento según normas ICH: refrigeración ($5\pm 3^{\circ}\text{C}$), temperatura ambiente ($25\pm 2^{\circ}\text{C}$) y $40^{\circ}\text{C}\pm 2^{\circ}\text{C}$. Una vez validada la técnica analítica, se realizó un análisis de contenido de etambutol por HPLC-UV (Agilent Infinity 1260) y de aminobutanol con un fluorímetro (Perkin-Elmer LS-55), control de pH (pHmetro Crison GLP21), control de osmolalidad (AKRAY OsmoStation OM-6050) y controles visuales durante el estudio. El rango de estabilidad se estableció entre 90-110%. Se realizó un estudio de estabilidad microbiológica en los envases almacenados a $5\pm 3^{\circ}\text{C}$ tanto en envases abiertos (hasta 42 días) como en envases cerrados (hasta 90 días), según recomendaciones de la Farmacopea de los Estados Unidos para pruebas de recuento en placa y microorganismos específicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El contenido de etambutol se mantuvo en rango de estabilidad durante los 90 días en todas las condiciones en ambas formulaciones, sin embargo, la formación de aminobutanol fue termodependiente, generándose de forma proporcional al incremento de la temperatura. La variación del pH no superó el rango de estabilidad de etambutol (3.5-4) en las formulaciones almacenadas a $5\pm 3^{\circ}\text{C}$ y $25\pm 2^{\circ}\text{C}$, pero si descendió hasta pH 2.25 en las almacenadas a 40°C , sin impacto en la degradación de etambutol. La osmolalidad se mantuvo por debajo del 5% comparando los días 0 y 90. El control visual reveló cambios de color (de transparente a amarillento) en las formulaciones almacenadas a $40^{\circ}\text{C}\pm 2^{\circ}\text{C}$ y a $25\pm 2^{\circ}\text{C}$. Las pruebas microbiológicas, resultaron ser negativas en los envases cerrados durante los 90 días de estudio (con y sin conservantes) y en los abiertos durante 42 días con y sin conservantes.

Se ha demostrado la estabilidad físicoquímica y microbiológica de dos soluciones de etambutol 50 mg/mL partiendo de materia prima, siendo las condiciones de refrigeración ($5\pm 3^{\circ}\text{C}$) las más favorables, por ser las que menos aminobutanol generan, y por tanto, menor riesgo de toxicidad, otorgando a los envases cerrados 90 días de estabilidad y una vez abiertos hasta 42 días con independencia del conservante.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**1345. ESTABILIDAD FÍSICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE DOS SOLUCIONES DE ISONIAZIDA 50 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA****AUTORES**

MERINO BOHORQUEZ V, DELGADO VALVERDE M, RODRIGUEZ FALCON FJ, DAVILA POUSA MC, PERNIA LOPEZ S, VILLARONGA FLAQUE M, RODRIGUEZ MARRODAN B, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3. ALMERÍA

OBJETIVOS

La tuberculosis infantil tiene una incidencia un 25% mayor de lo estimado a nivel mundial, un millón de niños enfermaron y 169.000 niños fallecieron en 2015, si bien es cierto que en Europa va disminuyendo, pero todavía supone un problema de salud pública. La isoniazida se utiliza para el tratamiento en primera línea de la tuberculosis pediátrica. Isoniazida es inestable en presencia de compuestos azucarados, por ello hay que formularla en sorbitol y además se ha demostrado que se degrada por hidrólisis a hidrazina, un compuesto altamente mutagénico, genotóxico y carcinogénico, actividad relacionada con la cantidad ingerida. El objetivo de este trabajo es desarrollar un estudio de estabilidad físicoquímica (incluyendo cuantificación de hidrazina formada) y microbiológica de una solución de isoniazida 50 mg/mL partiendo de materia prima, con y sin conservantes (parabenos), en distintas condiciones de almacenamiento durante 90 días.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboraron dos soluciones de isoniazida 50 mg/mL (con y sin parabenos):

Isoniazida.....5 g
Agua conservante sin propilenglicol.....50 mL
Sorbitol c.s.p.....100 mL

*Agua conservante sin propilenglicol:

Parahidroxibenzoato de metilo.....0.080 g
Parahidroxibenzoato de propilo..... 0.020 g
Agua purificada csp.....100 mL

Las formulaciones se almacenaron en lotes de tres frascos de vidrio topacio estériles por cada condición de almacenamiento según normas ICH: refrigeración ($5\pm 3^{\circ}\text{C}$), temperatura ambiente ($25\pm 2^{\circ}\text{C}$) y 40°C ($\pm 2^{\circ}\text{C}$). Una vez validada la técnica analítica, se realizó un análisis de contenido en isoniazida e hidrazina por HPLC-UV (Agilent Infinity 1260), control de pH (pHmetro Crison GLP21), control de osmolalidad (AKRAY OsmoStation OM-6050) y controles visuales durante el estudio. El rango de estabilidad se estableció entre 90-110%. Se realizó un estudio de estabilidad microbiológica en los envases almacenados a 5°C tanto en los abiertos (hasta 42 días) como en los cerrados (hasta 90 días), aplicando los criterios de la Farmacopea de los Estados Unidos para pruebas de recuento en placa y microorganismos específicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El contenido de isoniazida tanto en las fórmulas con y sin conservantes se mantuvo en rango de estabilidad durante los 90 días en todas las condiciones, sin embargo, la formación de hidrazina fue termodependiente, generándose de forma proporcional en conforme aumentaba la temperatura. La variación del pH no superó el rango de estabilidad de isoniazida establecido entre 6-7. La osmolalidad se mantuvo por debajo del 5% de variación comparando los días 0 y 90. El control visual reveló cambios de color (de transparente a amarillento) en las formulaciones almacenadas a 40°C y a 25°C . Las pruebas microbiológicas, resultaron ser negativas en los envases cerrados durante los 90 días de estudio (con y sin conservantes) y en los abiertos durante 42 días (con y sin conservantes). Se ha demostrado la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de dos soluciones de isoniazida 50 mg/mL partiendo de materia prima, siendo las condiciones de refrigeración (5°C) las más favorables, por ser las que menos hidrazina generan y, por tanto, menor riesgo mutagénico, genotóxico y carcinogénico, otorgando en ese caso a los envases cerrados 90 días de estabilidad y una vez abiertos hasta 42 días con independencia del conservante.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1352. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE ISONIAZIDA POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES

MERINO BOHORQUEZ V, DELGADO VALVERDE M, RODRIGUEZ FALCON FJ, DAVILA POUSA MC, PERNIA LOPEZ S, VILLARONGA FLAQUE M, RODRIGUEZ MARRODAN B, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3.

OBJETIVOS

La isoniazida es un fármaco que se utiliza en primera línea para el tratamiento de la tuberculosis. La isoniazida es un fármaco fácilmente soluble en agua, incompatible con azúcares como la sacarosa ya que se degrada por debajo del 90% en contenido en principio activo en tan sólo tres días a temperatura ambiente y tiene un pH de máxima estabilidad entre 6-7 unidades. En España, hay varias formas farmacéuticas que contienen isoniazida en forma de comprimidos o en inyectable, haciéndose necesario emplear métodos analíticos que garanticen la uniformidad de contenido en principio activo de los preparados y su estabilidad. El objetivo es validar un método analítico por HPLC para determinación de isoniazida en preparaciones farmacéuticas según las recomendaciones de la United States Pharmacopoeia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El sistema está compuesto por un cromatógrafo Agilent® 1260 Infinity con un detector ultravioleta de diodos en serie (UV-DAD). Las condiciones cromatográficas fueron: flujo de 0.8 mL/min, fase móvil contenía 4.4 g de docusato de sodio en 600 mL de metanol y 400 mL de agua ultrapura, ajustándose con ácido sulfúrico 2N a pH 2.5. El volumen de inyección fue de 2.5 μL , la temperatura de columna se fijó en 40°C y la longitud de onda del detector fue 254 nm. La columna utilizada Zorbax Eclipse XDB-C18 4.6x150 mm, 3.5 μm (Agilent®). La validación del método se realizó siguiendo recomendaciones de las guías ICH. La linealidad de la técnica se realizó en el rango de concentraciones de isoniazida a 0.2, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6 y 0.7 mg/mL, los resultados se representaron gráficamente y se realizó un análisis de varianza (ANOVA). La exactitud y precisión fueron evaluadas mediante los porcentajes de recuperación y coeficiente de variación (CV) a concentraciones bajas, medias y altas tanto intra como interdía. Se determinó el límite de detección y de cuantificación. Mediante análisis espectral se comprobó la especificidad y selectividad de la técnica. Se realizó estudio de degradación acelerada en medio básico (NaOH), ácido (HCl), oxidante (H_2O_2) y calor (80°C).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de la varianza (ANOVA) de la regresión lineal confirmó la linealidad de la técnica por rechazo de la hipótesis nula de desviación de linealidad con un nivel de significación estadística de 0.05 ($\alpha=0.05$). El coeficiente de variación del método fue de 1.04 %. La ecuación de la regresión lineal obtenida se corresponde con la expresión: $y= 4047x - 34.256$ ($n=18$; $R^2 > 0.9998$). La exactitud fue del 97.5-102.5% y la precisión tanto intra como interdía tuvo un $\text{CV} < 1\%$. Los límites de detección y cuantificación fueron de 0.035 mg/mL y de 0.106 mg/mL. El tiempo de retención de isoniazida fue de 7.97 minutos. El análisis espectral UV en 2D y 3D confirma la selectividad y especificidad de la técnica ante la ausencia de picos



secundarios e interferentes. El estudio de degradación muestra que el método es indicador de estabilidad.
- Se ha validado un método analítico para determinación de isoniazida en preparaciones farmacéuticas.
- El método puede aplicarse tanto para control de calidad como para el desarrollo de estudios de estabilidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1425. EVALUACION DE RIESGO EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES DEL GRUPO J Y RECOMENDACIONES

AUTORES

MOLLEDA CORRAL ML, ROLDAN NAVARRO P, MARTIN DE ROSALES CABRERA AM, PEREZ ENCINAS M
FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN. BUDAPES, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el proceso de preparación de los medicamentos parenterales del grupo terapéutico J utilizados en un hospital terciario y asignar un nivel de riesgo y unas recomendaciones óptimas de preparación en base a la guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos (GBPP) en los servicios de farmacia de hospital (SFH), los modelos de decisión de la resolución del Consejo de Europa 2016 (CM/Res 2016_2) de reconstitución y el análisis medicamentos inyectables de la National Patient Safety Agency (NPSA).

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Revisión bibliográfica en la ficha técnica (FT) del proceso de preparación. 2. Comprobación experimental de reconstitución y dilución para identificar el volumen real del contenedor y el volumen necesario para la dosificación, el volumen sobrante del vial, el aspecto del preparado y el tiempo necesario para la preparación. 3. Evaluación del riesgo por la matriz de estériles propuesto en GBPP. 4. Comparación con los modelos de decisión CM/Res 2016_2 y NPSA. 5. Establecer las recomendaciones concretas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han analizado 88 medicamentos estériles del grupo J, 4 antivirales 10 antifúngicos y 74 de antibióticos. Solo 11 presentaciones se encuentran listas para administrar, 9 en solución para diluir y el resto son liofilizados. En la reconstitución experimental de los 68 liofilizados un 12% presentan un volumen final real > 5-10% no indicado en FT que requiere información específica para evitar la utilización del sobrevolumen en la práctica por el uso de trasvasadores directos o la reconstitución-dilución directa (Ceftazidima-abivactam, cefazolina, cefepime, ceftolozano-tazobactam, piperacilina-tazobactam, amoxicilina-clav 2g, voriconazol 200mg). La reconstitución fue dificultosa en 11 tardando en algunos casos 15, 20 minutos y una técnica inadecuada o rápida puede dejar en el envase más de un 20% de la dosis por la formación de espuma o la incorrecta homogenización (Piperacilina-tazobactam, teicoplanina, Daptomicina, Dalvabancina, Vancomicina, etc)

De acuerdo a la matriz de riesgo de la GBPP 16 deberían centralizarse en el servicio de farmacia ya que se clasifican de riesgo alto (1) o medio (15). La evaluación con los modelos NPSA y CM/Res 2016_2 aumenta esta cifra a 26 medicamentos de riesgo RED (4) de riesgo AMBER (22) siendo más restrictiva en cálculos de dosis un paso, dosis parcial, más de un vial para la dosis, uso de filtros en línea, protección de la luz. Aunque permite establecer medidas de reducción de riesgo en las unidades de enfermería recomienda centralizar las preparaciones en el servicio de farmacia. De acuerdo a la GBPP en nuestro centro se deberían centralizarse 9 medicamentos nuevos (ya se preparaban 7) y 17 de acuerdo a NPSA y CM/Res 2016_2 con un importante aumento de actividad. La identificación y aplicación de las medidas de reducción de riesgo planteadas son hojas informativas por cada medicamento, programas de administración electrónica con identificación de riesgo y sesiones formativas.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran una necesidad de centralizar la preparación en farmacia de los medicamentos de grupo J de riesgo medio y alto y de establecer medidas de minimización de riesgo eficaces en las unidades de enfermería como respuesta a la responsabilidad del farmacéutico en la calidad de la preparación este grupo de medicamentos de gran relevancia clínica.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

2. GESTION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL A TRAVÉS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN INDICADOR

AUTORES

GASPAR CARREÑO M, ACHAU MUÑOZ R, TORRICO MARTIN F, BENAVENT ALBELDA Y, VAL ROMERO MP, ANDRES AVILES S, SANCHEZ SANTOS JC
HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE. AUTOVIA CV-35, KM 11,7. VALENCIA

OBJETIVOS

Optimizar la gestión de medicamentos caducados en un hospital mediante la implantación de un indicador de caducidades

MEJORAS ESPERADAS

Entre las funciones del farmacéutico de hospital, destacar la optimización de la gestión de los medicamentos (ME) y productos sanitarios (PS) dispensados a los pacientes atendidos. No menos importante es su racionalización mediante la cuantificación del coste debido a pérdidas asociadas a caducidad.



DISEÑO

Se procede al desarrollo de un indicador de caducidades de medicamentos dentro del aplicativo del programa de calidad en el apartado gestión de almacén. Su evaluación es bimensual.

Apartados:

B.4.a) Número de medicamentos caducados.

B.4.b) Porcentaje de medicamentos caducados con oportunidad de mejora en la gestión (%).

$$\left(\frac{\text{Medicamentos caducados} - \text{Medicamentos caducados justificados}^*}{\text{Medicamentos caducados}} \right) * 100$$

B.4.c) Importe de los medicamentos caducados.

B.4.d) Importe de los medicamentos caducados con oportunidad de mejora en la gestión.

Importe medicamentos caducados – Importe medicamentos caducados justificados*

B.4.e) Importe de las devoluciones de medicamentos caducados con oportunidad de mejora en la gestión

Se definen como *medicamentos caducados justificados": 1) Aquellas especialidades de bajo consumo, pero de las que hay que disponer en stock por considerarse de uso en situaciones urgentes o de emergencia. 2) Medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica que se adquieren de manera puntual para un paciente en concreto.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Nuestro servicio de farmacia gestiona los ME y los PS. El importe de los PS expirados no es retornado por la casa comercial. No ocurre así con algunos de los ME caducados, para los cuales, el importe de su cuantía es retornado una vez expirada la fecha de caducidad.

2. La cuantificación de las pérdidas económicas asociadas a caducidades se realiza mensualmente a través de la información obtenida del registro de lotes en el programa de gestión.

3. Se procede a realizar un seguimiento de esta información a través del establecimiento de un indicador de caducidades bimensual.

4. En el período enero a diciembre 2017 se recogen los datos de los cinco ítems de los que consta el indicador y descritos en el apartado anterior(diseño).

IMPLANTACIÓN

Tras la auditoría externa de calidad realizada por AENOR y a propuesta suya, se procede a implantar el indicador en enero 2017 según norma ISO 9001-2015. Los resultados de cada período son registrados en el programa de calidad.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

En el período enero a diciembre 2017, el número de ME distintos caducados pasa de 55 a 31, y el importe de estos se reduce en un 36,6%. En cuanto al porcentaje de ME caducados con oportunidad de mejora en su gestión y a su importe, se reduce en un 10% y un 55% respectivamente. Si bien el importe del abono realizado por la casa comercial puede sufrir demoras, la cantidad del importe abonado iguala al importe de los ME caducados.

Limitaciones

necesidad de disponer de ME para situaciones de emergencia y escasa prescripción, pero que suponen un elevado importe, hace necesario racionalizar sus stocks al inicio de tratamiento y asegurar su rápida disponibilidad para continuación del mismo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Debe ampliar el indicador a los PS, PORQUE suponen un importe de compra superior al 50% respecto a los ME.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

239. EL PACIENTE ONCOLÓGICO ANTE LA EHEALTH. ¿CÓMO UTILIZA LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CUIDADO DE SU SALUD?

AUTORES

COLLADO- BORRELL R, ESCUDERO- VILAPLANA V, CALLES BLANCO A, GARCIA- MARTIN E, MARZAL- ALFARO B, GONZALEZ- HABA E, HERRANZ- ALONSO A, SANJURJO- SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. C/ DR. ESQUERDO, 6. MADRID

OBJETIVOS

Conocer el perfil de utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el paciente onco-hematológico y determinar su grado de interés en estas tecnologías para la gestión de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una encuesta con 28 preguntas diseñada por un equipo multidisciplinar (farmacéuticos/oncólogos). Las preguntas se estructuraron en 3 bloques. A: Características socio-demográficas; B: Utilización de las TIC en la búsqueda de información relacionada con la salud; C: Preferencias de uso de las app en salud. Se incluyeron pacientes onco-hematológicos en tratamiento entre mayo-julio 2017. El cuestionario se entregó al paciente en el Hospital de Día o en la consulta de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia.

Estadística (SPSS 21.0): Las variables se analizaron mediante estadísticas descriptivas. La normalidad se estudió con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En la comparación de variables numéricas se utilizó la prueba t de Student. La asociación entre variables cualitativas se estudió mediante la prueba ji-cuadrado de Pearson. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con una $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se entregaron 650 encuestas, con una participación del 94% (611 encuestas fueron analizadas).

Características socio-demográficas: La media de edad fue 57,8 años [19-91]. El 61,9% eran mujeres, el 89,5% vivían



acompañados y el 40,7% tenían estudios universitarios. El 52,9% consideraban que su salud era buena o muy buena. Utilización de las TIC en la búsqueda de información relacionada con la salud: Al 87,1% le interesaba estar informado sobre temas de salud. El 75,5% buscaban información en los profesionales sanitarios (PS) y el 61,3% en internet. De éstos, el 71,2% buscaban en google y el 21,9% en las redes sociales. El 49,2% buscaban información sobre prevención de enfermedades y el 47,2% sobre su tratamiento. En cuanto a si la información que encuentran en internet es sencilla de comprender, solo el 10,8% contestaron que "siempre". Antes de acudir a su cita con el médico el 21,8% consultaban información en internet sobre su enfermedad y/o tratamiento, aumentando hasta el 50,9% después de la cita, siendo más frecuente en los más jóvenes y con estudios superiores ($p < 0,001$). Preferencias de uso de las app en salud: el 82,7% tenían un Smartphone y el 20,3% disponían de app en salud. El 81,5% utilizaría una app si su PS se la recomendase, pero el 39,6% no pagaría por ello. Al 40,8% le gustaría contactar con su PS a través de una app. Encontramos relación entre los más jóvenes y con estudios superiores y el uso de app para obtener información sobre su enfermedad y/o tratamientos y para gestionar sus citas y controlar sus síntomas ($p < 0,05$).

Conclusiones

Los pacientes onco-hematológicos mostraron un gran interés en la búsqueda de información sobre su salud a través de las TIC, especialmente los Smartphone y las app. Los temas que despertaron mayor interés dentro de las app fueron la gestión de citas, consejos sobre el manejo de la enfermedad y comunicación con el PS. El acceso gratuito de las mismas y la recomendación por parte de un PS son factores importantes a la hora de utilizarlas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

540. OPTIMIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE AJUSTE DE DOSIS DE ANTIBIÓTICOS POR INSUFICIENCIA RENAL MEDIANTE LA METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA

AUTORES

SANTIUSTE ROMÁN A, LORENTE FERNÁNDEZ L, MONTERO HERNÁNDEZ M, MONZÓ RAUSELL M, BELLVER ALBERTOS M, BOFI FELIS M, VINUESA ÁVILA G, SOLER COMPANY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA. C/ SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Optimizar y normalizar un programa de ajuste de dosis de antibióticos por insuficiencia renal (IR) mediante la aplicación de la metodología lean seis sigma (L6S)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo, en un hospital de 400 camas. Se evaluó el circuito de un programa de ajuste de dosis en antibióticos por ir en pacientes hospitalizados. Se aplicó la metodología l6s para identificar los fallos del proceso y reducir la variabilidad del mismo, eliminar los puntos que no aportasen valor y simplificarlo evitando el retrabajo. Se constituyó un grupo de trabajo y se desplegaron las etapas definir, medir, analizar, mejorar y controlar (DMAIC) durante el periodo de septiembre de 2017 a marzo de 2018. En el mes de enero de 2018 se optimizó el proceso, cambiando el modo de notificación de las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) de papel a electrónico en la historia clínica electrónica (HCE) en orion clinic. Se compararon las diferentes variables antes y después del cambio del modo de notificación. Las variables analizadas fueron: tiempo invertido en realizar las IF, tiempo invertido en el retrabajo, tiempo de demora hasta la disponibilidad de la IF por el prescriptor, consumo de recursos materiales y grado de aceptación de la if. El tiempo se analizó mediante métodos directos. El análisis de costes indirectos se realizó a partir de las tablas de retribuciones de empleados públicos dependientes de la Conselleria de Sanitat 2018. El cálculo del coste de recursos materiales fue realizado en base a los datos consultados al servicio de suministros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 129 intervenciones, 93 en el primer periodo (72,09%) y 36 en el segundo (27,91%). El tiempo medio invertido en realizar cada IF fue de 16 minutos en el primer periodo y de 5 en el segundo. Esto supuso un ahorro de 480,81€. El tiempo invertido en el retrabajo se estimó en un 10% del tiempo invertido en la realización de cada IF en el primer periodo, considerándose nulo en el segundo periodo. El ahorro conseguido evitando el retrabajo fue de 48,08€. El tiempo de demora solo se produjo en el primer periodo, cuantificándose en 5 horas. El ahorro en recursos materiales en el segundo periodo en relación con el primero fue de 46,5€. El aumento en el grado de aceptación de las IF fue del 4,1%. El impacto económico se estimó en 575,39€ evitados en tres meses.

Conclusiones

La metodología l6s nos ha permitido detectar los fallos para mejorar la productividad y la calidad del proceso de notificación de las recomendaciones de ajuste de dosis en antibióticos por ir. De este modo, se redujo el tiempo empleado en la realización de las IF, se evitó el retrabajo y el tiempo de demora. Asimismo, se evitó el consumo de recursos materiales. La aceptación de las IF sufrió un moderado aumento, si bien se observa una disminución del 38,7% de las IF en el segundo periodo, derivado probablemente de una educación activa hacia los prescriptores.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

632. ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN BASE A UNIDADES RELATIVAS DE VALOR

AUTORES

GARABITO SANCHEZ MJ, CORRAL BAENA S, CANTUDO CUENCA MD, FERRIS VILLANUEVA EM
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. AVDA. SAN JUAN DE DIOS S/N. SEVILLA



OBJETIVOS

Cuantificar la actividad del Servicio de Farmacia de un hospital comarcal a través de Unidades Relativas de Valor (URVs) del periodo 2012 a 2017.

DISEÑO

Se definieron los productos finales e intermedios que se realizan en el servicio y su valoración en URV, así como, su unidad de medida y la forma de obtener cada dato, para las 5 áreas de actividad: gestión logística (GL), dispensación (D), elaboración (E), gestión clínica (GC) e investigación/docencia (ID).

CIRCUITO Y ETAPAS

Se estableció un grupo de trabajo formado por 3 farmacéuticas del servicio, que tras búsqueda bibliográfica, determinaron las etapas del proceso:

1ª etapa: definición del catálogo de productos finales e intermedios y valoración de su URV, mediante consenso entre las farmacéuticas, en base al Catálogo de Productos y Facturación del SF (SEFH 2009).

2ª etapa: definición de la unidad de medida de cada producto y la forma de obtener el dato.

3ª etapa: obtención de las URVs del servicio desde 2012 a 2017 y presentación a dirección del hospital.

IMPLANTACIÓN

Se creó una base de datos para el registro de las unidades producidas por año y producto; y para el cálculo de los siguientes datos por año: Unidades producidas totales y por área, URVs totales y por área e índice de complejidad anual (ICA) definido como suma URVs/total unidades producidas. El coste anual total del Servicio de Farmacia fue facilitado por la dirección financiera.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El total URVs de los años 2012 a 2017 fueron: 722.715, 736.674, 796.675, 815.833, 853.473 y 859.640, con un incremento interanual de 2%, 8%, 2%, 5% y 1%, respectivamente. El crecimiento global en los 6 años fue del 19%. El coste anual por URV fue 0,45/0,44/0,39/0,40/0,40/0,44, respectivamente. Las URVs por cada área de actividad de mayor a menor y su porcentaje respecto al total fueron: 3.266.345 (68%) D, 829.133 (17%) GC; 400.124 (8%) E, 228.634 (5%) GL, 60.773 (1%) ID. Las áreas con crecimiento positivo fueron: GC (> 100%), D (6%), E (5%) y con crecimiento negativo ID (-47%) y GL (-37%). El ICA fue de 1,4; 1,5; 1,5; 1,6; 1,6 y 1,7 respectivamente.

Limitaciones

Está pendiente de definir el tiempo de trabajo de cada producto categorizado según personal (auxiliar, administrativo y farmacéutico). No se pudo realizar la imputación de productos finales por GFH y ni el coste de URVs por GFH. Sería importante complementar las unidades producidas con datos de calidad.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Nos ha permitido la comparación de la actividad del servicio a lo largo del tiempo y conocer cómo se distribuye esta actividad por áreas. Esta información ha sido útil para la gestión de Servicio y para poner de manifiesto a la Dirección el aumento continuo de la actividad y complejidad de Servicio de Farmacia sin aumento de coste. La puesta en marcha de este proceso, además, conlleva el desarrollo de mejoras en los registros de actividad de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

671. ANÁLISIS DE LAS INCIDENCIAS EN CONSULTA DE PACIENTES AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL COMARCAL A FIN DE ESTABLECER MEDIDAS DE MEJORA

AUTORES

MEDIALDEA CAPDEVILA S, SAN JUAN MUÑOZ AE, BOSACOMA ROS N, CAMÓS RAMIÓ J, MAGAÑA PINTIADO MI, ARMENGOL ROSELL S, COLS JIMÉNEZ M, VENTURA DE BLAS I
HOSPITAL DE PALAMÓS. HOSPITAL 36. GIRONA

OBJETIVOS

Analizar las incidencias detectadas durante la dispensación, por parte del técnico de farmacia, de pacientes ambulatorios para establecer medidas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal prospectivo (junio 2017-marzo 2018) realizado en un Hospital de primer nivel con un modelo de salud integrado (Atención primaria, Hospital y socio sanitario), que proporciona atención sanitaria a una zona con importante dispersión poblacional. La medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) prescrita en el Hospital se dispensa tanto en el Hospital como, de manera descentralizada, en las tres áreas básicas de atención primaria (ABS) integradas, mediante la citación de pacientes en dietarios compartidos.

En el estudio se incluyeron todas las incidencias detectadas durante la validación, preparación, dispensación de la medicación, citación y atención presencial y/o telefónica a los pacientes. Se consideraron incidencias: problemas de stock, errores de circuito, errores en los dietarios, errores de identificación de pacientes en registros manuales de citación, errores de transcripción, errores de dispensación y de registro. Los datos se obtuvieron del Programa informático propio de la entidad y el análisis se realizó con Microsoft Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se atendieron 8.867 pacientes (mediana mensual 438); 1.745 de ABS y 7.122 de forma presencial, de los cuáles 2.251 no citados (25,39%); mediana Hospital 464/mes (SD=26,3) y en ABS 174/mes (SD=24,1). Se registraron 408 incidencias de 8.867 pacientes (4,6%), con una mediana de 38/mes (SD= 22,1), 129 (31,6%) por problemas de stock (antirretrovirales: 11%, VHB: 4,2%, VHC: 2,2%, anticuerpos monoclonales: 4,9%, citostáticos orales: 4,2%, eritropoyetinas: 2,7%, hormona crecimiento: 2,5%), 40 (9,8%) errores de circuito, 40 (9,8%) errores en dietarios ABS (no citado: 1,5%, fuera de pedido:



3,9%, duplicado: 4,4%), 120 (29,4%) errores en dietarios Hospital (no citado: 12%, especialidad mal asignada: 10,3%, errores de selección de prestación: 4,4%, errores de identificación de pacientes: 2,7%), 35 (8,6%) errores en registros manuales, 15 (3,7%) errores de transcripción, 11 (2,7%) errores de dispensación, 11 (2,7%) errores de registro, 7 (1,7%), otros. Noviembre y marzo fueron los meses con mayor registro de incidencias.

Conclusiones

La elevada incidencia de pacientes fuera de dietario influye directamente en la previsión de stocks (destacando fármacos antirretrovirales). La educación sanitaria a los pacientes ayudará a minimizar dichas incidencias. Los errores en los dietarios hacen necesaria la continua formación del personal y mejora en la coordinación asistencial.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

777. CREACIÓN DE CORPUS PARA DETECTAR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN INFORMES MÉDICOS UTILIZANDO TECNOLOGÍAS DEL PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL

AUTORES

BUSTOS MARTÍNEZ M, VALLINAS HIDALGO S, PERAL AGUIRREGOITIA J, MENDARTE BARRENECHEA LM, MARTINEZ BENGOCHEA MJ, AGUIRRE GOMEZ C, GOMEZ DE SEGURA SAROBE A
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. BARRIO LABEAGA S/N. VIZCAYA

OBJETIVOS

Aplicar las técnicas del Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN) al análisis de textos médicos de la Historia Clínica Electrónica (HCE), para detección de reacciones adversas a medicamentos (RAM). El objetivo es la creación de un corpus en castellano a partir de HCE para, en un futuro, desarrollar un prototipo capaz de extraer RAM automáticamente de la HCE, mediante técnicas de extracción de información.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, sobre textos médicos de la HCE, generados en dos hospitales durante los años 2012 y 2014, respectivamente.

EL PLN utiliza diferentes sistemas de extracción de información que comprenden métodos basados en aprendizaje y que requieren la existencia de un corpus. Definimos corpus como el conjunto de documentos a procesar, etiquetados manualmente por dos expertos (profesionales de sendos servicios de farmacia) que servirán para el aprendizaje del prototipo. Dicho corpus está constituido por una selección aleatoria de informes de alta de ambos hospitales, previamente anonimizados y disgregados. La creación y etiquetado manual del corpus es clave en el desarrollo del procesador, ya que es esencial para que éste aprenda los modelos que permitan una correcta extracción de la información buscada.

El etiquetado manual se ha realizado mediante la herramienta de anotación manual BRAT, por dos etiquetadoras expertas que han trabajado paralelamente en sendos hospitales, elaborando una guía de etiquetado consensuada, teniendo en cuenta las peculiaridades del lenguaje natural en el ámbito médico.

Durante el etiquetado se anotaron elementos incluidos en la jerarquía de SNOMED-CT International: eventos (síntomas/enfermedades/hallazgos clínicos y alergias) y entidades (fármacos y procedimientos). Además, se etiquetaron relaciones causales enfermedad-medicamento, enfermedad-procedimiento, enfermedad-enfermedad, abreviaturas médicas recogidas en el diccionario SEDOM, partes de cuerpo y calificadores. También se ha aplicado un tratamiento para la negación y especulación, por lo que éstos quedan reflejados en el etiquetado.

La ejecución del proyecto tiene una naturaleza multidisciplinar mediante la colaboración entre grupos de investigación expertos en tecnologías de la información y profesionales del área de la salud, y cuenta con el visto bueno del Comité Ético de Investigación autonómico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han etiquetado un total de 1.253 textos médicos que forman el corpus, 38.355 eventos enfermedad, 10.177 entidades medicamento y 4.339 pares enfermedad-medicamento.

Existen varios grupos de trabajo en España que aplican técnicas del PLN al campo de la biomedicina (interacciones farmacológicas de Segura-Bedmar, I.), pero hasta la fecha y que conozcamos, somos el único grupo que emplea HCE en castellano como corpus. Si bien, hay evidencia publicada en otros idiomas, existe una carencia en lengua castellana, por lo que consideramos esencial la creación de este corpus, que será la base para nutrir el procesador y, en un futuro, disponer de una herramienta prototipo capaz de detectar RAM a través del análisis de HCE, que posibilite automatizar esta actividad asistencial.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

853. COLABORACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL CON EL SERVICIO DE GERIATRÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INGRESADOS

AUTORES

TORNERO TORRES O, TEJADA GONZALEZ P, FUENTES IRIGOYEN R
HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA. AV. REINA VICTORIA 24. MADRID

OBJETIVOS

Entre las actividades que realiza el farmacéutico de hospital (FH) en los equipos asistenciales están la conciliación de la medicación, la revisión estructurada y sistemática de la medicación, optimizar la prescripción (mediante procedimientos de desprescripción, adecuación de los tratamientos a situaciones de disfagia/sonda, revisión de la carga anticolinérgica,



riesgo de caídas, etc.), información del tratamiento al paciente, adherencia, etc. El objetivo es evaluar las intervenciones realizadas por el farmacéutico integrado en el equipo asistencial de geriatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se decide priorizar las actividades a realizar por el FH: 1) conciliación de la medicación al alta y adecuación del tratamiento a la situación de disfagia y 2) revisión de los tratamientos con aplicación de criterios STOPP/START y BEERS. El médico solicita antes del alta la actuación del farmacéutico. El farmacéutico realiza la conciliación al alta y establece las recomendaciones que considere en pacientes con disfagia. Además revisa los tratamientos al alta, para la detección de medicamentos inapropiados (PPI) según criterios STOPP/START Y BEERS (basándose en el software check the meds). Las intervenciones las comunica al médico. Se definen motivos de intervención como: disfagia, conciliación al alta, criterios STOPP, START o BEERS. Como submotivos: discrepancia en la conciliación, recomendaciones de disfagia, desprescripción, vigilancia, valorar alternativas, inicio de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

34 pacientes fueron dados de alta durante el periodo de estudio. 3 se excluyeron porque la actividad del Servicio no permitió intervenir. Se intervino en 31 pacientes. La media de edad fue 87.39 años (+5.481); el 26 % fueron hombres, el 74% mujeres. El número de fármacos fue de 7.55 +-2.606; el índice de Charlson corregido por la edad fue 6.81 +-1.55; el riesgo anticolinérgico 2.06+-1.413. Se realizaron 146 intervenciones en 31 pacientes (4.7 intervenciones/paciente): 13 intervenciones fueron por disfagia (el 42% de los pacientes evaluados requieren recomendaciones al alta en relación con la administración de medicamentos por su situación de disfagia); 13 intervenciones fueron por discrepancias en la conciliación (el 16% de los pacientes mostraron errores de conciliación al alta que el farmacéutico resolvió), 66 intervenciones fueron por aplicación de criterios BEERS, 26 por aplicación de criterios STOPP y 28 por START. La suma de intervenciones por prescripción inapropiada según criterios STOPP y START fue 54 en 31 pacientes (el 80,6% (25/31) de pacientes presentaron algún PPI según criterios STOPP START). 8.9% (13/146) de las intervenciones fueron recomendaciones en pacientes con disfagia, 8.9% (13/146) fueron intervenciones por conciliación de la medicación, 45.2% (66/146) por aplicación de criterios BEERS, 17.8% (26/146) por aplicación de criterios STOPP y 19.2% (28/146) por aplicación de criterios START. En la revisión de los tratamientos, los medicamentos sobre los que más se intervino fueron lorazepam (desprescripción), torasemida (vigilancia), IECAS/ARA II (inicio), quetiapina (vigilancia). CONCLUSIONES: El FH tiene un papel prioritario en la adecuación de los tratamientos en pacientes con disfagia, y en la conciliación de la medicación al alta. Además la prevalencia de pacientes con PPI resultó alta y similar a la de otros estudios publicados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

877. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS: ANÁLISIS Y NUEVAS HERRAMIENTAS PARA SU GESTIÓN

AUTORES

BOSÓ RIBELLES V, ROMA SÁNCHEZ E, RUIZ CALDES MJ, ZAMORA FERRER E, MARTINEZ CERCÓS L, PASCUAL FERRER E, GARCÍA PELLICER J, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE. AVENIDA FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Se considera desabastecimiento a “una situación en la que las unidades disponibles de un medicamento en el canal farmacéutico son inferiores a las necesidades de consumo nacional o local”. En los últimos años, los desabastecimientos son recurrentes y se han incrementado progresivamente, con repercusión significativa a nivel clínico, económico y de gestión. El objetivo de este trabajo fue evaluar la situación actual de los desabastecimientos en nuestro hospital y proponer herramientas y/o acciones de mejora dirigidas a mitigar su repercusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para evaluar la situación, se analizaron los desabastecimientos detectados durante 6 meses mediante el desarrollo de un sistema basado en el método Kanban utilizando la aplicación Trello®. Para cada desabastecimiento se recogió: especialidad farmacéutica (EF), principio activo (PA), motivo, fechas clave (inicio, resolución prevista, resolución real), vía de notificación, stock actual, consumo mensual, medicamento/s alternativo/s, necesidad de hoja informativa. Además, se definieron diferentes estados (pendiente revisión, en proceso, seguimiento, resuelto con/sin cambio de EF) utilizados para seguir el desabastecimiento desde su conocimiento hasta su completa resolución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 128 desabastecimientos en 132 días laborables. El 50% tras la reclamación del pedido pendiente al laboratorio, el 25% por comunicación oficial (Conselleria de Sanitat) y el 25% por otras vías (comunicación directa laboratorio, etc.). El 8% de los desabastecimientos fueron ceses de comercialización y el resto problemas/irregularidades de suministro. Los grupos terapéuticos (GT) más afectados fueron: 19% antimicrobianos, 18% sistema nervioso, 11% inmunosupresores/antineoplásicos, 9% tracto alimentario, 9% oftalmológicos, 8% cardiovascular y 26% otros. En el 46,9% de los casos el stock disponible fue suficiente para atender la demanda, aunque exigió un seguimiento estrecho del consumo. En el 53,1% restante (n=68) se recurrió a alternativas, de las cuales el 1,6% (n=2) fueron fórmulas magistrales, el 10,9% (n=14) EF con distinto PA y consiguiente elaboración de hoja informativa y el 40,6% (n=52) un fármaco con el mismo PA, aunque en 29 casos (22,6%) se recurrió a una presentación diferente (en dosis, forma farmacéutica, concentración, etc.) y en 13 casos (10,2%) estaban etiquetados en lengua extranjera. El 33% de los desabastecimientos correspondieron EF genéricas. Para los que se resolvieron en el periodo evaluado (56,3%, n=72) la mediana de duración fue 19 días (RIQ=7,3-35,3) y para los pendientes de resolución fue 59 días (RIQ=33-101, datos censurados).



Como mejora a raíz del análisis se implantó un sistema de revisión sistemática de los pedidos a proveedor pendientes más de 5 días, con la finalidad de adelantarse y evitar roturas de stock previas a tener una alternativa. Este sistema se integró en la revisión diaria de los medicamentos con stock cero en el almacén. Además, la herramienta de evaluación y seguimiento se adoptó como sistema de gestión de los desabastecimientos en el hospital.

Conclusiones

La evaluación de los desabastecimientos en el periodo analizado muestra una situación frecuente, con aproximadamente un caso nuevo diario, y grave, al requerir la búsqueda de alternativas en más del 50% de los casos.

El sistema de evaluación desarrollado se mostró como una buena herramienta de gestión, que además permitió definir acciones de mejora.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1337. EXPECTATIVAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y PROFESIONALES SOBRE UNA APLICACIÓN MÓVIL PARA LA ACTIVACIÓN Y REGISTRO DE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES

AUTORES

MOYA GIL A, MARCOS RODRÍGUEZ JA, ALVARADO FERNÁNDEZ MD, ROYO PEIRÓ À, MAESTU MAIQUES I, LLOPIS SALVIA P, CLIMENTE MARTÍ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET. GASPAR AGUILAR N°90. VALENCIA

OBJETIVOS

Definir y priorizar las utilidades y funcionalidades de una aplicación móvil para la activación y registro de resultados reportados por los pacientes (PRO) por parte de profesionales sanitarios y pacientes oncohematológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional de dos semanas de duración en dos hospitales terciarios. Se creó un grupo de trabajo formado por 11 miembros (8 farmacéuticos y 3 oncólogos) para definir utilidades y funcionalidades de una aplicación móvil. Se elaboró un cuestionario con 27 preguntas tipo likert multirespuesta (sin utilidad, poco útil, útil, muy útil e imprescindible). Otras variables: edad, sexo, servicio clínico, profesión. Se incluyeron pacientes onco-hematológicos ambulatorios (A) y personal facultativo y de enfermería adscrito a Oncología, Hematología y Farmacia (B). La participación fue anónima y voluntaria. Los resultados se categorizaron en 3 niveles 1-sin utilidad/poco útil, 2-útil y 3-muy útil/imprescindible. Se estableció el criterio de priorización según el nivel 3, seleccionando las que superaban el 50% en ambos grupos A y B. Análisis estadístico: por Chi-Cuadrado en SPSS 19.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se definieron 5 utilidades y 27 funcionalidades relacionadas con: información sobre la enfermedad (n=3) y tratamiento (n=7), PRO (adherencia y toxicidad; n=6), agenda (n=4) y comunicación paciente-profesional(n=7).

Se incluyeron 118 pacientes (61 y 57 en cada centro) y 57 profesionales (31 y 26, respectivamente). Pacientes: El 70% de edad entre 35-65 años, el 23% mayores de 65 años y 52% mujeres. El 72% disponían de smartphone y el 83% eran atendidos por Oncología. Profesionales: El 47% de edad menor de 35 años y el 33% entre 35-50 años, 67% mujeres. El 95% disponían de smartphone. El 49% eran médicos (71% oncólogos), 26% personal de enfermería y 25% farmacéuticos. Todas las utilidades fueron valoradas con nivel 3 superior al 50% por profesionales y pacientes sin mostrarse diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la utilidad comunicación, que fue peor valorada por los profesionales ($p=0,000$). Por orden de prioridad las utilidades seleccionadas por pacientes fueron: agenda (68%,4/4), comunicación (64%,6/7), información sobre tratamiento (58%,6/7) y enfermedad (57%,2/3), y PRO (56%, 4/6). El orden de prioridad para profesionales fue similar, a excepción de la comunicación que ocupó el último lugar (64%,3/4; 62%,5/7; 56%,3/3; 52%,4/6 y 33%;1/7).

Respecto al registro de PRO, la valoración de pacientes y profesionales fue: registro de adherencia (A)48%; (B)59%), notificación de toxicidades (A)52%; (B) 53%), insertar fotografías junto con la notificación de toxicidades (A)40%; (B)42%), notificar toxicidad en tiempo real (A)74%;(B)49%), integrar los registros en historia clínica (A)52%; (B)53%) y generar un informe para el paciente de toxicidad por ciclo (A)69%; (B)54%).

Se seleccionaron el 48% (13/27) de las funcionalidades definidas, dos relacionadas con PRO: notificar toxicidades y generar un informe del registro para el paciente.

Conclusiones

Se definen 5 utilidades a desplegar en una aplicación móvil para la activación del paciente oncológico y registro de PRO relacionados con adherencia y toxicidad del tratamiento. La agenda fue la utilidad priorizada por pacientes y profesionales, PRO se priorizó en quinto y cuarto lugar, respectivamente. Las funcionalidades seleccionadas más destacadas fueron: registro de toxicidad en tiempo real, recomendaciones del tratamiento y planilla horaria.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

270. IMPACTO DE MÉTODO FARMACOCINÉTICO/FARMACODINÁMICO TEÓRICO VERSUS MÉTODO FARMACOCINÉTICO EN OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE VANCOMICINA

AUTORES

MEDINA GUERRERO Á, LORENTE FERNÁNDEZ L, GARCÍA MARTÍNEZ T, MONZÓ RAUSELL M, GARCÍA MUÑOZ S, MUÑOZ BRELL P, MOYA MORENO M, SOLER COMPANY E

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. C/ DE SAN CLEMENTE 12. VALENCIA



OBJETIVOS

Evaluar y comparar el método farmacocinético (PK) utilizado en la práctica clínica para el ajuste de dosis de vancomicina frente a un método farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) teórico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes para los que se realizó una determinación farmacocinética de vancomicina entre enero de 2016 y marzo de 2018. Se excluyeron los pacientes para los cuales no se disponía de concentración mínima inhibitoria (CMI). Se estimó el aclaramiento total de vancomicina (Cl) para cada paciente mediante el programa PKS®. El área bajo la curva (AUC) se obtuvo como cociente entre la dosis diaria de vancomicina y el aclaramiento total (D/Cl). Las distribuciones de CMI para los microorganismos aislados fueron consultadas a través del programa de historia clínica electrónica (HCE). Para el análisis teórico mediante el método PK/PD se calculó el índice AUC/CMI y, tal y como establece la bibliografía, se consideraron valores infraterapéuticos ($AUC/CMI \leq 400$), valores de eficacia (AUC/CMI entre 400-700) y riesgo incrementado de nefrotoxicidad ($AUC/CMI \geq 700$). Este ajuste posológico teórico fue comparado con el que se realizó en la práctica clínica utilizando el método PK, estableciendo la concentración plasmática previa a la administración de la siguiente dosis como referencia: 10-15mcg/ml en infecciones leves y 15-20mcg/ml en infecciones graves.

Se recogieron las variables: edad, peso, servicio clínico de ingreso, estancia hospitalaria, dosis diaria y CMI de vancomicina para los microorganismos aislados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El número de pacientes con determinación farmacocinética de vancomicina durante el periodo de estudio y CMI disponible en la HCE fue de 20. Los principales servicios clínicos de ingreso fueron: UCI en un 23,8% de los casos, hematología en un 19% y traumatología en un 19%. Las medianas de los datos fueron: edad de 64 (32-90) años, peso de 80 (54-110) kg, estancia hospitalaria de 25 (10-200) días, dosis diaria de vancomicina 2000 (333-3600) mg y tiempo en tratamiento con vancomicina de 10 (5-22) días.

La distribución de CMI entre los aislamientos encontrados fue: 55% con CMI=2; 20% con CMI=1; 15% con CMI=0,5; 5 % con CMI=0,25; y 5% con CMI=4.

Mediante el método PK empleado en la práctica clínica se realizó una recomendación de mantenimiento de dosis en un 50% de los pacientes, de incremento de dosis en un 45% y de disminución en un 5%.

Según el método teórico PK/PD, se estimó el mantenimiento de dosis en un 10% de los casos, en un 75% el aumento de dosis y en un 15% la disminución.

Se obtuvo concordancia en la estimación en ambos métodos para el 50% de los pacientes. Del 50% discordante, se estimó a través del método PK/PD que un 70% eran susceptibles de incremento de dosis, así como un 30% de disminución de la misma.

Conclusiones

Existe discordancia entre los métodos de ajuste de dosis estudiados observándose una tendencia a recomendar dosis inferiores según el ajuste con el método PK. Debido a que la población microbiológica aislada en nuestro entorno presenta valores de CMI a vancomicina elevados, el análisis PK/PD es una herramienta que podría aportar valor en la optimización de dosis.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

366. FARMACOCINÉTICA E INMUNOGENICIDAD DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

SANTACANA JUNCOSA E, PADULLÉS ZAMORA N, PADULLÉS ZAMORA A, GUARDIOLA CAPÓN J, RODRÍGUEZ ALONSO L, BAS MINGUET J, MUÑOZ BOLAÑO M, COLOM CODINA H
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. IDIBELL. FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Infliximab biosimilar (IFXbios) fue el primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos. Está indicado para el tratamiento de las ocho enfermedades autoinmunes aprobadas para infliximab de referencia (IFXref) y que incluyen las enfermedades inflamatorias intestinales (EII).

Objetivo: evaluar en la práctica clínica real si existen diferencias en la farmacocinética (PK) e inmunogenicidad de IFXbios respecto IFXref en pacientes con EII tratados con infliximab (IFX).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio PK comparativo cuasiexperimental en pacientes con EII naïve tratados con IFXref o IFXbios en un hospital de tercer nivel. Período de estudio: enero 2014-febrero 2018. El análisis PK incluyó la comparación de: 1) las concentraciones predosis (Cmin) alcanzadas en estado estacionario en la primera determinación después del inicio del tratamiento, 2) los parámetros PK aclaramiento (CL), volumen de distribución (Vc), constante de eliminación desde compartimento central (K10) y semivida ($t_{1/2}$), y 3) área bajo la curva (AUC). Estos parámetros y el AUC se calcularon mediante aproximación bayesiana (NONMEM v7.3) usando el modelo PK poblacional publicado por Fansmade AA et al 2011 y validado por nuestro grupo. El análisis de la inmunogenicidad consistió en la comparación de presencia de anticuerpos antiIFX (ATI). La determinación de las Cmin de IFX y la presencia de ATI se realizó mediante ELISA (Promonitor®). Análisis estadístico: programa R v3.4.3. (variables logotransformadas).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 73 pacientes (33 mujeres/40 hombres, peso medio: 68 kg, albúmina media: 4.4 g/dL), 23 en tratamiento con IFXbios y 50 con IFXref. La muestra se obtuvo después de una media de 126 días desde el inicio de IFXbios y 178 días tras el inicio de IFXref. Valores medios de C_{min}, CL, V_c, K₁₀ y t_{1/2} en pacientes en tratamiento con IFXbios fueron 4.26 mg/L, 5.42 mL/kg/día, 51.23 mL/kg, 0.00443 h⁻¹ y 12.86 días, respectivamente. En pacientes que recibieron IFXref fueron 3.24 mg/L, 5.46 mL/kg/día, 52.06 mL/kg, 0.00438 h⁻¹ y 12.72 días, respectivamente. Valores medios de AUC en pacientes en tratamiento con IFXbios e IFXref fueron 28938 (mg/L)•h y 25409 (mg/L)•h, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las C_{min} (p=0.6668) ni en el CL, V_c, K₁₀, t_{1/2} ni AUC (p=0.7401, 0.2737, 0.8498, 0.9089 y 0.166, respectivamente). Se detectaron 5 pacientes con ATI positivos: 2 en el grupo tratado con IFXbios (8%) y 3 en el grupo IFXref (6%).

Conclusiones

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las C_{min}, AUC, ni en los parámetros PK entre los pacientes tratados con IFXref y los pacientes tratados con IFXbios. Tampoco se observaron diferencias en la inmunogenicidad detectada entre los dos grupos estudiados.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

405. INFLUENCIA DEL USO DE CORTICOIDES EN LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE VORICONAZOL

AUTORES

BLANCO DORADO S, FERNÁNDEZ FERREIRO A, GARCÍA QUINTANILLA L, BANDÍN VILAR EJ, CASTRO BALADO A, LAMAS DIAZ MJ

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El Voriconazol es un antifúngico de amplio espectro con gran variabilidad farmacocinética. La existencia de polimorfismos genéticos, la edad, el sexo, la función hepática o las interacciones farmacológicas, son algunos de los factores que afectan a las concentraciones plasmáticas del fármaco. Algunos estudios sugieren que el efecto inductor enzimático de los corticoides puede influir en las concentraciones mínimas de voriconazol (C_{min}), y llevar al fracaso terapéutico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la influencia del uso de corticoides en la C_{min} de voriconazol.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional que incluyó pacientes a tratamiento con voriconazol desde Julio de 2016 hasta septiembre de 2017. Se recogieron las características demográficas (edad, sexo, peso) así como las características del tratamiento con voriconazol (dosis de carga y de mantenimiento (DC y DM), vía de administración y duración). Se registró si el paciente recibía simultáneamente tratamiento con corticoides así como su dosis. Estos fueron transformados a la dosis equivalente de prednisolona de acuerdo con su actividad glucocorticoide.

Se recogió como mínimo una muestra de sangre por paciente (predosis y en estado estacionario). La C_{min} fue determinada mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Ensayos Clínicos Local y se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables indicando frecuencia y porcentaje para las categóricas y medias o mediana, desviaciones estándar y rangos para las cuantitativas. Empleamos el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la correlación entre la dosis de corticoide y la C_{min} de voriconazol y el test T Student para la comparación entre ambos grupos (p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 38 pacientes (50% mujeres) con una mediana de edad de 65 años (21-91). El peso medio fue de 66,48 kg(±17,39).

La mediana de duración del tratamiento con voriconazol fue de 15,5 días (4-1015), 19 pacientes lo recibieron intravenoso (DC 6,02 mg/kg±0,59, DM: 3,54 mg/kg±0,70), 13 pacientes oral (DC: 400 mg/12h y DM: 200 mg/12h), y 6 intravenoso+oral (DC 6,15 mg/kg±0,60, DM: 3,20 mg/kg±0,51).

De los 38 pacientes, 22 (57,89%) recibieron corticoides simultáneamente. La dosis mediana de corticoides en forma de prednisolona fue de 58,26 mg/día (5-200),

Efecto de los corticoides en la C_{min} de voriconazol: El coeficiente de Correlación de Pearson fue de -0,12, lo cual indicó una relación inversa entre la dosis de corticoides y la C_{min} de voriconazol. La C_{min} promedio fue significativamente menor en el grupo de pacientes que empleaban corticoides comparado con los que no (2,18mg/L vs 1,55 mg/L ;p < 0,001).

En conclusión: Nuestros resultados muestran que los pacientes tratados simultáneamente con corticoides y voriconazol presentan unas C_{min} de antifúngico más bajas, lo cual puede condicionar fracaso terapéutico. Por ello, en estos pacientes es importante llevar a cabo una cuidadosa monitorización farmacocinética y considerar, si procede, un incremento de la dosis para así alcanzar concentraciones terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**802. DESARROLLO DE UN MÉTODO RÁPIDO DE GENOTIPADO DE CYP2C19 PARA OPTIMIZAR LA TERAPIA CON VORICONAZOL****AUTORES**

GARCÍA MARTÍN E, GARCÍA GARCÍA MI, SALVADOR MARTÍN S, BLANCO AGUDO C, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ C, CHAMORRO DE VEGA E, SANJURJO SÁEZ M, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Se han descrito, al menos, tres mutaciones en CYP2C19 que alteran la funcionalidad de la enzima afectando al metabolismo de voriconazol: el alelo *2, *3 y *17. La guía del consorcio de implementación de farmacogenética clínica (CPIC) recomienda valorar otras alternativas terapéuticas ante la presencia de cualquiera de estas tres variantes genéticas. La decisión terapéutica debe ser tomada en el menor tiempo posible por lo que el objetivo fue: Desarrollar una prueba sencilla, económica y rápida para implantar el uso del genotipado de los polimorfismos CYP2C19*2 (rs4244285), *3(rs4986893) y *17(rs12248560) y así poder prevenir efectos adversos y optimizar el tratamiento con voriconazol.

MATERIALES Y MÉTODOS

La validación y realización del genotipado de CYP2C19 se realizó en la Unidad de Farmacogenética del Servicio de Farmacia utilizando 110 muestras anonimizadas del laboratorio.

Para reducir costes y tiempo se puso a punto una preparación de la muestra del paciente con reactivos usuales en el laboratorio que no requiere la purificación del ADN. El proceso comprende una fase de lisis con sosa y otra de estabilización con tris-EDTA. Para el genotipado de los SNPs rs4244285(CYP2C19*2), rs4986893(CYP2C19*3) y rs12248560(CYP2C19*17) se diseñaron sondas TaqMan. Cada una de estas sondas contiene dos oligonucleótidos para la amplificación del fragmento de ADN en el que se localiza el polimorfismo a estudiar y otros dos oligonucleótidos marcados con moléculas fluorescentes que identifican las dos posibles secuencias del polimorfismo.

Como método comparativo se utilizó la secuenciación de Sanger. Para ello se realizó una amplificación de los fragmentos que contienen los polimorfismos a analizar mediante una pareja de oligonucleótidos para cada polimorfismo. Los productos de amplificación son purificados con ExoSapI (ThermoFisher) y cuantificados en Quowell 55000. Las secuencias se realizaron en la Unidad de Secuenciación del Hospital y se analizaron con el software SnapGene v2.3.2.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se desarrolló un método de procesamiento de la muestra antes de la PCR con el cual a partir de 3µl de sangre total se obtuvieron 80µl de muestra procesada suficiente para hacer hasta 80 pruebas genéticas. El tiempo de procesamiento de la muestra fue de 10 minutos, frente a los 30 minutos de una extracción de ADN con kits comerciales. El tiempo total del preprocesado de la muestra y la PCR fue de 40 minutos. El coste de los reactivos es inferior a 5€.

Las frecuencias alélicas para los polimorfismos estudiados en los 110 individuos fueron de 25,5% para CYP2C19*2, 0% para CYP2C19*3, y 38,2% para CYP2C19*17. El resto se consideró alelo*1. El 21,2% de individuos podrían beneficiarse de la optimización de una terapia con voriconazol.

El 100% de los genotipados realizados con la técnica descrita fueron concordantes con los obtenidos mediante el método estándar elegido (secuenciación de Sanger)

Conclusiones

El genotipado de los alelos *2, *3 y *17 del gen CYP2C19 mediante el procesamiento previo de la muestra descrito en este trabajo y PCR a tiempo real con sondas TaqMan es una técnica sencilla, rápida y económica que puede ser aplicada en laboratorios de farmacogenética.

Conocer en menos de una hora el genotipo CYP2C19 de pacientes que van a recibir voriconazol será de enorme utilidad y permitirá ajustar la dosis de fármaco prácticamente al inicio del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**895. EVOLUCIÓN DE LA VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE LOS NIVELES DE TACROLIMUS EN LOS DISTINTOS PERIODOS DEL POSTRASPLANTE RENAL****AUTORES**

GARCÍA GARCÍA S, OLEAS VEGA DS, TORRES RODRIGUEZ IB, CHAMOUN HUACÓN BO, ALONSO MARTÍNEZ C, MONTORO RONSANO B
VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

En el trasplante renal, el manejo de la inmunosupresión se divide en tres fases: inducción de 0 a 3 meses, mantenimiento temprano (MT) de 3 a 6 meses, y mantenimiento tardío (M) a partir de 6 meses. Durante el periodo de inducción se requiere una inmunosupresión más intensa para prevenir el rechazo agudo del injerto, y en la fase de mantenimiento la prioridad es evitar el rechazo crónico a largo plazo sin aumentar el riesgo de efectos adversos asociados a los fármacos inmunosupresores.

El objetivo del estudio es analizar la concentración media, la variabilidad intrapaciente (IPV) y la presencia de concentraciones plasmáticas infraterapéuticas de tacrolimus, y su evolución en los diferentes periodos del posttrasplante renal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con trasplante renal y en tratamiento con tacrolimus desde 2015, con un seguimiento postrasplante mínimo de 2 años.

Los pacientes se identificaron a partir del programa de historia clínica electrónica hospitalaria y se recogieron los datos clínicos: tipo de trasplante, fecha del procedimiento y niveles plasmáticos desde la fecha del trasplante hasta 2 años completos de seguimiento.

Las variables del estudio se calcularon teniendo en cuenta las distintas etapas del postrasplante renal: inducción, MT y M: 6-12 meses (M1), 1-2 años (M2), 2-3 años (M3). Se calculó la media de las concentraciones plasmáticas de tacrolimus, el número de determinaciones analíticas realizadas y el porcentaje de pacientes con concentraciones inferiores a 5 ng/ml. El rango de valores de concentración plasmática de tacrolimus se establece entre 5-20 ng/ml.

Para describir la IPV de los niveles plasmáticos de inmunosupresor se calculó el coeficiente de variación (CV). La IPV se considera elevada cuando los valores de CV son superiores al 30%.

El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS y para contrastar las medias poblacionales se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y la distribución de F de Fisher-Snedecor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 212 pacientes y 4180 datos de concentración plasmática de tacrolimus. Los valores de las variables analizadas se expresan en el orden temporal de inducción, MT, M1, M2 y M3:

Media de los niveles séricos de tacrolimus: 9.63ng/ml (IC95%:9.33-9.92), 8.57ng/ml (IC95%:8.26-8.88), 8.01ng/ml (IC95%:7.71-8.31) y 7.61ng/ml (IC95%:7.35-7.87).

Número medio de determinaciones plasmáticas: 13.71 (IC95%:12.89-14.54), 4.72 (IC95%:4.18-5.26), 5.24 (IC95%:4.66-5.83) y 5.45 (IC95%:4.87-6.04).

Porcentaje de concentraciones inferiores a 5 ng/ml: 13.51% (IC95%:11.28-15.74), 9.28% (IC95%:6.49-12.06), 13.12% (IC95%:9.73-16.51) y 12.81% (IC95%:9.35-16.27).

CV medio: 43.55% (IC95%:41.29-45.81), 25.41% (IC95%:23.09-27.74), 25.38% (IC95%:22.99-27.77) y 24.43% (IC95%:22.11-26.75).

Porcentaje de pacientes con un CV > 30%: 80.25% (IC95%:75.21-85.29), 31.75% (IC95%:25.42-38.09), 29.86% (IC95%:23.63-36.08) y 30.48% (IC95%:23.82-37.14).

Los niveles séricos de tacrolimus y la IPV durante la inducción son mayores que en el MT y M. No obstante, los pacientes con CV > 30% se mantienen en los demás periodos entre el 29.9% y el 31.8%; y con valores < 5 ng/mL entre el 9.3 y el 13.1%, lo que justificaría una mayor necesidad de monitorización farmacocinética y control terapéutico, para preservar una mayor supervivencia del injerto a largo plazo y minimizar la aparición de reacciones adversas farmacológicas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1267. MODELADO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE MEROPENEM EN PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS SOMETIDOS A HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA CON MEMBRANA DE ALTA ABSORCIÓN

AUTORES

PADULLES ZAMORA A, COLOM CODINA H, LEIVA BADOSA E, SABATER RIERA J, PEREZ FERNANDEZ XL, RIGO BONNIN R, NUÑOZ BOLAÑO M, JUVANY ROIG R
HOSPITAL UNIV. DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional (PPK) de meropenem en pacientes críticos sépticos sometidos a hemodiafiltración venovenosa continua (CVVHDF) con la membrana oXiris®.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio farmacocinético prospectivo, abierto, observacional, realizado en pacientes críticos sépticos sometidos a CVVHDF mediante membrana de alta absorción oXiris® (flujo 12 and 15 L/h), tratados con meropenem 1g/8h administrado en 30 min. Muestras plasmáticas prefiltro (Cp) y muestras del ultrafiltrado (Cu) se obtuvieron en equilibrio estacionario durante 24h: predosi, 0.5, 0.75, 1, 2, 4h post-infusión; y 8, 16 y 24 h justo antes de cada dosis. Se determinaron mediante cromatografía líquida de ultra-rendimiento acoplado en tándem a espectrometría de masas. Se desarrolló un modelo PPK mediante el software NONMEM 7.3. El método de estimación utilizado fue el método de estimación condicional de primer orden con interacción (FOCEI).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes (4 mujeres). Edad mediana: 70 (rango: 34-80) y peso mediano: 79 kg (rango: 60-110). Se analizaron simultáneamente un total de 100 Cp y 96 Cu. Modelo base: bicompartimental con cinética de incorporación orden cero (infusión) y de eliminación de orden uno, parametrizado en términos de aclaramiento plasmático (CL), aclaramiento distribucional (CLD) y volúmenes de distribución en compartimento central (Vc) y periférico (Vp) y factor de sieving (Sv). Las Cu fueron modelizadas como el producto de Cp y el factor de sieving (Sv). El CL de meropenem se asoció a la eliminación extracorpórea. La variabilidad interindividual se incluyó en CL (VIIICL) y Vc (VIIIVc) y el error residual se modelizó como proporcional. Modelo de covariables: Ninguna de las covariables ensayadas (edad peso, sexo) describió parte de la VII hallada en CL y Vc. Valores de los parámetros de efectos fijos y aleatorios en el modelo final [media (EER%)]: CL (L/h) 7.78 (16.45); Vc (L) 24.9 (13.73), CLD (L/h) 6.49 (15.72); Vp (L) 283 (55.12); Sv 0.702 (7.35); VIIICL 0.258 (66.27); VIIIVc 0.191

(34.50). En general la precisión de los parámetros estimados determinada mediante la técnica del bootstrap demostró ser correcta.

Conclusiones

De acuerdo con el modelo desarrollado, la eliminación del meropenem en pacientes críticos sépticos sometidos a CV-VHDF con la membrana oXiris® se debe únicamente al CL extracorpóreo. Ninguno de los factores demográficos ensayados ha demostrado influir en el valor del CL, por lo que serán necesarios nuevos estudios que permitan identificar factores predictivos de la variabilidad observada en el CL.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

47. USO Y EFECTIVIDAD DE DISTINTOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO HER2 POSITIVO: REGISTRO NACIONAL AGAMENOM

AUTORES

MARTÍNEZ TORRÓN A, ÁLVAREZ MANCEÑIDO F, ALAGUERO CALERO M, CARRILES FERNÁNDEZ C, MACIAS DECLARA I, SÁNCHEZ CÁNOVAS M, CARMONA BAYONAS A, ZAPICO GARCÍA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). AVENIDA DE ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Conocer el uso y la efectividad de distintos esquemas de quimioterapia en cáncer gástrico avanzado en función de la sobreexpresión de HER2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos se obtuvieron del registro nacional AGAMENON de pacientes con adenocarcinoma de esófago distal y estómago avanzado, confirmado histológicamente, tratados en primera línea con esquemas de poliquimioterapia estándar y seguidos en los centros hasta progresión o muerte entre 2008-2017.

Los tumores se clasificaron en HER2+ (o HER2-) cuando presentaban (o no) una sobreexpresión definida como inmunohistoquímica de 3 cruces o de 2 con FISH+. Los esquemas de quimioterapia se agruparon en: dobletes de cisplatino u oxaliplatino con fluoropirimidina, tripletes de los anteriores asociados con docetaxel o antraciclina (epirrubicina) y otros (modificaciones de los esquemas previos), pudiendo asociarse con trastuzumab en tumores HER2+. Las variables de efectividad fueron supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG); su análisis se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Para la comparación de las curvas de supervivencia según la sobreexpresión de HER2 se emplearon el estadístico de Log-Rank y la regresión de Cox univariante.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 2529 pacientes registrados en 31 hospitales nacionales, para el presente estudio se incluyeron 1538 que cumplían criterios de inclusión en la fecha del análisis, (diciembre de 2017). El 17,8% de los pacientes (n=274) fueron tratados con trastuzumab asociado con quimioterapia en primera línea al presentar sobreexpresión de HER2.

Las características basales con una diferencia estadística y clínicamente significativa entre tumores HER2+ vs HER2- fueron: localización en esófago distal (31 vs 18%), grado histológico 1-2 (57 vs 38%), tipo intestinal de Lauren (63 vs 43%), metástasis peritoneales (30 vs 47%), $p < 0.001$.

La SLP en tumores HER2+ fue favorable a los dobletes con oxaliplatino frente a los de cisplatino (8.7 vs 7.9 meses, $p = 0.005$) sin demostrar beneficio la adición de un tercer agente, docetaxel o epirrubicina.

La quimioterapia asociada con trastuzumab en tumores HER2+ obtuvo una SLP y SG superior a la de quimioterapia empleada en los HER2- siendo la SLP de 7.9 vs 6.2 meses, $p < 0.001$ y la SG de 13.4 vs 10.5 meses, $p < 0.001$, respectivamente. En segunda línea de tratamiento, los esquemas con trastuzumab, ramucirumab o quimioterapia sola mostraron una SLP de 5,4, 3.7 y 2.5 meses, respectivamente, en tumores HER2+ sin alcanzar la significación estadística, $p = 0.103$.

El estado general ECOG2 fue la única variable con valor pronóstico negativo, tanto en el análisis univariante como en el multivariante. Otras variables asociadas con criterios de fragilidad como la edad avanzada (≥ 70 años), la desnutrición (hipoalbuminemia < 3.5 g/dl), y la presencia de más de una comorbilidad según los criterios de Charlson no mostraron valor pronóstico.

Los pacientes con cáncer gástrico avanzado HER2+ tratados con quimioterapia asociada a trastuzumab presentan una mayor SLP y SG que aquellos pacientes HER2- tratados solo con quimioterapia, siendo los esquemas con mejores resultados los dobletes con fluoropirimidina y oxaliplatino.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

49. DURACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN RESPUESTA

AUTORES

MARTÍNEZ TORRÓN A, ÁLVAREZ MANCEÑIDO F, ZAPICO GARCÍA I, CARRILES FERNÁNDEZ C, HERNÁNDEZ SAN GIL R, MARTÍNEZ DE CASTRO E, CARMONA BAYONAS A, RODRÍGUEZ PALOMO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). AVENIDA DE ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estudiar cómo influye en la respuesta al tratamiento, la duración de la quimioterapia de primera línea para pacientes con cáncer gástrico avanzado. El objetivo secundario fue describir los factores pronósticos relacionados con la duración de la quimioterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra está formada por pacientes del registro multicéntrico de cáncer gástrico avanzado AGAMENON tratados con poliquimioterapia a base de platino/fluoropirimidina. Para este análisis se requirió que los pacientes tuvieran al menos dos evaluaciones programadas de respuesta tumoral por imagen, sin evidencia de progresión del tumor en ninguna de ellas. Los pacientes debían haber recibido tratamiento al menos hasta la fecha de la segunda tomografía (unos 6 meses). Para analizar las variables dependientes del estado sin incurrir en sesgos, se usó el modelo multiestado de Markovian.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 415 pacientes divididos en tres grupos: suspensión de platino y mantenimiento con fluoropirimidina hasta progresión (30%, n=123), discontinuación de terapia completa antes de la progresión (52%, n=216), y tratamiento completo hasta progresión (18%, n=76).

Las razones para modificar las terapias en estos pacientes sin progresión en la segunda tomografía fueron: fin de tratamiento programado (60%), toxicidad (19%), deterioro clínico (15%), paciente reusa (3%) y otros (3%).

Frente a los que recibieron tratamiento hasta la progresión, no se observó una reducción de la supervivencia libre de progresión en sujetos que pararon el tratamiento completo (HR 1.16, intervalo de confianza (IC) 95%, 0.70-1.92, P=0.544), o suspendieron el platino (HR 0.92, IC 95%, 0.54-1.58, P=0.782). Tampoco se observaron diferencias en supervivencia global.

En cuanto a factores pronósticos para supervivencia libre de progresión, se observó un efecto significativo para el estado general ECOG-PS ≥ 2 en el grupo de tratamiento hasta progresión (HR 4.06, IC 95%, 1.40-11.7). La presencia de 3 o más localizaciones metastásicas mostró un efecto pronóstico negativo tras parar platino (HR 1.65, CI 95%, 1.06-2.56) o toda la quimioterapia (HR 1.65, CI 95%, 1.06-2.56). Las metástasis óseas fueron un factor pronóstico adverso en todos los grupos (HR 1.64, CI 95%, 1.13-2.37). La respuesta completa fue un factor protector tras suspensión del esquema completo (HR 0.31, IC 95%, 0.16-0.57) o del platino (HR 0.12, IC 95%, 0.03-0.41). No se detectaron interacciones significativas entre covariables.

Cuando no se paró el tratamiento completo, la toxicidad grado 3/4 fue más frecuente en aquellos que siguieron hasta progresión vs mantenimiento (16% vs 6%), P=0.018.

En este registro, tratar hasta progresión no tuvo un impacto en supervivencia, pero sí entrañó mayor toxicidad grave. Los criterios de selección a considerar en futuros estudios en los que se analice detener la quimioterapia en primera línea de tratamiento del cáncer gástrico avanzado en respuesta en el segundo estudio de imagen (6 meses) podrían ser la baja carga tumoral, la ausencia de enfermedad ósea, y la respuesta completa al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

199. REACCIONES ADVERSAS A ANTINEOPLÁSICOS ORALES COMO MEDIDA DE RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES

AUTORES

VICENTE OLIVEROS N, GRAMAGE CARO T, VÉLEZ DÍAZ PALLARÉS M, BERMEJO VICEDO T, DELGADO SILVEIRA E HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM.9'1. MADRID

OBJETIVOS

Describir y comparar las reacciones adversas a antineoplásicos orales (RAM-ANEO) comunicadas por los pacientes en la consulta de atención farmacéutica (CAF) y las recogidas por el médico en la historia clínica (HC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y ambispectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel. Un farmacéutico entrevistó a los pacientes que acudían a la CAF y revisó las HC retrospectivamente durante un año.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, ANEO actual, medicación domiciliaria, RAM-ANEO comunicadas por el paciente al farmacéutico (RAM-ANEO-entrevista) y las registradas por su médico en la HC (RAM-ANEO-HC).

Las RAM-ANEO fueron clasificadas según medDRA®. Se determinó su causalidad aplicando el algoritmo de Karch-Lasagna modificado. Y se agruparon en tres categorías en función de su detección: paciente (si es necesario que el paciente comunique un síntoma para detectar la RAM), analítica (si es necesario realizar una analítica), exploración (si es necesario realizar una exploración clínica). Se compararon las RAM-ANEO-entrevista con las RAM-ANEO-HC. Y se midió el grado de acuerdo mediante el índice de kappa con pesos de Fleiss y Cohen.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron 973 entrevistas a un total de 340 pacientes, 55% hombres, mediana de edad 66 (92-24) años. Se recogieron 1.651 RAM-ANEO-entrevista y 1.991 RAM-ANEO-HC. Prácticamente todas las RAM presentaron una causalidad probable o posible (99,8% vs. 99,9%).

Al agrupar las RAM-ANEO se encontró lo siguiente: como paciente el 93% de las RAM-ANEO-entrevista vs. el 65% de las RAM-ANEO-HC; como analítica el 4% vs. 27% y como exploración el 3% vs. 8%.

En la categoría paciente, las RAM-ANEO más frecuentes tanto en las recogidas en la entrevista como en la HC fueron: "trastornos gastrointestinales" (TGI) (31% RAM-ANEO-entrevista vs. 30% RAM-ANEO-HC), "trastornos de la piel y del tejido subcutáneo" (TPTS) (25% vs. 19%) y "trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración" (TGLA) (22% vs. 26%). En estas RAM-ANEO el grado de acuerdo fue débil: TGI (k=0,3), TPTS (k=0,4) y TGLA (k=0,3). Especificando por grupo, la RAM más frecuente en los TGI fue la diarrea (40% RAM-ANEO-entrevista vs. 37% RAM-ANEO-HC) (k=0,3). En los TPTS fue el síndrome de palmo-plantar (39% vs. 61%) (k=0,5). En los TGLA fue la astenia (66% vs. 68%) (k=0,3).

Conclusiones

El paciente comunica mayor número de RAM en la entrevista con el farmacéutico que las que el médico registra en la historia clínica.

Puesto que el grado de acuerdo entre las RAM-ANEO comunicadas al farmacéutico y las recogidas en la HC es débil o moderado, ambas deben ser consideradas como complementarias en las estrategias que se definan para medir los resultados en salud percibidos por los pacientes.

A la vista de los resultados de las RAM-ANEO que comunica el paciente se debe hacer especial énfasis tanto en la actitud como en las medidas a tomar, en los trastornos gastrointestinales, de la piel y tejido subcutáneo, y en los trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

256. LA SALUD NOS MUEVE HACIA LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES

RODRIGUEZ DE CASTRO B, PAMPÍN SÁNCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, CARBAJALES ÁLVAREZ M, AYASTUY RUIZ A, MARTINEZ-MÚGICA BARBOSA C, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Determinar la incidencia de interacciones clínicamente relevantes en pacientes adultos oncológicos con sus tratamientos domiciliarios habituales, así como describir las interacciones entre éstos y su tratamiento oncológico, clasificándolas según su gravedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo descriptivo de 4 meses de duración (enero-abril 2018) en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron un tratamiento oncológico en nuestro hospital. Utilizando el programa Oncofarm® se detectaron diariamente las nuevas prescripciones, conciliando antes de la validación el tratamiento domiciliario activo de cada paciente. Para ello se revisó la historia clínica electrónica en el módulo de atención primaria, consultando las discrepancias con el tratamiento prescrito. Se analizó la existencia de interacciones mediante la base de datos Lexicomp®, registrando aquellas clasificadas con un nivel de riesgo C (monitorizar tratamiento), D (considerar modificar tratamiento) y X (evitar combinación).

Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos del paciente (edad y sexo), diagnóstico y tratamiento oncológico, grupo terapéutico y número de fármacos domiciliarios y nivel de riesgo de las interacciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio iniciaron tratamiento oncológico 263 pacientes, 128 mujeres (48,7%) y 135 hombres (51,3%); con una edad media de 63,4 años (rango 29-85).

El 85,2% de los pacientes presentaban tratamiento domiciliario concomitante, con una media de 5,2 fármacos por paciente.

213 pacientes (81%) presentaron interacciones farmacológicas. El número total de interacciones fue 961, de las cuales sólo 115(12%) incluían fármacos oncológicos, el resto incluían fármacos de su tratamiento domiciliario. El 6,6% (63 interacciones) fueron tipo C, 1,6% (15 interacciones) tipo D y 3,9% (37 interacciones) tipo X.

La interacción más frecuente a destacar de tipo C (27 casos) incluyó inhibidores de la bomba de protones (IBP) con ciertos antineoplásicos, disminuyendo su efecto terapéutico. Otras interacciones frecuentes con nivel de riesgo C y D incluían los siguientes grupos terapéuticos: antihipertensivos (17 casos), antidepresivos (12 casos), glucocorticoides (4 casos) y antiagregantes (2 casos). La de mayor frecuencia tipo X incluía el metamizol, apareciendo en un total de 35 casos, generando como reacción adversa mielosupresión.

La mayoría de los pacientes que inician tratamiento antineoplásico presentan tratamiento farmacológico concomitante para otras patologías, por lo que la conciliación es fundamental para evitar interacciones clínicamente relevantes.

La integración del farmacéutico en los distintos niveles asistenciales evitaría prescripciones inadecuadas en atención primaria. Asimismo, la integración en el equipo multidisciplinar ayuda a la detección temprana de estas potenciales interacciones y minimiza la repercusión clínica que pueda tener en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1399. ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE FARMACÉUTICOS Y ONCÓLOGOS SOBRE LA ESTANDARIZACIÓN DE DOSIS (DOSE-BANDING) DE ANTINEOPLÁSICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

RUIZ MILLO O, ROYO PEIRO Á, MOYA GIL A, GRAS COLOMER E, CLIMENTE MARTI M, MAESTU MAIQUES I, ALBERT MARI MA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVDA. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar y comparar las expectativas de farmacéuticos y oncólogos sobre el uso y aplicación en la práctica asistencial de la estandarización de dosis (ED) o dose-banding de fármacos antineoplásicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional. Se elaboró una encuesta con 8 preguntas cerradas (respuestas: sí/no/no sabe-no contesta(NS/NC)) y una pregunta abierta. Criterios valorados: conocimiento del concepto de ED y ejemplos relacionados, tipo y propuesta de fármacos candidatos, porcentaje de desviación de dosis aceptada según indicación de tratamiento,

impacto en resultado (eficacia/tolerancia o seguridad), impacto en tiempos de espera de los pacientes, aceptación individual y colectiva de la ED en el entorno asistencial. Se distribuyó mediante un formulario online a través de la lista de distribución de SEOM, Grupo Español de Melanoma y SEFH. Otras variables recogidas: edad, profesional (oncólogo/farmacéutico), categoría (adjunto/residente) y años de experiencia.

Análisis estadístico (SPSSv17.0®): variables categóricas: frecuencias (%), cuantitativas no normales: mediana (rango intercuartílico). Normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comparación entre variables categóricas: prueba de Chi-Cuadrado. $p < 0,05$: significativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recibieron 189 encuestas (77 de oncólogos y 112 de farmacéuticos). La tasa de respuesta no pudo calcularse por desconocerse el número de profesionales que recibieron el cuestionario. La mediana de años de experiencia profesional fue de 15(8-20), siendo el 89,4%(168) adjuntos.

El 63,3%(119) conocía el criterio de ED con diferencias según profesional (77,7%(87) farmacéuticos vs 42,1%(32) oncólogos; $p < 0,001$). Respecto a fármacos candidatos: 15,4%(29) consideraron anticuerpos monoclonales, 14,4%(27) citostáticos y 61,7%(116) ambos, sin diferencias según profesional ($p=0,238$).

En indicación de tratamiento radical, el 80,3%(151) aceptarían +/-5% desviaciones de dosis y el 13,8%(26) hasta +/-10%, sin diferencias según profesional($p=0,371$). En cambio, en paliativo, el 32,1%(59) aceptarían +/-5% desviaciones de dosis (30,8%(33) farmacéuticos vs 33,8%(26) oncólogos) y el 48,4%(89) aceptarían +/-10% desviaciones (55,1%(59) farmacéuticos vs 39,0%(30) oncólogos), con diferencias según profesional($p=0,005$).

En cuanto al impacto en resultado a priorizar, el 65,1%(123) consideraban la eficacia y el 28,0%(53) la buena tolerancia, sin diferencias según profesional($p=0,532$). El 70,9%(134) creían que la ED podría mejorar la calidad de atención a pacientes al reducir tiempos de espera en preparación de tratamientos, con diferencias según profesional (75,0%(84) farmacéuticos vs 64,9%(50) oncólogos; $p=0,001$).

El 73,0%(138) apoyarían la ED en su ámbito de trabajo (71,4%(80) farmacéuticos vs 75,3%(58) oncólogos), mientras que el 14,3%(27) no lo apoyarían (19,5%(15) oncólogos) y el 12,7%(24) NS/NC (17,9%(20) farmacéuticos), con diferencias según profesional ($p=0,016$).

El 55,6%(104) opinó que su entorno apoyaría la ED en la práctica clínica, el 18,7%(35) no lo apoyaría y el 25,7%(48) NS/NC, con diferencias según profesional ($p < 0,001$). El porcentaje de apoyo es mayoritario entre oncólogos (72,7%,56) frente a farmacéuticos (43,6%,48), mientras que 40,0%(44) de farmacéuticos contestaron NS/NC.

Conclusiones

La estandarización de dosis (dose-banding) en la preparación de antineoplásicos es un concepto conocido, sobre todo por farmacéuticos, cuya utilización en práctica clínica sería apoyada por un 73% de los encuestados, tanto para citostáticos como anticuerpos monoclonales, considerándola una práctica con potenciales beneficios para mejorar la calidad de atención a pacientes. Para la mayoría de profesionales, el porcentaje de variación de dosis aceptable sería 5% en tratamiento radical y 5-10% en tratamientos paliativos, dando una mayor importancia a maximizar la eficacia del tratamiento.



PÓSTERES ELECTRÓNICOS (e-POSTERS)



COMUNICACIONES E-POSTER

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

24. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS PROPORCIONADAS AL ALTA HOSPITALARIA

AUTORES

SERRANO BARRENA D, FERNANDEZ MORATO J, ALONSO CASTELL P, ROIG PEREZ S
CENTRO MÉDICO TEKNON. C/VILANA 12. BARCELONA

OBJETIVOS

Análisis y evaluación de las recomendaciones farmacéuticas proporcionadas al paciente polimedcado antes del alta hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un centro privado de 300 camas. Se recogieron todos los pacientes a los que se les ha proporcionado educación al alta a través de un informe farmacoterapéutico y consecuente entrevista clínica al alta. Se seleccionaron los pacientes > 50 años, polimedcados (> 5 medicamentos) y que no estuviesen en situación de limitación terapéutica. Se excluyeron pacientes con destino de residencia al alta. A todos los pacientes se les realizó previamente conciliación al ingreso a través de entrevista farmacéutica y entrevista por parte de enfermería. Las recomendaciones al alta se clasificaron en indicación/utilidad del fármaco, administración, posología, abuso, toxicidad, adherencia y duplicidad. Se recogieron los tipos de medicamentos sobre el cual se realizó la recomendación y la aceptación de la recomendación por parte del paciente. Se realizó test Chi-cuadrado para establecer los potenciales factores causantes de la no aceptación de las recomendaciones proporcionadas al alta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El periodo de recogida fue de Enero de 2015 a Marzo de 2018. Se recogieron 358 altas correspondientes a 261 pacientes. En 224 altas (63%) se realizó al menos una recomendación destacable. La edad media de las altas fue de 80 años siendo un 53% hombres. Se proporcionaron las siguientes recomendaciones al alta: 90 (40%) de indicación/utilidad, 63 (28%) de administración, 37 (17%) de posología, 14 (6%) de abuso (mayoritariamente por benzodiacepinas: 12/14), 5 (2%) de adherencia, 11 (5%) de toxicidad y 4 (2%) de duplicidad. Los medicamentos sobre los que más recomendaciones al alta se proporcionó fueron anticoagulantes 33 (15%), antibióticos 28 (13%), corticoides 27 (12%), benzodiacepinas 13 (6%), diuréticos 13 (6%), vitaminas 11 (5%) y antiarrítmicos 11 (5%). En 19 altas (5%) fue necesario el contacto telefónico una vez en domicilio y en 4 altas se recomendó el uso del Sistema personalizado de dosificación (SPD). Las recomendaciones al alta aceptadas por parte del paciente fueron 199 (89%). Los factores asociados a no aceptación por parte del paciente fueron de adherencia (p 0.005) y de abuso (p 0.006).

Conclusiones

La mayoría de las recomendaciones proporcionadas por el farmacéutico al alta se centraron en recomendaciones de utilidad, de administración y de posología, con una alta tasa de aceptación por parte del paciente. Sobre el grupo de medicamentos que más se actuó fueron anticoagulantes, antibióticos y corticoides. Estos tres grupos de fármacos son los que han generado más intervenciones al alta, especialmente sobre utilización de anticoagulantes orales y subcutáneos, duración y administración de antibióticos y pautas descendientes de corticoides. Destaca la dificultad de aceptación de intervenciones en pacientes con baja adherencia y con abuso importante de algunos fármacos, especialmente benzodiacepinas. Se ha realizado un documento para la explicación de la administración de corticoides y del uso de anticoagulantes al alta hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

30. EXPERIENCIA DE USO CON INHIBIDORES DE CONVERTASA DE PROTEÍNAS SUBTILISINA/KEXINA 9 (PCSK9): ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB

AUTORES

GARCÍA LOBATO E, GARCÍA LOBATO C, BRAVO GARCÍA-CUEVAS L, MENESES MANGAS C, FERRIS VILLANUEVA M, PENALBA FONT M, MEDINA COMAS R, MARTÍN CLAVO S
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVDA/ ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

Analizar la eficacia de los inhibidores de PCSK9 (Alirocumab y Evolocumab) en pacientes tratados en nuestro hospital desde el inicio de su uso hasta la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, posología, servicio, fecha inicio de tratamiento, medicamentos antilipemiantes concomitantes; y parámetros analíticos previos, en la semana 12 y semana 24 de colesterol total (CT), colesterol LDL (C-LDL), colesterol HDL (C-HDL), triglicéridos (TG).

La variable de eficacia analizada fue el porcentaje medio de reducción de niveles de CT, C-LDL y TG; y porcentaje medio de aumento de niveles de C-HDL.

Los datos fueron procesados mediante programa estadístico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Fueron tratados 21 pacientes, 14 hombres y 7 mujeres, con una edad media de 56,57 años ($\pm 12,50$). Entre ellos, 14 (66,67%) fueron tratados con alirocumab y 7 (33,33%) con evolocumab.

La dosis utilizada de alirocumab fue 75mg cada 2 semanas, excepto en tres pacientes que se empleó 150mg cada 4 semanas. La dosis empleada de evolocumab fue 420 mg mensuales, en dos pacientes se empleó 140mg cada 2 semanas. Los servicios prescriptores fueron: Cardiología (47,6%), Endocrinología (28,6%), Nefrología (14,3%) y Medicina Interna (9,5%).

La mediana de duración de tratamiento fue 18 semanas (1-52). El 14,3% de los pacientes no recibió tratamiento antilipemiente concomitante; el 61,9% recibió un fármaco; y el 23,8% recibieron dos fármacos.

El nivel basal medio de CT fue 238 mg/dl, tras 12 semanas de tratamiento el % medio de reducción fue 20,62 y tras 24 semanas fue 34,94.

El nivel basal medio de C-LDL fue 159,47 mg/dl, tras 12 semanas de tratamiento el % medio de reducción fue 33,04 y tras 24 semanas fue 49,04.

El nivel basal medio de TG fue 138,14 mg/dl, tras 12 semanas de tratamiento el % medio de reducción fue 20,87 y tras 24 semanas fue 1,3.

El nivel basal medio de C-HDL fue 49,31 mg/dl, tras 12 semanas de tratamiento el % medio de aumento fue 0,03 y tras 24 semanas fue 1,5.

Conclusiones

En los pacientes tratados en nuestro hospital, el tratamiento con inhibidores de PCSK9 redujo los niveles de CT, C-LDL y TG, sin embargo no aumentó los niveles de C-HDL. La reducción de CT y C-LDL fue mayor a las 24 semanas, mientras que la reducción mayor de TG se produjo a las 12 semanas.

Es necesario mayor número de pacientes en tratamiento para poder hacer un análisis por grupo de fármacos y poder comparar ambos tratamientos. Al igual que es necesario mayor número de pacientes y período más largo de seguimiento para poder estudiar los posibles eventos cardiovasculares relacionados con su uso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

33. PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS

AUTORES

VELASCO COSTA J, DE CONCEPCIÓN SALESA MA, MARTÍNEZ DE GUZMÁN M
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA. C/ LORCA 58. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de prescripción de antipsicóticos de acción prolongada (Grupo N05A, clasificación ATC) prescritos en centros sociosanitarios como variable principal y como variables secundarias la proporción de prescripciones fuera de ficha técnica (dosis superior a la recomendada en la ficha técnica del medicamento) y la proporción de antipsicóticos típicos frente a los antipsicóticos atípicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado con los pacientes ingresados en tres centros sociosanitarios que llevaban prescrito algún antipsicótico de acción prolongada en ese momento.

Se revisaron todas las prescripciones de los pacientes y se creó una base de datos en Excel® con la siguiente información: paciente, antipsicóticos de acción prolongada prescritos y aquellos con prescripción de dosis fuera de ficha técnica.

Análisis estadístico con el programa SPSS®; para las comparaciones se utilizó la prueba de Chi², presentándose los datos como la media \pm desviación estándar o en porcentajes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS:

282 pacientes ingresados en los centros, 182 hombres y 100 mujeres con edad media de 49.6 y 75 años respectivamente para cada centro sociosanitario, y una media global de 60 ± 26.8 años.

El número total de prescripciones de antipsicóticos de acción prolongada fue de 173, de las cuales 12 (6.9%) correspondieron a antipsicóticos típicos y 161 (93.1%) a antipsicóticos atípicos, siendo significativamente mayores los antipsicóticos atípicos en los 3 centros (Chi²=24.1, $p < 0.01$; Chi²=7.3, $p < 0.01$; Chi²=99.1, $p < 0.01$).

La prevalencia de prescripción de cada antipsicótico de acción prolongada fue: flufenazina 1 (0.6%), aripiprazol 1 (0.6%), zuclopentixol 11 (3.4%), risperidona 13 (7.5%), paliperidona mensual 38 (22.0%) y paliperidona trimestral 109 (63.0%).

El porcentaje de uso de antipsicóticos de acción prolongada en cada centro sociosanitario fue del 33.3%, 49.5% y 87.9%, siendo este último centro el que alberga el 100% de sus prescripciones (102) en forma de paliperidona trimestral y con un 39.2% de prescripciones con dosis superiores a lo que recomienda la ficha técnica.

Un total de 64 prescripciones (37.0%) se consideraron off-label, al superar la dosis máxima contemplada en la ficha técnica, de las cuales 58 (90.6%) correspondían a paliperidona.

Conclusiones

- Mayor prevalencia de prescripciones de antipsicóticos atípicos frente a los típicos, la diferencia fue estadísticamente significativa.

- Alto porcentaje de prescripciones de antipsicóticos parenterales de acción prolongada.

- La evidencia científica disponible no demuestra ninguna ventaja en la utilización de antipsicóticos de acción prolongada en pacientes institucionalizados, pues en estos centro sociosanitario los pacientes son seguidos estrechamente por los



profesionales sanitarios favoreciendo así el cumplimiento y adherencia de su tratamiento farmacológico. Por tanto, quizá debería revisarse un uso más restrictivo de estas formulaciones de acción prolongada.

- Más de un tercio de las prescripciones de antipsicóticos de acción prolongada superan la dosis máxima recomendada en ficha técnica. Esto puede conducir a un problema de seguridad en el paciente en caso de necesidad de retirada urgente del medicamento por aparición de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

37. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO POR PARTE DE UN FARMACÉUTICO EN UN SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA

AUTORES

CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, GARAY SARRIA C, MARTÍN VEGA MÁ, ALONSO PERALTA C, GONZÁLEZ FRANCO RM, SANGRADOR RASERO AM, GIMÉNEZ PODERÓS T, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

La conciliación de la medicación es una herramienta clave para aumentar la seguridad del paciente en las diferentes transiciones asistenciales.

Determinar la incidencia de errores de conciliación (EC) al ingreso, analizando los diferentes subtipos y los principales grupos terapéuticos implicados en ellos, a través de la implantación de un programa de conciliación de la medicación en el Servicio de Neurocirugía en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo desarrollado entre noviembre de 2017 y marzo de 2018 por el farmacéutico responsable en Farmacia de la unidad clínica de Neurocirugía. El proceso de conciliación de la medicación fue llevado a cabo en todos los pacientes ingresados, durante las primeras 48 horas desde el ingreso, independientemente de la edad y del número de medicamentos que tomaban. A partir de los programas de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) y el Visor de Historia Corporativo, se recogieron los siguientes datos demográficos y clínicos: motivo de ingreso y diagnóstico, datos analíticos, antecedentes de interés, alergias o intolerancias, así como el tratamiento domiciliario de cada paciente. Se realizó la entrevista clínica a los pacientes y/o familiares al ingreso, con el fin de obtener la mejor historia fármaco-terapéutica posible, incluyendo el empleo de productos de herboristería, complejos vitamínicos o suplementos alimenticios. Para el registro de los datos recopilados se empleó una base de datos Access®. Las discrepancias encontradas entre la prescripción hospitalaria y la medicación domiciliar se clasificaron de acuerdo a los criterios establecidos en el Documento Consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH, publicado en 2009.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó conciliación de la medicación al ingreso en 271 pacientes, con una media de edad de 63,7 años (rango: 16-95), y con un total de 1662 medicamentos (media: 6,1 medicamentos/paciente). Este proceso fue llevado a cabo durante el pase de visita médico. Se realizaron un total de 256 entrevistas con el paciente o/y familiares (94,4 %), detectándose un total de 1.001 discrepancias (60,2% de los medicamentos conciliados), siendo un 81,5% discrepancias justificadas (DJ), un 3,8% discrepancias no resueltas (DNR) y un 14,7% EC.

Los EC representaron un 8,8% respecto del total de medicamentos conciliados. Los fármacos más implicados en los EC fueron: antihipertensivos (14,3%; código ATC: C02), estatinas (10,20%; código ATC: C10A) y benzodiazepinas (8,2%; código ATC: N05). Las causas más frecuentes de EC fueron la omisión (58,5%), el cambio de dosis (19,7%) y la prescripción de medicamentos que el paciente ya no estaba recibiendo (6,10%). Dentro de las omisiones, el grupo terapéutico más implicado fueron las estatinas (16,3%; C10A).

En cuanto a los indicadores de calidad, se produjeron EC en 87 de los 271 pacientes (32,1%), alcanzando una media de 1,7 EC por paciente con ≥ 1 EC.

La conciliación de la medicación al ingreso sigue siendo una herramienta útil en la reducción de errores en la prescripción, y por tanto, en el incremento de la seguridad del paciente. Los fármacos más involucrados, así como los de mayor riesgo, deben ser especialmente tenidos en cuenta en el proceso de la conciliación al ingreso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

48. CONCILIACIÓN FARMACÉUTICA AL INGRESO Y AL ALTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

AUTORES

GARAY SARRÍA C, CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, SANGRADOR RASERO AM, GONZÁLEZ FRANCO RM, LIZAMA GÓMEZ N, ROGADO VEGAS B, SENRA AFONSO L, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Las transiciones asistenciales son puntos clave donde las deficiencias de comunicación entre profesionales sanitarios pueden causar errores de medicación. La conciliación de medicación es una herramienta clave para aumentar la seguridad del paciente. El objetivo del estudio fue evaluar la tasa de errores de conciliación (EC), detectados mediante un programa de conciliación de medicación llevado a cabo por el farmacéutico encargado de la Atención Farmacéutica en el Servicio de Cirugía Cardiovascular de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo que consistió en un proyecto de conciliación de medicación al ingreso y al alta, con un farmacéutico como responsable, en todos los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Cirugía Cardiovascular entre

el 28/10/2017 y el 23/03/2018. Se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica y el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) datos demográficos y clínicos, así como el tratamiento domiciliario de cada paciente. Se realizó la entrevista clínica a los pacientes y/o familiares en las primeras 48h de ingreso, para obtener la historia farmacoterapéutica completa, incluyendo el empleo de productos de herboristería o suplementos alimenticios. Las intervenciones se registraron mediante una base de datos Access®.

Se comparó la medicación domiciliar con la prescrita en PEA, al ingreso y al alta, así como con el informe médico y/o receta electrónica actualizada en caso de alta. Las discrepancias existentes que no apareciesen explícitamente justificadas por el médico prescriptor o no se considerasen justificadas por la situación clínica del paciente, se comunicaron al facultativo responsable durante la presencia en planta del farmacéutico, clasificándose como “discrepancias justificadas” (DJ), “errores de conciliación” (EC; aquéllas que fueron modificadas por el prescriptor tras aclararlo con el farmacéutico), o “discrepancias no resueltas” (DNR), según el Documento Consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación de la SEFH (2009).

Al alta se entregó una hoja informativa a los pacientes, indicando el tratamiento final prescrito y las modificaciones realizadas, la indicación terapéutica de cada fármaco, la posología, forma de administración y efectos adversos relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

Se realizó la conciliación al ingreso en 303 pacientes, con media de edad de 71,5 años (20-96) y con un total de 2.465 medicamentos. Se detectaron 1.247 discrepancias (50,6% de los medicamentos conciliados), siendo las tasas de DJ, DNR y EC, respectivamente, del 42,8%, 2,1% y 5,7%. Los grupos terapéuticos más frecuentemente implicados en EC fueron: antidiabéticos orales, hipolipemiantes, agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias y tratamientos oftalmológicos, siendo la omisión el EC más común (47,9%). Se observaron EC al ingreso en 76/303 pacientes (25,1%), con una media de 1,8 EC/paciente con ≥ 1 EC.

La conciliación al alta se realizó en 16 pacientes (158 medicamentos), detectándose 11 EC (7% de los medicamentos conciliados), siendo el más frecuente la duplicidad terapéutica y afectando a diversas clases farmacológicas.

Conclusiones

La conciliación farmacoterapéutica al ingreso y al alta resultó en una reducción de la incidencia de EC, aumentando la seguridad del paciente. Será necesario mejorar las estrategias de comunicación entre profesionales para poder resolver todas las discrepancias existentes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

66. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE TRASPLANTADO DE PULMÓN Y MEJORA DE CONOCIMIENTOS

AUTORES

SANGRADOR RASERO A, MORA CUESTA VM, CIFRIAN MARTINEZ JM, ITURBE FERNANDEZ D, FERNANDEZ ROZAS S, VALERO DOMINGUEZ M

HOSPITAL UNIV. MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA DE VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de una intervención en pacientes trasplantados de pulmón destinada a aumentar sus conocimientos sobre los tratamientos farmacológicos y los hábitos de vida saludables después del trasplante, con el objetivo de aumentar la adherencia al tratamiento y evitar el rechazo del órgano, así como conocer la influencia de la intervención sobre los reingresos de los pacientes.

DISEÑO

Todos los pacientes trasplantados de pulmón entre enero y diciembre de 2017 recibieron dos sesiones informativas durante su ingreso sobre medicamentos y hábitos de vida saludables y la entrega de un libro informativo

CIRCUITO Y ETAPAS

Los conocimientos que adquirieron se evaluaron con la cumplimentación de un cuestionario pre y post sesiones informativas. También se recogió la puntuación de su grado de satisfacción con la información recibida antes y después de las sesiones en el mismo cuestionario.

El día del alta se entregó una plantilla que contiene instrucciones de todos los medicamentos que debe tomar y cómo y cuándo debe hacerlo, así como el cuestionario post. Diez días después del alta se telefonó al paciente para realizar la encuesta post y se puntuó nuevamente la información.

IMPLANTACIÓN

De los 41 pacientes trasplantados de pulmón en 2017 que recibieron la información, 37 cumplimentaron ambos cuestionarios.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

De los 37 pacientes trasplantados que cumplimentaron ambos cuestionarios, 22 trasplantes fueron en hombres y la edad media fue de 53 años. Las causas del trasplante fueron: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID): 20, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): 9 Bronquiectasias/Fibrosis Quística (FQ): 5 y Otros: 3.

27 trasplantes fueron bipulmonares, 8 unipulmonar izquierdo y 2 unipulmonar derecho.

El porcentaje de respuestas correctas varió de un 58% en el cuestionario pre a un 83% en el post ($p=0,000$).

Se objetivó una correlación entre la edad de los pacientes y el número de respuestas acertadas (más aciertos a menor edad) en el cuestionario pre ($p = 0,040$), pero no se observó en el cuestionario post ($p = 0,231$).

La puntuación de su grado de satisfacción con la información recibida fue de 6 puntos en el cuestionario pre y 9 en el

post, con una mejoría en esta puntuación estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Se realizaron 37 llamadas telefónicas al domicilio de los pacientes para contestar el cuestionario post.

En los primeros 90 días tras el trasplante, reingresaron de forma no programada el 27% de los pacientes trasplantados en 2017, respecto al 38,2% de 2016 que no habían recibido la información, no siendo una mejoría significativa estadísticamente ($p=0,225$).

La información a pacientes trasplantados de pulmón mejora de manera estadísticamente significativa sus conocimientos sobre los medicamentos y los hábitos de vida saludables así como su grado de satisfacción con la información recibida. La reciente implantación del proceso no permite evaluar la efectividad sobre número de reingresos hospitalarios, la disfunción crónica del injerto ni sobre la supervivencia a largo plazo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La información sobre medicamentos y hábitos de vida saludables a los pacientes trasplantados durante su ingreso hospitalario permite la integración del farmacéutico en las áreas clínicas, aumentar la autogestión y el empoderamiento de los pacientes, y aumentar su comunicación con los farmacéuticos de hospital con el objetivo final de mejorar la adherencia al tratamiento inmunosupresor y evitar la disfunción del órgano.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

72. APLICACIÓN DE CRITERIOS STOPP EN PACIENTES ALTAMENTE POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO RESIDENCIAL

AUTORES

CARRIÓN MADROÑAL IM, SÁNCHEZ DEL MORAL R, CONTRERAS REY MB, ESTAIRE GUTIÉRREZ J, ROMERO ALONSO MM, MONTERO PÉREZ O, YÁÑEZ FERIA D
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. GLORIETA RONDA NORTE, S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en adultos mayores conllevan un aumento de morbilidad, mayor número de ingresos hospitalarios y utilización de recursos sanitarios.

El objetivo de este trabajo es detectar PPI en pacientes institucionalizados altamente polimedcados para optimizar la prescripción de medicamentos y la calidad de la asistencia sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal realizado en marzo de 2018 en un centro socio sanitario residencial (CSSR) piloto vinculado al Servicio de Farmacia de un hospital comarcal. Fuente de datos: programa de prescripción del CSSR, historia farmacoterapéutica. Variables recogidas: sexo, edad, nº de medicamentos/residente y PPI. Se incluyeron los residentes altamente polimedcados (10 o más medicamentos prescritos).

Se consideró PPI si se cumplía con alguno de los criterios STOPP. Los datos obtenidos fueron tratados con Excel Microsoft Office 2010®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El total de residentes altamente polimedcados institucionalizados en el CSSR es 23, edad media de 77 años. El número total de medicamentos prescritos fue de 267, con una media de 11 medicamentos/residente (rango 10-17).

El 70% de residentes altamente polimedcados presentaba al menos una PPI.

Las PPI más destacables están relacionadas con medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC), sistema cardiovascular, analgésicos opiáceos y fármacos que aumentan el riesgo de caídas.

Las PPI relacionadas con medicamentos que actúan sobre el SNC fueron: benzodiazepinas durante más de 4 semanas (16 residentes), anticolinérgicos en pacientes con demencia (1), uso de neurolépticos como hipnóticos (1) y uso de fenotiazidas como tratamiento de primera línea (1). El 50% de residentes con PPI de duración inadecuada de benzodiazepinas tenía prescrito más de una.

En cuanto al sistema cardiovascular, las PPI encontradas fueron: digoxina en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) (1 residente), IECA en residentes con hiperkalemia (4), antagonistas de aldosterona junto con fármacos que aumentan los niveles de potasio (2), diuréticos de asa para edemas sin evidencia de ICC, síndrome nefrótico o insuficiencia renal (3), diuréticos de asa como tratamiento de primera línea para hipertensión arterial o cuando existe incontinencia urinaria (3), y betabloqueantes en presencia de bradicardia (1).

PPI encontradas relacionadas con uso de opiáceos: uso de opiáceos de acción prolongada sin opioides de acción rápida para el dolor irruptivo (3 residentes), uso de opiáceos potentes como tratamiento de primera línea en el dolor leve (1), y uso de opioides pautados sin asociar laxantes (1).

Por último, las PPI relacionadas con fármacos que aumentan el riesgo de caídas fueron: uso de benzodiazepinas (14 residentes), uso de neurolépticos (5), y uso de hipnóticos-Z (2).

Conclusiones

Los fármacos que actúan sobre el SNC entrañan un alto riesgo en pacientes mayores debido a un aumento del riesgo de caídas, deterioro cognitivo y confusión.

El uso de benzodiazepinas con una duración inadecuada, la duplicidad en la prescripción de éstas, el uso de IECA en pacientes con hiperkalemia, y el uso de neurolépticos, fueron las PPI más frecuentemente observadas.

Los criterios STOPP han demostrado ser una buena herramienta para la detección de PPI y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**75. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DE PACIENTES PREVIAMENTE INGRESADOS****AUTORES**

CARRIÓN MADROÑAL IM, SÁNCHEZ GÓMEZ E, MONTERO PÉREZ O, YÁÑEZ FERIA D
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. GLORIETA RONDA NORTE, S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de la conciliación farmacéutica y detectar las discrepancias en los tratamientos farmacológicos durante las transiciones asistenciales de pacientes previamente ingresados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en pacientes ingresados en un Hospital General de Especialidades entre junio 2017 y diciembre 2017, cuya procedencia fue otro centro hospitalario o la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Para identificar los pacientes se utilizó el programa ATHOS-PRISMA® de APD.

La información se obtuvo de la prescripción electrónica asistida a la llegada a la unidad, la base de datos informatizada DIRAYA y la entrevista clínica, tomando como documento base: "Guía para la conciliación de la medicación en los servicios de urgencias" del grupo de trabajo REDFASTER.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Un total de 70 pacientes (27 mujeres y 43 varones) fueron conciliados durante su transición asistencial. El 57,13% procedían de UCI coronaria, 37,14% de UCI polivalente y el 5,73% de otro centro hospitalario.

Un total de 73 intervenciones fueron realizadas, de las cuales, 40 se consideraron como discrepancias justificadas, 21 como no discrepancias y las 12 restantes como discrepancias que requerían aclaración. De las 12 discrepancias que requerían aclaración; 9 fueron aceptadas por parte del médico prescriptor, modificando la prescripción; 2 no aceptadas y 1 no valorable, ya que el paciente fue dado de alta y no tuvimos contestación por parte del médico.

De esas 12 discrepancias, el 50% corresponde a los pacientes que procedían de UCI coronaria, 33,3% de UCI polivalente y el 16,6% de otro centro hospitalario.

Los grupos anatomoterapéuticos (ATC) a los que pertenecen la mayoría de los fármacos con estas discrepancias fueron: tracto alimentario y metabolismo (grupo A), sistema cardiovascular (grupo C), sistema nervioso (grupo N) y sistema respiratorio (grupo R).

Se analizó la gravedad del error para los errores de conciliación detectados según la clasificación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2006), quedando distribuidos de la siguiente manera: el 58,3% de ellos fueron clasificados como errores que en caso de alcanzar al paciente no es probable que causaran daño (categoría C); el 16,7% constituyeron errores que no alcanzaron al paciente y por tanto no causaron daño (categoría B); 16,6% de los errores hubieran causado daño temporal si alcanzasen al paciente (categoría E) y en el 8,3% de los casos no hubo error pero era posible que se produjera (categoría A).

Conclusiones

El estudio realizado nos ha permitido detectar las discrepancias encontradas en las prescripciones de pacientes procedentes de transiciones asistenciales.

La conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales llevada a cabo por un farmacéutico, ha sido útil para abordar de manera temprana los errores de medicación en los pacientes con mayor riesgo de error, o mayor probabilidad de daño en caso de error, independientemente de la transición de la que procedan.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**82. USO O ABUSO DE BENZODIAZEPINAS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO****AUTORES**

VELASCO COSTA J, ESCOBAR FERNANDEZ JL, ALBALADEJO MARTINEZ JA, MARTINEZ DE GUZMAN M
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA. C/ LORCA 58. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de prescripción de benzodiazepinas (BZD) prescritas en un hospital psiquiátrico, así como su asociación con otros fármacos sedantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de todas las prescripciones de los pacientes. Se creó una base de datos con la información: nº historia, sexo, edad, diagnóstico, BZD prescritas, antipsicóticos sedantes concomitantes y antidepresivos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®, grado de significación $p \leq 0.05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

82 pacientes, 46 (56.1%) hombres y 36 (43.9%) mujeres con edad media 42.7 ± 11.3 años. El 51.2% con esquizofrenia (F20), 19.5% con trastorno esquizoafectivo (F25), 14.6% trastorno de personalidad (F60), 7.3% trastorno bipolar (F31) y 7.3% con otros diagnósticos (según DSM-IV, CIE-10). El 23.2% estaban en la Unidad de Corta Estancia y el resto (76.8%) en Media Estancia. Presentaron adicción a tóxicos el 42.7%, 91.4% de los cuales tenía una prescripción activa de BZD. Media de BZD/paciente de 1.7 ± 0.9 . Número total de prescripciones con BZD fue 75 (91.5%), de las que 1 (1.2%) correspondió a BZD de corta duración, 40 (48.8%) a BZD de duración intermedia y 56 (68.3%) al menos una BZD de larga duración de acción.



Recibió monoterapia el 42.7% (n=35), y combinación de BZD hipnótica más ansiolítica el 48.8% (n=40) ($\chi^2= 23.2$; $p < 0.01$).

Prevalencia de cada BZD: uso como hipnóticas (flurazepam, lormetazepam y ketazolam) 53 (64.6%) y como ansiolíticas (clorazepato, diazepam y lorazepam) 62 (75.6%). El 62.2% de prescripciones fueron condicionales a si el paciente las precisaba.

Antipsicóticos hipnóticos concomitantes con BZD: clotiapina 16 (19.5%), levomepromazina 4 (4.9%), quetiapina 3 (3.7%), olanzapina 2 (2.4%) y haloperidol 1 (1.2%).

Conclusiones

- Las BZD son los fármacos psicotrópicos más prescritos como ansiolíticos, produciéndose sedación excesiva como principal efecto adverso. Muy frecuentemente se asocian a antipsicóticos con perfil sedante como clotiapina, levomepromazina o quetiapina. El abuso y dependencia a BZD constituye un problema de primer orden entre los pacientes que hacen uso de ellos, especialmente en aquellos que están en tratamiento psicofarmacológico regular.
- Alto porcentaje de prescripciones de BZD de larga duración de acción (68.3%). Siendo los efectos secundarios más frecuentes cuando se utilizan BZD de vida media-larga, si la duración del tratamiento es prolongada y si se combinan con otras sustancias psicoactivas como el alcohol o tóxicos.
- La evidencia científica disponible señala que las BZD son eficaces en el tratamiento a corto plazo de la ansiedad y el insomnio, aunque su consumo prolongado se considera, en general, inapropiado pues no está exento de riesgos: dependencia psíquica, física, tolerancia y síndrome de abstinencia, y se relacionan con aumento de riesgo de accidentes de tráfico, caídas, fracturas de cadera y deterioro cognitivo. Se puede considerar utilizarlas en caso de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-4 semanas en el insomnio y 8-12 semanas en la ansiedad.
- Como posibles intervenciones orientadas a la suspensión de las BZD se encuentran: la sustitución por otros fármacos, apoyo psicológico, recomendaciones orales, revisión por escrito de las pautas de medicación, intervenciones educativas y descenso de la dosis.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

96. PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DETECTADAS POR FARMACÉUTICOS EN URGENCIAS

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ D, SALVADOR SÁNCHEZ JJ, SÁNCHEZ SERRANO JÁ, ALARIO GARCÍA MJ, OLLO TEJERO B, LÓPEZ DELGADO Á, BUZO SÁNCHEZ JR, CALVO HERNÁNDEZ MV

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Uno de los motivos por los que los pacientes más acuden a los Servicios de Urgencias (SU) es la iatrogenia. Por ello, es de vital importancia identificar las prescripciones inapropiadas (PI) que se producen más frecuentemente en los pacientes que acuden a un SU y analizar las PI que suponen un mayor riesgo para acudir a urgencias con el fin de informar a los médicos de Atención Primaria para adecuar esos tratamientos y disminuir su incidencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de 3 meses de duración realizado en los SU de 2 hospitales del mismo Área Sanitaria. Se incluyeron todos aquellos pacientes en tratamiento con 5 o más fármacos y que fue revisado por el farmacéutico. Como criterio de PI se utilizaron los criterios Stopp-Start para personas mayores de 65 años, además de las duplicidades, interacciones y/o contraindicaciones claramente documentadas.

Se realizó un análisis de Pareto con el objetivo de identificar el 80% de las PI más comunes. Posteriormente se informó a los médicos de Atención Primaria mediante la elaboración de folletos informativos y sesiones formativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisó el tratamiento de 698 pacientes detectándose 162 PI. 132 (18,9%) pacientes presentaban al menos una PI. En 46 (6,6%) pacientes las PI supusieron un factor para acudir a urgencias (28,4% de las PI detectadas) y 25 (3,6%) acabaron ingresando (15,4% de las PI detectadas).

Las PI detectadas que suponen más del 80% del total fueron: tiazida en hiperuricemia y/o antecedentes de gota (n=22), dosis de ácido acetil salicílico superiores a 150 mg en mayores de 65 años (n=15), dosis de zolpidem superiores a 5 mg en mayores de 65 años (n=12), terapia "Triple Whammy" (n= 10), omisión de protección gástrica si 2 fármacos gastrolesivos (n=10), sobre o infradosificación de inhaladores (n=9), betabloqueantes no cardioselectivos en asma o EPOC (n=9), dosis de escitalopram superiores a 10mg y de citalopram a 20mg en mayores de 65 años (n=9), desajuste posológico de anticoagulantes orales de acción directa (n=7), ajustar dosis de antidiabéticos orales (n=6), interacción de opiáceo mayor y menor (n=5), duración prolongada del tratamiento con betahistina (n=5), duplicidad de inhaladores (n=4), antiagregación en prevención primaria (n=4), duración superior a 1 año de doble antiagregación (n=4).

Las PI que han sido un factor para acudir a urgencias fueron: terapia "Triple Whammy" (n=9), dosis de ácido acetil salicílico superiores a 150 mg en mayores de 65 años (n=7), desajuste posológico de anticoagulantes de acción directa (n=3) y betabloqueantes no cardioselectivos en asma o EPOC (n=3).

Conclusiones

La prescripción de tiazidas en pacientes con hiperuricemia o antecedentes de gota, dosis de ácido acetil salicílico superiores a 150 mg al día en mayores de 65 años y dosis de zolpidem superiores a 5 mg al día en mayores de 65 años fueron las PI más frecuentemente detectadas.

La terapia "Triple Whammy" y dosis de ácido acetil salicílico superiores a 150 mg en mayores de 65 años fueron las PI que más frecuentemente influyeron como factor para acudir a urgencias.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

97. DISCREPANCIAS DETECTADAS ENTRE LA MEDICACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA Y LA QUE RECIBEN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ D, SALVADOR SÁNCHEZ JJ, SÁNCHEZ SERRANO JÁ, ALARIO GARCÍA MJ, LASO LUCAS E, LÓPEZ DELGADO Á, BUZO SÁNCHEZ JR, CALVO HERNÁNDEZ MV
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Uno de los errores de medicación más frecuentes son los relacionados con la conciliación terapéutica. El punto crítico de la conciliación es la elaboración de la historia farmacoterapéutica (HF). Para ello, es crucial que la medicación que reciben los pacientes en Atención Primaria (AP) esté completamente actualizada en la historia clínica electrónica de AP. El objetivo de este trabajo es conocer el grado de adecuación del registro de medicamentos en la historia clínica electrónica de AP al tratamiento real de los pacientes, y revisar cuales son las discrepancias más frecuentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogieron datos durante 3 meses, en los que el farmacéutico revisó y comparó las HF con la medicación de la receta electrónica de los pacientes en tratamiento crónico con 5 o más fármacos. No se incluyeron los pacientes que por diferentes motivos no se pudo realizar adecuadamente la elaboración de la HF. Para la elaboración de la HF se utilizaron diferentes fuentes de información: historia clínica electrónica, informe clínico de AP o Centro Sociosanitario, informes clínicos del paciente, receta electrónica, bolsa de las medicinas y entrevista clínica con el paciente, familiar y/o cuidador. Las discrepancias se clasificaron como:

- Tipo 1: “aparece en receta electrónica pero el paciente no recibe ese medicamento”.
- Tipo 2: “posología diferente”.
- Tipo 3: “no aparece la medicación en la receta pero el paciente recibe esa medicación”.
- Tipo 4: “tratamiento pautado de forma continua cuando es sólo a demanda”.
- Tipo 5: “fármaco erróneo”.

Se analizaron los grupos terapéuticos más involucrados en estas discrepancias y si había relación entre en número de fármacos y la probabilidad de discrepancias en la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este periodo se revisó el tratamiento a 1131 pacientes (540 hombres y 591 mujeres) con una media de edad de 77 años. Se revisaron 9238 líneas de tratamiento (8.2 tratamientos/paciente). El farmacéutico detectó 1675 discrepancias (1,5 discrepancias/paciente). Solamente en el 35% de los pacientes, el tratamiento coincidía con la prescripción de la receta electrónica. Cuantos más fármacos recibe el paciente, menor es la probabilidad de que el tratamiento coincida con la receta electrónica. En los pacientes que están en tratamiento con 5 a 7 fármacos hay coincidencia en un 46% de los pacientes, de 8 a 10 un 28% y 11 o más 19%. Las discrepancias detectadas fueron: de tipo 1: 584 (34,9%); tipo 2: 595 (35,5%); tipo 3: 347 (20,7%); tipo 4: 136 (8,1%); tipo 5: 12 (0,7%).

Los grupos terapéuticos más involucrados en estos errores fueron los AINE y analgésicos 239 (14%), diuréticos 151 (9%), benzodiazepinas e hipnóticos 149 (8,9%), antidiabéticos 110 (6,6%) y antihipertensivos 90 (5,4%).

Un gran porcentaje de pacientes no tiene actualizada correctamente la medicación domiciliar en su historia clínica electrónica. Cuanto mayor es el número de fármacos que recibe el paciente, mayor es la probabilidad de encontrar alguna discrepancia. La discrepancia mayoritaria es la relacionada con la actualización posológica. Los grupos terapéuticos más involucrados son: AINE y analgésicos, diuréticos, benzodiazepinas, hipnóticos y antihipertensivos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

99. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA MEDICACIÓN QUE SE ADMINISTRA POR GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.

AUTORES

GARCÍA GONZÁLEZ D, SALVADOR SÁNCHEZ JJ, SÁNCHEZ SERRANO JÁ, MOLINERO MARTIN MI, MARTÍN DÍAZ MP, SÁNCHEZ CALAMA MC, BUZO SÁNCHEZ JR, CALVO HERNÁNDEZ MV
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº DE SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Un gran número de pacientes necesitan el recambio de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por su deterioro u obstrucción. Algunos medicamentos no pueden o deben administrarse por sonda. Los objetivos de esta revisión son identificar estos medicamentos para proponer alternativas y analizar la relación entre la administración de estos medicamentos y el deterioro u obstrucción de la sonda.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el estudio se incluyeron todos aquellos pacientes en los que se implantó o cambió la sonda PEG a lo largo del año 2017. Se clasificaron los motivos:

- Implantación naive de la PEG.
- Recambio por obstrucción o deterioro.
- Recambia por cualquier otro motivo (arrancamiento, infección, problemas del estoma...)

Se revisó si la medicación de esos pacientes podía administrarse por sonda, utilizando como criterios los facilitados por la aplicación móvil Medisonda® (desarrollada por el grupo de trabajo de Nutrición de la SEFH) y las fichas técnicas de los medicamentos.

Se analizó mediante el test chi cuadrado si la medicación que no debe administrarse por sonda incrementaba el riesgo de obstrucción o deterioro de la misma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo del estudio a 193 pacientes se implantó o recambió la PEG. 37 se excluyeron por fallecimiento en el momento de la revisión de la medicación. En 56 pacientes era la primera vez que se les implantaba la PEG y no tuvieron que recambiarla en ninguna ocasión durante al año 2017. 48 pacientes en alguna ocasión tuvieron obstrucción o deterioro de la sonda. 52 pacientes acudieron a cambiar la PEG por diferentes motivos a la obstrucción o deterioro, mayoritariamente por arrancamiento de la sonda.

El 68,4% de los pacientes que acuden por obstrucción o deterioro de la PEG tienen algún medicamento que no debe administrarse por esta vía. El 36,8% de los pacientes con algún medicamento que no debe administrarse por sonda tienen que recambiarla por obstrucción. El 24,3% de los pacientes con tratamiento adecuado acuden alguna vez por obstrucción o deterioro de la misma. Por lo tanto, la medicación puede ser un factor que contribuye al deterioro u obstrucción de la sonda. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,077$), posiblemente por el tamaño muestral.

El 55% de los pacientes tenía prescrito algún fármaco que no deberían administrarse por PEG. Los medicamentos más involucrados fueron los siguientes:

- Ácido Acetil Salicílico (AAS) 100 mg y 300 mg comprimidos ($n=42$). Alternativa: AAS en cápsula o AAS 500 mg sobre o comprimido administrando la dosis proporcional.
- Inhibidores bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) ($n=28$). Alternativa: Esomeprazol.
- Comprimidos liberación retardada o modificada ($n=20$): Prescribir medicamentos de liberación normal.
- Tamsulosina ($n=8$): Alternativa: doxazosina o alfuzosina.
- Hierro ($n=6$): No se recomiendan comprimidos. Alternativas: solución oral, sobres o ampollas bebibles.

La revisión de los tratamientos de los pacientes con PEG puede disminuir el riesgo de obstrucción o deterioro de la sonda. Así mismo se verían reducidos los costes sanitarios. Por lo que es de vital importancia informar a os médicos de los medicamentos que no deberían administrarse por esta vía, ofreciendo alternativas.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

104. USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y POSIBILIDAD DE DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

DEL POZO RUIZ JJ, MARTIN PEREZ E, MARTINEZ TASCÓN AC, FERRERAS LOPEZ N, GONZALEZ GONZALEZ M
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN. AVENIDA SAN IGNACIO DE LOYOLA 73. LEÓN

OBJETIVOS

Analizar el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en pacientes ancianos e identificar en cuántos de ellos hubiese sido posible realizar el proceso de deprescripción

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de tres meses de duración (Octubre-Diciembre 2017) realizado en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron los pacientes ≥ 75 años ingresados a cargo de Medicina Interna. Para la recogida de datos se accedió a la historia clínica electrónica y a la prescripción médica del paciente ingresado. Los IBPs incluidos en el hospital son Omeprazol y Pantoprazol. Se registraron variables relacionadas con el paciente (edad, sexo, diagnóstico principal, antecedentes digestivos), con el fármaco (prescripción de IBPs en el ingreso, tipo de IBPs, vía de administración, duración del tratamiento, uso crónico de IBPs) y otras (prescripción de AINES y/o corticoides sistémicos en el ingreso, y número de fármacos consumidos de forma crónica). Además se utilizó la herramienta CheckThemeds para identificar aquellos pacientes candidatos del proceso de deprescripción. Dicha herramienta analiza la necesidad de deprescribir un fármaco en un determinado paciente en función de la indicación. Las indicaciones fueron clasificadas en 4 grupos: acidez o enfermedad de reflujo gastroesofágico, prevención de úlcera, indicación desconocida y otras enfermedades digestivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 280 pacientes (65,6% mujeres) con una media de edad de $88,3 \pm 4,8$. El 78,57% (220) tuvo prescrito un IBP durante el ingreso (67,% omeprazol y 33% pantoprazol). El 50,6% presentó un diagnóstico principal de enfermedad cardíaca y/o respiratoria, un 25,5% de enfermedad digestiva, un 15,5% de enfermedad renal y un 8,4% otros diagnósticos. El IBP fue administrado en un 63,4% de los pacientes por vía oral y en un 27,6% por vía IV. La duración media del tratamiento fue 14,7 días (10-22 días). El 44,6% de los pacientes tenían pautado un AINE y/o corticoide sistémico en el ingreso. La media del número de fármacos consumidos de forma crónica fue de 9 (2-19), con un 90% de pacientes con ≥ 5 fármacos. Además el 80,1% de los pacientes incluía un IBP en su tratamiento crónico. Tras analizar los pacientes en el programa Checkthemeds, obtuvimos que un 65,1% eran susceptibles de deprescripción del IBP. La distribución de los pacientes según la indicación del IBP fue: prevención de úlcera (40,1%), acidez o enfermedad de reflujo gastroesofágico (20,1%), otras enfermedades digestivas (16,6%), e indicación desconocida (23,2%).

Conclusiones

El uso de IBPs en pacientes ancianos fue muy elevado así como la vía de administración IV con respecto a la oral en comparación con otros centros. La mayor parte de las prescripciones de IBPs en este tipo de pacientes parecen estar asociadas al uso preventivo y al consumo de forma crónica de los mismos. El proceso de deprescripción de IBPs hubiese sido posible en un alto porcentaje de los pacientes estudiados

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

112. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA.

AUTORES

VALENCIA SOTO CM, PASTOR HURTADO J, GARCIA PARRA MF, CORTÉS DE MIGUELS, RUIZ GONZALEZ JM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, TRUJILLANO RUIZ A, ROMÁN MÁRQUEZ EL AGS NORTE ALMERÍA, HOSPITAL LA INMACULADA. AV. DTRA ANA PARRA HOSPITAL SAN ISIDRO, S/N., ALMERÍA

OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria (MAP) tras la implantación de un programa de conciliación al alta en un Área de Gestión Sanitaria (AGS) e instaurar mejoras en caso necesario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras un año desde la implantación de la conciliación al alta (abril 2017), se realizó una encuesta de satisfacción a los médicos de AP implicados en la misma. Las encuestas (anónimas y voluntarias) se enviaron por correo electrónico a los directores de cada unidad, que las distribuyó entre los médicos de cada centro. Posteriormente, se devolvían al Servicio de farmacia.

La encuesta se compuso de cinco preguntas, donde se recogió la opinión del profesional respecto a: utilidad del programa de conciliación, papel del farmacéutico en la disminución de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI), adecuación de las intervenciones realizadas por el farmacéutico, idoneidad del flujo de trabajo establecido y percepción de mejora en la revisión de pacientes por el MAP debido a la selección de los pacientes más complejos. Se incluyó asimismo un apartado de propuestas de mejora.

Las respuestas se midieron mediante una escala ordinal con cinco posibles categorías: mucho, bastante, regular, poco, nada. El apartado de propuestas de mejora contaba con una respuesta texto libre.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron los datos de las 45 encuestas recibidas (el AGS cuenta con 130 médicos).

Se valoró la utilidad de la implantación del programa de conciliación como muy (37,8%), bastante (40%), regular (15%), poco (4,4%) o nada (2,2%) útil.

Los profesionales consideraron que la intervención del farmacéutico puede ayudar a disminuir las PPIs mucho (35,5%), bastante (45%), regular (11,1%), poco (4,4%) o nada (2,2%).

En cuanto a las intervenciones planteadas por el farmacéutico, el 20% las consideró muy adecuadas, el 48,9% bastante, el 24,4% regular, el 4,4% poco y el 2,2% nada.

Respecto a la idoneidad del flujo de trabajo establecido un 22% lo consideró muy adecuado, un 37,8% bastante, un 35,5% regular y un 2,2% poco y nada idóneo en ambos casos.

Por último, cuando se les preguntó por la percepción de mejora en su tarea de revisión de la medicación, el 28,9% respondieron mucho, el 51,1% bastante y el 20% regular.

En el apartado de sugerencias se propuso un mayor contacto con Farmacia, incidir más en el prescriptor de hospital y realización de la conciliación a través de una plataforma incluida en la historia clínica.

Tras un año desde la implantación del programa de conciliación, los resultados muestran una elevada tasa de satisfacción respecto a la utilidad del mismo. Un gran porcentaje lo considera una herramienta que puede disminuir las PPI y mejorar la tarea de revisión de la medicación por parte del médico de AP. Una proporción considerable encuentra adecuadas las intervenciones propuestas por el farmacéutico. Sería necesario abordar posibles mejoras en cuanto al flujo de trabajo establecido.

Nuestros resultados corroboran la necesidad de valorar el grado de satisfacción de las nuevas intervenciones y la importancia de recibir opiniones desde diferentes perspectivas de cara a establecer una mejora continua.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

115. CONTROL DE CALIDAD TRAS LA IMPLANTACIÓN DE RECETA ELECTRÓNICA EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS.

AUTORES

OLMO REVUELTO MA, GUERRO PRADO M, QUINTANA VELASCO F HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. C/ DULZAINA. VALLADOLID

OBJETIVOS

Analizar la calidad de la transición de los tratamientos de receta en papel a receta electrónica (RE) en una muestra de pacientes pluripatológicos complejos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, realizado en una muestra de pacientes atendidos en la consulta de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) entre Junio y Diciembre de 2016. Se seleccionan diariamente a los pacientes citados para la consulta que disponen de receta electrónica. Se revisa su historia clínica electrónica, tanto de atención primaria (Medora®), como especializada (SiClínica®), registrando las discrepancias. Se clasifican en: 1/Fármaco prescrito por especialista que no figura en RE, 2/Fármaco suspendido que figura activo en RE, 3/Diferente posología entre historia clínica y RE, 4/ Horario sin especificar en RE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el período de estudio se han incluido 85 pacientes, con 1.125 líneas activas de medicamentos. Se han identificado 122 errores (10,8 errores /100 líneas; IC95%= 9,2-11,8), que se clasifican de la siguiente forma: 6 por prescripciones del

especialista que no se añaden en RE, 67 fármacos que están activos en RE que ya habían sido suspendidos, 32 con pautas posológicas diferentes a las indicadas en historia clínica y 17 fármacos en los que es necesario detallar la hora de la administración y no se especifica.

Conclusiones

La prevalencia de errores en la transición de receta en papel a RE es elevada, se debería reforzar la formación sobre su uso, concienciar de su importancia y definir mejor las responsabilidades de los facultativos de Atención Primaria y Especializada mejorando la comunicación interniveles.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

118. EXPOSICIÓN A BENZODIACEPINAS Y DESARROLLO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ESTUDIO DE COHORTES EN UNA REGIÓN SANITARIA DE CATALUÑA ENTRE 2002 Y 2015

AUTORES

TORRES BONDIA FI, DE BATLLE GARCÍA J, PIÑOL RIPOLL G
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARÍA. AVDA. ALCALDE ROVIRA ROURE, 44. LLEIDA

OBJETIVOS

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia en la población occidental. Las alteraciones del sueño han demostrado incrementar el riesgo de EA, sin embargo, el consumo de benzodiazepinas (BZD) también ha demostrado incrementar dicho riesgo en algunos estudios de cohortes. El objetivo del estudio fue evaluar el riesgo de incidencia de EA en una cohorte de pacientes expuestos a BZD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de base comunitaria, incluyendo a todos los individuos con asignación, tanto de médico como de Área Básica de Salud, pertenecientes a una Región Sanitaria de Cataluña (358.157 habitantes en 2015), del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2015. Los consumos se expresaron en dosis diarias definidas (DDD) acumuladas por individuo. Se establecieron 3 intervalos de DDD (1 - 90, 90 -180 y > 180). Se incluyeron todas las BZD aprobadas en el catálogo de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos, así como los análogos de BZD (zopiclona, zolpidem y zaleplon). Las variables a medir fueron: edad, sexo, tipo de Área Básica de Salud (rural o urbana), diagnóstico, tipo de BZD clasificada en función de su vida media, (corta-intermedia o intermedia-larga), y DDD. Dado que algunos signos de EA incipiente pueden ser tratados con BZD, no se consideraron los tratamientos con BZD durante los 5 años inmediatamente anteriores a su diagnóstico. La relación entre las categorías de consumo de BZD y el desarrollo de EA se analizó mediante test de Chi² y modelos ajustados de regresión logística. También se usaron modelos ajustados de riesgos proporcionales de Cox para tomar en consideración el tiempo hasta el desarrollo de EA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La cohorte incluyó un total de 84.543 individuos consumidores de BZD y análogos con una edad media en 2002 de 65 años. Durante el seguimiento se diagnosticaron 584 nuevos casos de EA. En los modelos de Cox ajustados por año de nacimiento, sexo y comorbilidades, tomando como referencia la primera categoría de consumo de BZD (1-90 DDD) se observó un incremento de 12 veces en el riesgo de desarrollar EA en los sujetos con consumo acumulado de 90 a 180 DDD (Hazard ratio [95% CI]: 11,6 [3,8-35,7]; p-valor < 0.001) y 78 veces mayor en sujetos con más de 180 DDD acumuladas (Hazard ratio [95% CI]: 78,0 [29,1-208,8]; p-valor < 0.001). El estudio según tipo de BZD reveló incidencias de EA ligeramente superiores en los sujetos en la categoría más alta de consumo (> 180 DDD) de BZD de acción intermedia-larga 1,20% respecto a las de acción corta-intermedia 1,11%.

Conclusión

El consumo a largo plazo de BZD puede incrementar sustancialmente el riesgo de padecer EA. En consecuencia, la instauración de nuevos tratamientos con BZD o análogos se debería restringir a los casos más graves en los que exista un trastorno intenso, que limite la actividad del paciente o en situaciones de estrés importante, no debiéndose prolongar su uso más allá de varias semanas. Así mismo, se deberían elaborar programas de des-prescripción de este tipo de fármacos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

237. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

AUTORES

CAMPABADAL PRATS C, BEJARANO ROMERO F, MARCO BAS N, PALACIOS LLAMAZARES L, FERRER-VIDAL CORTELLA D, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4, 43005 TARRAGONA. TARRAGONA

OBJETIVOS

Garantizar una atención farmacéutica integral y de calidad a pacientes institucionalizados en residencias geriátricas (RG) en base a la equidad, seguridad, eficiencia y eficacia.

DISEÑO

El farmacéutico evalúa los planes farmacoterapéuticos (PFT) de los residentes.

La revisión consta de una evaluación de la indicación, efectividad, seguridad, criterios Stopp-Start, fármaco basado en la evidencia, seguimiento de la guía farmacoterapéutica, eficiencia, corrección de dosis y pauta.

Una vez realizada la evaluación se reúne la Comisión Asesora Farmacoterapéutica (CAF), creada por parte de la dirección y formada por los médicos y enfermeras de la RG y equipo y el farmacéutico, allí se consensuan las propuestas de cambio de tratamiento.



Acordados los cambios de medicación éstos son propuestos al paciente o a sus familiares. Los cambios se aplican en los distintos programas informáticos

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Listar la población diana
2. Realizar la revisión clínica del PFT
3. Reunión de la CAF
4. Propuesta de cambios al familiar o paciente
5. Aplicación de los cambios en los programas informáticos

IMPLANTACIÓN

Se presenta el proyecto en el comité asistencial, la comisión de calidad y la comisión asistencial de atención primaria. Se realiza un mapa de situación de todas las RG con los médicos de equipo responsables. Se presenta el proyecto a las distintas direcciones de las RG y se crean las CAF. En los seis meses de duración del proyecto este se ha implantado en 8 de las 26 RG del territorio

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se han revisado 402 PFT, que supone un 22% de los pacientes. Se ha encontrado alguna incidencia en un 85.8% de los PFT. Se han revisado 697 fármacos de los cuales un 47.02% presentaban indicación incorrecta y un 30% requería de valoración clínica por la CAF. De las incidencias presentes en los PFT, un 86.3% era fármaco innecesario, seguido por fármaco desaconsejado en geriatría (4.17%), duplicidad (2.36%), paciente con 2 o más benzodiazepinas (0.34%) y otros. De las propuestas realizadas por el farmacéutico la mayoritaria fue suspender el fármaco (84.12%), cambiar por equivalente terapéutico (9.75%), disminuir dosis (4.74%), iniciar un tratamiento (0.84%) y otros. Se han aceptado el 94% de las propuestas realizadas por el farmacéutico. Del 6% de las propuestas no aceptadas, un 60% es debido al médico de la RG, un 30% al paciente/familiar y un 6% por el médico de equipo. Se estima un ahorro anual teórico de 79.813 € con el 22% de los pacientes revisados. Esto supone una disminución media del 24.8% de la facturación anual por residencia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Proyecto aplicable a todos los Servicios de Farmacia que dan servicio a las RG

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

150. EVALUANDO EL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN ANCIANOS, ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

AUTORES

DEL MORAL SÁNCHEZ JM, ANDÚJAR MATEOS A, CUESTA GRUESO C, POQUET JORNET JE
HOSPITAL DE DENIA - MARINASALUD. PARTIDA BENIADLA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

La aparición de reacciones adversas a medicamentos es más probable en la población anciana debido a sus condiciones fisiopatológicas, mayor comorbilidad y polifarmacia. La toxicidad anticolinérgica consecuente del acumulado de fármacos con estos efectos es frecuente en esta población y está relacionada con eventos a nivel central (confusión y deterioro cognitivo) y a nivel periférico (boca seca, retención urinaria, alteraciones visuales y estreñimiento).

Según los criterios STOPP/START, el uso concomitante de dos o más fármacos con propiedades anticolinérgicas debería evitarse por el riesgo que supone

El objetivo fue estudiar la potencial deprescripción de medicamentos con efectos anticolinérgicos en mayores de 65 años en nuestro Departamento de Salud, analizando la carga anticolinérgica acumulada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Por medio de un gestor informático corporativo se obtuvo la relación de pacientes del Departamento de Salud mayores de 65 años en tratamiento con algún fármaco con efectos anticolinérgicos conocidos (Rudolph JL 2008). Los pacientes se clasificaron en riesgo anticolinérgico moderado (1 punto), fuerte (2 puntos) y muy fuerte (3 puntos o más) según el acumulado que presentaron en su farmacoterapia.

Definimos el potencial de deprescripción a nivel departamental como el porcentaje de pacientes con riesgo anticolinérgico fuerte o más.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 3481 pacientes (11,8% del total de pacientes mayores de 65 años del Departamento). La edad media fue de 76,6±8,4 años, el 64,7% eran mujeres y presentaban en su farmacoterapia 6,5±3,3 fármacos prescritos.

Los fármacos con riesgo anticolinérgico asociado más prescritos fueron: quetiapina (15,7% de los pacientes), ranitidina (13,4%), trazodona (11,2%) y la levodopa/carbidopa (10,8%).

Según la clasificación del riesgo, el 60,9% (2120 pacientes) presentaba un riesgo moderado, el 18,8% (656 pacientes) con riesgo alto y con riesgo muy fuerte el 20,3% (705 pacientes). En los pacientes con riesgo muy fuerte, se observaron riesgos acumulados de hasta 8 puntos (11 pacientes, 6 puntos; un paciente, 7 puntos y; un paciente, 8 puntos). El potencial de deprescripción fue del 39,1% en nuestra población.

Gracias al presente estudio se ha conseguido definir el alcance de un posible programa de deprescripción a nivel departamental y aumentar la seguridad por riesgo anticolinérgico.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

159. POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA EN PSIQUIATRÍA Y SU DESVIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

AUTORES

MONDELO GARCIA C, FERNANDEZ BARGIELA N, GIMENEZ ARUFE V, FERNANDEZ OLIVEIRA C, YAÑEZ RUBAL JC, MARTIN HERRANZ I

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. LAS JUBIAS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Una práctica cada vez más extendida en psiquiatría es la politerapia antipsicótica (no apoyada por ninguna guía de práctica clínica), en esta práctica se suele apreciar la utilización de dosis diarias superiores a las recomendadas en la ficha técnica. El objetivo de este trabajo es describir la utilización de la combinación de antipsicóticos en una unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría (UHPA) así como detectar si se superan las dosis máximas diarias recomendadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un corte de prevalencia de los pacientes ingresados en la UHPA. El perfil de prescripción se obtiene de la explotación del software de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SILICON) y los datos clínicos a través de la Historia Clínica Informatizada (IANUS) de nuestra Comunidad Autónoma .

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El corte de prevalencia se realiza el 29/01/18. Pacientes ingresados 30 (53% mujeres) con una edad media de 46(22-74) años. La media de días de ingreso es de 29 días. Los diagnósticos fueron: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (N=12, 40%) y Trastornos del estado de ánimo (N=18, 60%): Trastorno bipolar (7), Depresión (5), Trastorno adaptativo (2), Trastorno obsesivo compulsivo (2), Distimia (1) y Ansiedad (1). El 43% de los pacientes están siendo tratados en monoterapia con un antipsicótico (APS), el 43% en politerapia (2 APS: 10; 3 APS: 1; 4 APS: 2 pacientes), no llevan ningún APS el 13,3% de los pacientes. El APS más utilizado es la Quetiapina (38%) seguido por la Olanzapina (35%), el Aripiprazol (27%), Levomepromazina (23%), Amisulpride (12%), Tiaprida (12%), Clozapina (4%), Asenapina (4%). El 46% de los pacientes tienen prescrito un APS depot y el 5% dos APS depot. El 100% de los pacientes con APS depot están asociados a APS por vía oral. En cuanto a seguridad el 37% de los pacientes con APS presentan hiperprolactinemia, hipercolesterolemia (6,6%) y hiperglucemia (3,3%). La dosis máxima/diaria recomendada es superada en 3 pacientes (12% de los pacientes con APS).

Conclusiones

- 1/ Se evidencia una alta utilización de politerapia (43,3% de los pacientes) en contra de las recomendaciones de las Guías de utilización de antipsicóticos. Este resultado podría ser debido a la gravedad de la patología de los pacientes en una unidad de agudos.
- 2/ Destaca que, a pesar de la gravedad de los diagnósticos y ser pacientes en fase aguda la dosis máxima/día sólo sea superada en 3 pacientes.
- 3/ Llama la atención la baja utilización de clozapina (4%) ya que es el antipsicótico de referencia en resistentes al tratamiento de la esquizofrenia y en pacientes graves.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

161. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES

NIEVES SEDANO M, FERNANDEZ REDONDO D, ALBIÑANA PÉREZ MS, LÓPEZ SANDOMINGO L, TABOADA LÓPEZ RJ, KOPRIVNIK - S, RODRÍGUEZ PENÍN I

HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVENIDA DE LA RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La bibliografía actual describe un incremento de la utilización de neurolépticos en el paciente institucionalizado, muchas veces fuera de las indicaciones de ficha técnica, a pesar de la limitada evidencia de su eficacia y el mayor riesgo de desarrollar efectos adversos graves.

El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de neurolépticos en pacientes institucionalizados de un área sanitaria con atención farmacéutica especializada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal descriptivo que incluyó a todos los pacientes con prescripción de neurolépticos, ingresados en cinco centros sociosanitarios (CSS) en noviembre de 2017. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), escalas de valoración cognitiva (MEC de Lobo) y funcional (índice Barthel), número de medicamentos crónicos, neuroléptico, vía de administración, diagnóstico, y servicio prescriptor. Los neurolépticos se clasificaron en típicos (NT) o atípicos (NA), y su indicación autorizada se extrajo de la ficha técnica (FT).

Las variables se obtuvieron de la historia clínica de los servicios de atención sanitaria y de los CSS (electrónicas o papel). Para el análisis estadístico se empleó la aplicación informática Microsoft Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 229 pacientes (37,73% del total de pacientes), 71,62% mujeres, edad media 85 años (44-104) con una mediana de Barthel de 35 (RIC=70) y MEC de 12 (RIC=17,25). La mediana de medicamentos prescritos por paciente fue 8 (RIC=5).

Se registraron 272 prescripciones de neurolépticos: quetiapina (46,69%), risperidona (20,59%), haloperidol (9,56%), olanzapina (7,35%), levomepromazina (6,99%) y otros (8,82%). El 76,84% eran NA y la vía de administración predominante (95,96%) fue la oral.

Los servicios prescriptores fueron: psiquiatría (40,81%), neurología (31,25%), médico del CSS (4,78%), otros (7,72%) y en el 15,44% de los casos no se identificó. Tanto neurología como psiquiatría prescribieron principalmente NA: 90,59 y 80,18% respectivamente.

El 84,28% de los pacientes tenían un neuroléptico, el 13,10% dos, 2,18% tres y un paciente cuatro. 23 de los 36 pacientes con dos o más neurolépticos presentaban seguimiento por psiquiatría.

Los diagnósticos fueron: 52,21% alteraciones conductuales asociadas a deterioro cognitivo, 12,87% psicosis sin deterioro orgánico (paranoide, delirio, alucinaciones), 11,76 % esquizofrenia, 5,88% psicosis con deterioro orgánico (retraso mental, alcoholismo), 4,41% (trastorno bipolar), 3,68% ansiedad/depresión mayor, 2,57% otros y en el 6,62% restante no se encontró un diagnóstico que justificase su utilización.

De las 254 prescripciones para las que se identificó la indicación, el 65,75% estaban fuera de FT: 88,02% asociadas a un NA y 11,98% a un NT. Neurología presentó una mayor prescripción fuera de FT frente a psiquiatría: 85,53% versus 58,56%, debido principalmente a la prescripción de quetiapina en alteraciones conductuales asociadas a demencia (91,55% de las prescripciones fuera de FT de NRL).

Conclusiones

Un tercio de nuestros pacientes institucionalizados estaban en tratamiento con neurolépticos, mayoritariamente prescritos por especialista.

Destaca la prescripción de NA frente a NT, y su mayor utilización fuera de FT, principalmente debido a la utilización de quetiapina en alteraciones conductuales asociadas a demencia, con un menor perfil parkinsonizante.

El elevado porcentaje coincide con la bibliografía y dados los riesgos que conlleva su utilización, se deberían revalorar periódicamente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

205. UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CON DEMENCIA: REVISIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

AUTORES

IDOATE GRIJALBA AI, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, LEGARIA GAZTAMBIDE E, GARCÍA-MINA FREIRE M
CENTRO SOCIO-SANITARIO LA VAGUADA. MONASTERIO DE IRACHE, 76. NAVARRA

OBJETIVOS

Revisar la prescripción de antipsicóticos en ancianos con demencia y proponer un procedimiento de prescripción basado en criterios CHROME (CHemical Restraints avOidance METHodology) y en la última guía de práctica clínica de la American Psychological Association (APA) con el fin de optimizar el uso de antipsicóticos en episodios de agitación y psicosis en este tipo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico y observacional. Se revisaron las historias clínicas y farmacoterapéuticas de los pacientes ingresados en un centro sociosanitario con diagnóstico de demencia que habían recibido al menos un antipsicótico entre Enero-2017 y Enero-2018. Se recogieron datos de variables relacionadas con el tratamiento (antipsicótico, dosis inicial, máxima y actual), tiempo hasta disminución y retirada del fármaco y porcentaje de pacientes en los que fue necesario reintroducir el antipsicótico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Sesenta y cinco pacientes con diagnóstico de demencia recibieron al menos un antipsicótico entre Enero del 2017 y Enero del 2018. Once pacientes recibieron más de un antipsicótico diferente, siendo 78 el número total de prescripciones de antipsicóticos. El 48,7% (n=38) de las prescripciones se habían realizado previamente al ingreso en el centro. El fármaco más empleado fue la quetiapina, prescrita en el 47,7% (n=31) de los pacientes, seguido por la risperidona (38,4%). Considerando únicamente las prescripciones iniciadas en el centro, se disminuyó la dosis del antipsicótico en los primeros 4 meses desde el inicio en el 20% de los casos (n=8) y se retiró en el 37,5% (n=15) de los casos. Incluyendo las prescripciones de antipsicóticos iniciadas antes de la entrada del paciente en el centro, se disminuyó la dosis a los 4 meses desde el ingreso en el 29,5% (n=23) y se retiró en 47,4% (n=37) de los antipsicóticos pautados. En el 54% (n=20) de los antipsicóticos retirados, no fue necesaria su reintroducción. La mediana (rango) de tiempo hasta retirada del antipsicótico fue de 95(4-1433) días. La mediana de dosis inicial (mínimo – máximo) de quetiapina fue de 50 (12,5-200) mg, de risperidona 1(0,5-2) mg, tiaprida 50 (12-300)mg y haloperidol 2,25 (1,5-4)mg.

Es inevitable la prescripción de antipsicóticos en el manejo de los trastornos de conducta cuando han fracasado las medidas no farmacológicas, pero dado su perfil de seguridad, es preciso establecer unas directrices que aseguren un uso apropiado de estos fármacos. Hay que insistir en la retirada aconsejada por las guías actuales ya que sólo en 57,5 % de los casos se disminuyó o retiró la medicación antipsicótica antes de los 4 meses de su inicio en nuestro centro y, en el 54% de los casos en los que se retiró el antipsicótico, no fue necesario reintroducirlo, por lo que, un alto porcentaje de pacientes podría verse beneficiado de un intento de reducción de la carga farmacológica. Se observa que generalmente, las dosis de inicio y tratamiento empleadas, se ajustan a las directrices del uso de estos antipsicóticos, aunque cabe destacar, que la mayoría de los fármacos empleados no tienen indicación de demencia en su ficha técnica. Los antipsicóticos atípicos son los más utilizados con este fin.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**214. ESTUDIO COMPARATIVO DEL SUEÑO TRAS LA DEPRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO HIPNÓTICO EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS****AUTORES**

MADRID GONZALEZ M, GUERRO PRADO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. C/ DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS**OBJETIVOS:**

Analizar el patrón de sueño antes y tras la deprescripción del tratamiento crónico con benzodiazepinas o hipnóticos Z en pacientes ancianos institucionalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional prospectivo de 6 meses de duración (marzo-septiembre 2017). Se seleccionan los pacientes que habían estado en tratamiento durante más de 4 semanas con benzodiazepinas o hipnóticos Z y en los que se había llevado a cabo un proceso de retirada gradual del hipnótico acompañado de la monitorización del sueño. El sueño se monitorizó con una pulsera de actividad que registraba la duración total del sueño y su patrón diferenciando entre sueño ligero y profundo. El paciente llevaba en su muñeca la pulsera de actividad durante los días que se monitorizaba el sueño antes y tras cualquier modificación del tratamiento.

Las comparaciones se realizan con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para datos emparejados, aceptándose un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Durante los 6 meses de duración del estudio, se monitorizaron a 13 pacientes (4 mujeres y 9 hombres) media de 86 años de edad (DE 5 años) (3 en tratamiento con Zolpidem 10 mg; 1 con Zolpidem 5 mg; 3 con Lormetazepam 2 mg; 1 con Lormetazepam 1 mg; 4 con Lorazepam 1 mg; 1 con Lorazepam 0,5 mg). En dos pacientes no se dispone de registro tras la deprescripción ya que una vez finalizado el tratamiento no desean volver a monitorizarse.

En los 11 pacientes restantes no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la duración del sueño con tratamiento farmacológico y sin tratamiento ($p = 0,424$), ni con el patrón de sueño ($p = 0,37828$).

Conclusiones

En la muestra analizada, no ha habido diferencias significativas ni en la duración ni en el patrón del sueño con o sin tratamiento farmacológico. Dado el escaso beneficio detectado y los riesgos de estos fármacos se debería implantar un programa de deprescripción de hipnóticos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**217. RELACIÓN ENTRE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA Y LOS INGRESOS POR URGENCIAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS.****AUTORES**

GUERRO PRADO M, SANTOS PERÉZ M, DEL OLMO REVUELTO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Establecer la posible relación de causalidad entre la medicación domiciliaria y los motivos de ingreso a través del Servicio de urgencias en una muestra de pacientes crónicos pluripatológicos complejos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado entre mayo y septiembre de 2017. Se seleccionaron los pacientes clasificados como crónicos pluripatológicos complejos, que habían ingresado a través del Servicio de urgencias y que disponían de receta electrónica. Se utilizó el programa de admisión del hospital y en cada caso:

- 1/ Se analizó el motivo de ingreso y se revisó exhaustivamente el tratamiento domiciliar. Se realizó una revisión bibliográfica de los fármacos o problemas relacionados con la medicación (PRMs) implicados.
- 2/ Se debatió en sesión clínica la relación encontrada entre los PRMs y el ingreso hospitalario, y se clasificaron como causantes, agravantes o no relacionados.
- 3/ Se verificó si dichos PRMs se corregían durante el ingreso y en la receta electrónica al alta hospitalaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 25 pacientes crónicos pluripatológicos complejos.

Los motivos de ingreso más frecuentes (40,3%) fueron la anemia, agudización de la insuficiencia cardiaca crónica y síndrome coronario agudo.

Se identificaron 91 PRMs potenciales al ingreso ($\bar{x} = 3,6$ PRMs/paciente; IC95%=2,7-5,2) entre 261 líneas activas en receta electrónica ($\bar{x} = 10,4$ líneas/paciente; IC95%=7,3-15,2), lo que supone una prevalencia de 34,9 PRMs/100 líneas (IC95%=29,3-40,8).

El total de PRMs relacionados con el motivo del ingreso fue 57/91 (62,6% IC 95%=52,4-71,9%), 17 clasificados como causantes y 40 como agravantes. En 21 de los 25 pacientes, al menos un PRM se consideró relacionado con su ingreso. En la revisión de dichos PRMs al alta, se encontró que 7/17 PRMs considerados causantes y 20/40 PRMs considerados agravantes no se corrigieron durante el ingreso. El resto aunque fueron modificados durante el ingreso no se corrigieron al alta en receta electrónica.



Conclusiones

Un elevado porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos complejos presentan en su tratamiento domiciliario PRMs relacionados con su ingreso. Estos datos confirman la necesidad de generalizar la revisión de la medicación en estos pacientes como práctica habitual. Se detecta una falta de actualización de los tratamientos al alta en receta electrónica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

264. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE PALIPERIDONA PALMITATO DEPOT EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, FERNÁNDEZ-LOBATO . B, ESCONDRILLAS GÓMEZ LM, PÉREZ PÉREZ IG
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de paliperidona palmitato inyectable de liberación prolongada (PP) en un hospital de tercer nivel y su adecuación al documento de consenso (DC) establecido por la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT).

MATERIALES Y MÉTODOS

El DC de la CRFT se ciñó a la ficha técnica (FT) del medicamento, contemplando la utilización de PP únicamente en el mantenimiento de la esquizofrenia, con dosis de inicio de 250mg (150mg día 1 + 100mg día 8) y dosis de mantenimiento recomendadas entre 25-150mg/28días.

Para conocer el grado de adecuación al DC se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que recibieron tratamiento con PP durante un periodo de 6 meses. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento neuroléptico depot previo, inicio/continuación de tratamiento y dosis administradas durante ingresos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio 76 pacientes recibieron tratamiento con PP (53 hombres) con una media de 39±15 años, incluyendo 5 pacientes menores de edad (15–17 años) y 5 pacientes > 65 años (70–81 años). Un paciente fue descartado por falta de datos.

Cumplieron criterios de indicación 37 pacientes (49,33%). Los diagnósticos fuera de FT que recibieron tratamiento con PP fueron: trastornos psicóticos (13), trastorno bipolar (7), trastorno esquizoafectivo (6), trastorno delirante crónico (3), trastornos de personalidad (2), demencia con síntomas psicóticos (2), trastornos de conducta en pacientes con retraso mental (2), episodio depresivo con síntomas psicóticos (1), psicopatía/sociopatía (1) y trastorno disociativo (1).

En cuanto a la posología, de aquellos pacientes con indicación aprobada, sólo 13 (35,14%) se adecuaron a FT; de éstos 8 correspondieron a inicios de tratamiento, 4 a continuaciones y 1 a reinicio tras abandono. En el resto de casos (5 inicios, 12 continuaciones y 7 reinicios) se superaron las dosis contempladas en FT, llegando a establecerse dosis de mantenimiento de hasta 300mg.

De los pacientes que cumplieron criterios, dos fueron > 65 años.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos el porcentaje de adecuación al DC (y por tanto, a FT) fue bajo (35,14%).

En la mayoría de los casos PP se utilizó para indicaciones no autorizadas en FT, ya que ésta sólo contempla la esquizofrenia en pacientes adultos. En general, las dosis empleadas fueron muy superiores a las recomendadas en FT.

Dos pacientes > 65 años se ajustaron al DC, aunque según FT no se ha establecido eficacia y seguridad para este grupo de edad.

Aquellos casos no contemplados en el DC en los que se considere necesaria la utilización de PP en condiciones diferentes a las autorizadas en FT deberán ser tramitados como medicamento en situaciones especiales.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

285. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE MAYOR CRÓNICO HOSPITALIZADO DURANTE LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES

AUTORES

MARTINEZ SOTELO J, JAUME GAYÁ M, SIQUIER HOMAR P, FERNÁNDEZ CORTÉS F, PINTEÑO BLANCO M, GARCÍA ALVÁREZ A, REY FERRÍN A, HORRACH SOLÉ M
HOSPITAL COMARCAL DE INCA. CARRETERA VELLA DE LLUBI, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

- Analizar la efectividad de la actividad del farmacéutico integrado en el equipo multidisciplinar de atención al paciente crónico complejo hospitalizado (EMAPCCH) en un hospital comarcal durante las transiciones asistenciales:

o Conciliación (Ingreso): Detección de errores de conciliación (EC).

o Deprescripción (Alta): Diferencia entre Prescripciones Potencialmente Inapropiadas (PPI) detectadas y sus costes asociados, al ingreso vs alta.

- Describir tipos de PPI y medicamentos implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Diseño y selección de pacientes: Estudio de intervención prospectivo, tipo antes-después, desarrollado entre Octubre/2017–Marzo/2018. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años ingresados en la Unidad, excluyendo aquellos exitus

durante el ingreso.

- Intervención:

o Conciliación: Se comparó el tratamiento crónico vs hospitalario, detectando y comunicando las discrepancias que requerían aclaración (DA). Al día siguiente, se clasificaron estas DA:

- ♣ Errores de conciliación (EC): Modificación de la prescripción.
- ♣ Discrepancias Justificadas (DJ): No modificación por causa justificada.
- ♣ Discrepancias No Resueltas (DNR): No respuesta.

o Deprescripción: Con ayuda del software CheckTheMeds®, se revisó el tratamiento crónico para detectar PPI mediante: STOPP/START, Fichas Técnicas, Alertas de Farmacovigilancia, Recomendaciones de Sociedades Científicas, Medicamentos de Utilidad Terapéutica Baja; y emitir recomendaciones individualizadas de adecuación terapéutica.

o Las recomendaciones se comunicaron por escrito (Historia Clínica Electrónica) y verbalmente (reunión diaria del EMAPCCH).

- Variables:

o Características basales: Edad, Sexo, Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), Fármacos Crónicos (FARM).

o Conciliación: Porcentaje de: EC, DJ, DNR.

o Deprescripción:

- ♣ PPI detectadas al ingreso vs alta.
- ♣ Coste anual de PPI al ingreso vs alta, estimado en base al precio de facturación del nomenclátor autonómico.
- ♣ Tipos de PPI: Categorías de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) listados en el Tercer Consenso de Granada.
- ♣ Medicamentos implicados: Categorías del primer nivel (Sistema Anatómico(A)) de la clasificación Anatómico-Terapéutico-Química (ATC).

- Análisis estadístico: Se realizó análisis descriptivo, empleando medidas de tendencia central y dispersión (media±desviación estándar) para variables cuantitativas, y medidas de frecuencia y porcentaje para variables cualitativas. Las diferencias de PPI entre ingreso y alta, y de sus costes asociados; se compararon mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Se consideró diferencia estadísticamente significativa si $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 93 pacientes, excluyendo 12(12,9%) por exitus.

De los 81 pacientes finales; 45(55,6%) fueron hombres. La edad media; ICC; FARM fueron: 84,2±7 años; 7,5±1,9; 8,9±3,4, respectivamente.

Se detectaron 81 DA, clasificadas como: EC: 66(81,5%); DNR: 10(12,3%); DJ: 5(6,2%).

Al ingreso, se detectaron 153 PPI, que se redujeron hasta 89 al alta ($p < 0.001$). El coste anual estimado de dichas PPI fue 27.179,5€ al ingreso, y 13.508,2 € al alta ($p < 0.001$).

La distribución de tipos de PPI fue: Efecto Medicamento Innecesario: 76(49,7%); Inseguridad No Cuantitativa: 38(24,8%); Inseguridad Cuantitativa: 29(19%); Problema de Salud No Tratado: 10(6,5%).

Los sistemas anatómicos principalmente implicados en las PPI fueron: Nervioso(N): 51(33,3%); Digestivo(A): 22(14,4%); Cardiovascular(C): 22(14,4%); Respiratorio(R): 14(9,2%); Otros: 44 (28,7%).

Conclusiones

La intervención del farmacéutico en el EMAPCCH detectó numerosos EC, y redujo significativamente PPI y costes; interviniendo principalmente sobre medicamentos innecesarios y medicamentos del Sistema Nervioso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

305. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL SOBRE LA FARMACOTERAPIA DE LOS RESIDENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

ALBORNOZ LÓPEZ R, GARCÍA MARTÍNEZ L, LÓPEZ-VIÑAU LÓPEZ T, HERNÁNDEZ PARADA J, VALVERDE TORESANO L
HOSPITAL REGIONAL REINA SOFIA. AVDA. MENENDEZ PIDAL, 1. CORDOBA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por la unidad de gestión clínica de farmacia de un hospital de tercer nivel desde la implantación de un modelo de atención farmacéutica especializada en un centro sociosanitario. Evaluar el impacto de la actividad del farmacéutico considerando el grado de aceptación de las intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en un centro sociosanitario público con capacidad para 125 residentes, desde la implantación de un modelo de atención farmacéutica especializada en enero de 2017 hasta abril de 2018. Se incluyeron aquellos residentes que tras revisión de su perfil farmacoterapéutico, fueron propuestos para intervención por presentar prescripciones inapropiadas según: adecuación de la medicación prescrita a la guía farmacoterapéutica del hospital, información recogida en ficha técnica de medicamentos, notas de seguridad de la Agencia Española del Medicamento y criterios explícitos de prescripción inapropiada de medicación en paciente anciano (criterios STOPP-START 2015). Se definieron nueve tipos de IF que a su vez fueron agrupadas en tres categorías: estrategia farmacológica, cantidad de medicamento y educación al paciente (clasificación de Sabater y colaboradores). Las intervenciones fueron propuestas a través del sistema de prescripción electrónica, correo electrónico o directamente con el facultativo en la visita semanal del farmacéutico al centro. Se recogieron las siguientes variables: sexo y edad, tipo de intervención

realizada, fármaco prescrito y/o propuesto, grupo farmacológico (según clasificación ATC) y aceptación de la intervención por el médico. Los datos clínicos y demográficos fueron obtenidos de la historia clínica y farmacoterapéutica (Diraya® y FarmaTools®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la revisión de la historia clínica y perfil farmacoterapéutico, se identificaron 83 residentes (31 hombres y 52 mujeres) susceptibles de IF según los criterios del estudio. La edad media de los residentes fue 80,79 años (rango 46-97). Se propusieron un total de 182 intervenciones, de las cuales fueron aceptadas 150 (82,42 %) para 76 pacientes, con una media de 1,97 intervenciones por residente (rango 1-6). En función de la categoría de la intervención, se aceptaron 97 intervenciones (64,67%) relacionadas con la estrategia farmacológica y 53 (35,33%) relacionadas con la cantidad de medicamento. No se realizaron IF relacionadas con la educación al paciente. Los tipos de intervención más frecuentemente aceptados fueron: sustitución de medicamentos 46,67% (IF=70), modificación de dosis 22,67% (IF=34) y retirada de medicamentos 17,33% (IF=26). En cuanto a los grupos terapéuticos implicados en las intervenciones aceptadas, destacan el grupo N02 (analgésicos) con un 11,33% (IF=17), grupo D01 (antifúngicos dermatológicos) con un 9,33% (IF=14), grupo R03 (agentes contra padecimientos obstructivos de vías respiratorias) con un 8,67 % (IF=13), grupo C09 (IECA, ARA II) con un 7,33% (IF=11), grupo A02 (antiulcerosos) con un 7,33% (IF=11), grupo N07 (antivertiginosos) con un 7,33% (IF=11) y grupo N06 (ISRS, fármacos antidemencia) con un 6% (IF=9).

La participación del farmacéutico de hospital en un centro sociosanitario permite reducir la variabilidad de la prescripción, optimizar la farmacoterapia, así como retirar medicamentos de baja utilidad terapéutica. Los grupos terapéuticos principalmente afectados corresponden a los grupos más frecuentemente prescritos. El grado de aceptación de las intervenciones fue alto.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

331. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DEL PACIENTE CRÓNICO MEDIANTE TECNOLOGÍAS SANITARIAS.

AUTORES

TOVAR POZO M, GALLEGO ÚBEDA M, MONJE GARCÍA B, CAMPOS FERNANDEZ DE SEVILLA MA, TUTAU GÓMEZ F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AV. DE MARIE CURIE, 2. MADRID

OBJETIVOS

Describir la implantación de un Programa de Conciliación de medicación a paciente crónico en un hospital.

DISEÑO

En Mayo 2017 la Comunidad de Madrid inició la implantación del proceso asistencial integrado del paciente complejo. El plan incluía la necesidad de conciliar la medicación en pacientes clasificados como crónicos complejos (aquellos con patologías crónicas y que suponen un alto consumo de los recursos sanitarios) tras una transición asistencial, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia farmacoterapéutica de estos pacientes. En nuestro hospital se creó un equipo multidisciplinar integrado por facultativos del Servicio de Farmacia, Servicio de Medicina Interna y Sistemas de Información para diseñar un plan de actuación para la atención farmacéutica y conciliación de la medicación en este tipo de pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Preparación de sistemas de información: diseño de plantillas de informes de conciliación en la historia clínica electrónica (HCE), avisos telemáticos de localización de pacientes clasificados como crónicos complejos (PCC) y habilitación de interconsultas del Servicio de Farmacia.

-Identificación de los pacientes candidatos a conciliar al ingreso: diariamente se recibe en el Servicio de Farmacia un email con los pacientes ingresados en el hospital clasificados como PCC. Estos pacientes están identificados en la HCE (Selene®) con un icono específico (pirámide con punta roja).

-Conciliación de la medicación al ingreso: el farmacéutico revisa la HCE, Horus® y realiza la entrevista al paciente (o familiares/médico de residencia en caso de precisar). Se realiza informe de conciliación al ingreso en la HCE con la medicación habitual y recomendaciones de ajustes posológicos, contraindicaciones, omisión e incorporación de fármacos a la prescripción.

-Conciliación de la medicación al alta: el médico responsable del paciente hace una interconsulta a Farmacia tras realizar el informe de alta. El farmacéutico realiza el informe de conciliación que se encontrará disponible en la HCE. Este contiene un mapa horario y pictogramas, así como recomendaciones para el paciente sobre la toma de la medicación (ej: tomar en ayunas). El farmacéutico informa al paciente de la medicación al alta tanto de forma oral como escrita.

-Recogida de datos de actividad: todos los informes realizados e interconsultas resueltas quedan registradas en la HCE. Se pueden medir indicadores de actividad del programa de manera rápida y sencilla.

IMPLANTACIÓN

En Mayo de 2017 se inició la implantación del programa de conciliación. Se incluyeron los pacientes clasificados como PCC desde Atención Primaria excluyéndose los pacientes paliativos y aquellos con ingreso reciente (< 1mes).

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En 2017, los datos de actividad se resumen en un total de 93 conciliaciones al ingreso y 47 al alta. Esto supuso un total de 62 pacientes nuevos conciliados al ingreso y 34 al alta (hubo pacientes que ingresaron más de una vez en el período de estudio que cumplían las características del programa). Se encontraron 156 discrepancias no justificadas durante la conciliación. De las recomendaciones realizadas en estas discrepancias se aceptaron 87.

Como limitación encontramos la dificultad de coordinación con el médico especialista en la conciliación al alta.



APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a todos los hospitales con atención al paciente crónico que dispongan de HCE.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

333. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, GIL SIERRA MD, RÍOS SÁNCHEZ E, CAMEÁN CASTILLO M, BRICEÑO CASADO MDP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA. LOMA DEL COLMENAR, S/N 51003. CEUTA

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de las prescripciones de fentanilo de liberación inmediata (F-lib) respecto a la nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de 21 de febrero de 2018 en la que se señala la importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas para minimizar el riesgo de abuso y/o dependencia con estos medicamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos tipo indicación-prescripción de diseño observacional con recogida de datos de forma retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con al menos una dispensación de F-lib durante el año 2017 en un área de salud con población de 84.000 habitantes. Se usó el programa de facturación de receta médica electrónica Digitalis® versión 2.6 y la historia clínica informatizada HP-HCIS PRODUCCION© 2013 para recoger los siguientes datos: edad, sexo, forma farmacéutica (FF), diagnóstico y uso de opioide de base. Se utilizó el manual de codificación de enfermedades CIE-10 publicada por la Organización Mundial de la Salud para clasificar los diagnósticos. Se estableció la adecuación de la prescripción en base a las condiciones de indicación autorizada, siempre y cuando la prescripción cumpliera los dos siguientes criterios: indicación en dolor irruptivo de origen oncológico y recibir tratamiento con un analgésico opioide de base.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 91 pacientes con una mediana de edad de 51 (rango 36-90) años, siendo el 57% hombres. La distribución de pacientes por FF fue la siguiente: 50 recibieron fentanilo comprimidos para chupar con aplicador integrado (F-apl), 20 fentanilo película bucal soluble (F-pel), 12 pacientes fentanilo comprimidos bucales (F-comp) y 9 pacientes fentanilo solución para pulverización nasal (F-nas). Del total, se registraron 34 (37%) pacientes con prescripción adecuada según indicación en dolor irruptivo de origen oncológico y tratamiento con analgésico opioide de base. Se observaron 57 (63%) pacientes con prescripción inadecuada, 55 (96%) de los cuales recibieron F-lib con indicación distinta al dolor irruptivo de origen oncológico y 2 (4%) no recibían opioide de base. Entre los pacientes que no cumplieron indicación, 30 (55%) pacientes fueron tratados de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, 18 (33%) de enfermedades del sistema nervioso y 7 (12%) de enfermedades del aparato digestivo. La adecuación de la prescripción según la FF fue la siguiente: 13 pacientes (26%) en F-apl, 3 (15%) en F-pel, 11 (91%) en F-comp y 7 (78%) en F-nas.

Conclusiones:

1. Menos de la mitad de las prescripciones de F-lib fueron indicadas para dolor de tipo oncológico siendo tratados además con un opioide de base.
2. La mayoría de los pacientes no cumplidores presentaron una indicación diferente de tipo no oncológico, destacando el uso de F-lib en las enfermedades del sistema osteomuscular.
3. La FF más frecuentemente prescritas fueron el F-apl y el F-pel, las cuales presentaron los porcentajes más bajos de adecuación a ficha técnica.
4. Sería conveniente detectar cuál ha sido el perfil del facultativo y su ámbito de actuación, atención primaria o especializada, para realizar posibles intervenciones farmacéuticas.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

367. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VALIDACIÓN INTEGRAL DE LA PRESCRIPCIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, JIMÉNEZ GALÁN R, GALVÁN BANQUERI M, GUZMÁN RAMOS MI, SERRANO GIMÉNEZ R, MÁRQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL DE VALME. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Objetivos: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas y evaluar el grado de aceptación como resultado de la implantación de un programa de validación integral de la prescripción al ingreso en la unidad de Neumología de un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la unidad de Neumología de un hospital de especialidades en un corte de dos meses (1/12/2017-31/01/2018). Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), polimedición (prescripción de 5 o más medicamentos crónicos), tipo de IF realizada (conciliación de la medicación y/o adecuación del tratamiento) y grupo ATC del fármaco objeto de IF. Se revisó el tratamiento crónico de los pacientes, sus antecedentes personales y el motivo de ingreso a partir de la historia clínica electrónica y el módulo de prescripción electrónica en receta. Las IF se realizaron en las primeras 24 horas de ingreso, a

través del programa de prescripción electrónica o por contacto telefónico con el facultativo responsable del paciente. Se analizó si el sexo (hombre/mujer), la edad (mayor/menor de 65 años) y la polimedicación (sí/no) podrían ser factores predictivos de pacientes candidatos a IF.

Se evaluó el grado de aceptación global de las IF realizadas (aceptadas, no aceptadas o no evaluables por alta del paciente) y en función de si eran IF de conciliación o adecuación; siendo este evaluado en las 48 horas posteriores a la intervención. Los datos fueron procesados con el programa SPSS® versión 25.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 147 pacientes, 63,9% hombres, con una mediana de edad de 69 años (RIQ 59-77). El 69,4% de los pacientes estaban polimedificados. Se realizó IF en el 48,3% de los pacientes. Del total de IF realizadas, 63 fueron de conciliación y diez de adecuación. El error de conciliación más frecuente fue de omisión, detectándose en el 85,7% de los pacientes. Los principales grupos ATC sobre los que se realizó IF fueron: sistema nervioso (33,3%), cardiovascular (28,7%) y digestivo-metabólico (12,6%).

No se detectaron diferencias significativas en el porcentaje de IF realizadas sobre hombres o mujeres (67,7% vs 32,3%; $p=0,409$), pero sí en cuanto a las realizadas sobre pacientes de edad superior o inferior a 65 años (71,8% vs 28,2%; $p=0,025$) y sobre pacientes polimedificados y no polimedificados (80,3% vs 19,7%; $p=0,010$).

Las IF fueron aceptadas en el 63,4% de los casos, no aceptadas en el 29,6% y no evaluables en el 7,0%. La aceptación fue mayor en las IF de adecuación que en las de conciliación (70% y 60,3% respectivamente).

Conclusiones

Implantar un programa de validación integral de la prescripción en la unidad de Neumología ha permitido realizar IF en casi la mitad de los pacientes, realizándose la mayoría en mayores de 65 años y polimedificados. El grado de aceptación de las IF realizadas fue muy elevado, especialmente en aquellas sobre adecuación de la prescripción. Los resultados del estudio ponen de manifiesto la importancia de esta actividad en la optimización del tratamiento al ingreso en estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

387. BUSCANDO LA EFICIENCIA: ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE INTERVENCIONES EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL ALTA

AUTORES

VALENCIA SOTO CM, PASTOR HURTADO J, ROMÁN MÁRQUEZ EL, CORTÉS DE MIGUEL S, GARCÍA PARRA MF, VILLACAÑAS PALOMARES MV
HOSPITAL LA INMACULADA. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA. AVENIDA DOCTORA ANA PARRA, S/N.. ALMERÍA

OBJETIVOS

La conciliación de la medicación (CM) contribuye a disminuir los errores de medicación (EM) y a mejorar la seguridad en las transiciones asistenciales. Este beneficio es mayor en determinados grupos de población.

El objetivo del estudio es analizar la relación de dependencia entre determinados factores y el número de intervenciones farmacéuticas realizadas y determinar qué perfil de paciente podría beneficiarse en mayor medida de la CM al alta en una población determinada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo observacional en el que se incluyó a los pacientes conciliados al alta entre el 17 abril y el 30 de noviembre de 2017 en un Área de Gestión Sanitaria (AGS).

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, edad \geq de 65 años, servicio de ingreso y número de intervenciones farmacéuticas. A partir del 1 de agosto se recogió asimismo el número de principios activos (PA) prescritos en RE al alta, diferenciándose las categorías > 5 y > 10 PA.

Se utilizaron pruebas no paramétricas por ausencia de normalidad en la muestra seleccionada.

Se realizó la prueba de Mann-Whitney para estudiar la correlación del sexo, la edad \geq de 65 y el número de PA $>$ de 5 y $>$ de 10 con el número de intervenciones. Para establecer la relación entre edad y número de PA con número de intervenciones se utilizó la Rho de Spearman. La influencia del servicio se analizó mediante la prueba de Kruskal Wallis. La significación estadística se consideró para un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$). El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron las intervenciones realizadas en 406 pacientes. La edad media fue $71,2 \pm 16$ años, con un 75,4% \geq de 65 años. El 50,2% eran hombres.

Los servicios de ingreso fueron: 35.7% Medicina Interna (MI), 15.5% Traumatología, 12.8% Cirugía General, 12.6% Cardiología, 9.1% Neumología, 6.9% Digestivo y 7.4% otros.

La mediana de PA/paciente en los 180 pacientes fue 11 (4-26).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de intervenciones según sexo ($p=0,556$), edad ($p=0,159$) o edad \geq de 65 años ($p=0,107$).

Respecto al número de PA ($n=180$), se observó una correlación estadísticamente significativa ($p=0,019$) con escasa significación clínica. El coeficiente de determinación ($R^2=0,030$) indicaba que sólo el 3% de las intervenciones se explicaba por el número de PA.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de intervenciones en el subgrupo con > 5 PA ($p=0,204$). La diferencia si fue estadísticamente significativa en los pacientes con > 10 ($p=0,001$). La relación de dependencia resultó significativa a partir de 9 PA ($p=0,045$).



Traumatología fue el servicio con menor número de intervenciones, con diferencias estadísticamente significativas en número de intervenciones con MI, Cardiología y Neumología.

Los resultados muestran que puede resultar útil analizar y seleccionar a los subgrupos de población más susceptibles de beneficiarse de la CM.

En nuestra población no se han encontrado diferencias significativas en el número de intervenciones según el sexo o la edad.

Sin embargo, si se ha detectado una relación de dependencia según el servicio de ingreso y el número de PA, siendo esta última mayor a mayor grado de polimedicación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

391. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE EMPAGLIFOZINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, SABORIDO CANSINO MC, SÁNCHEZ PEDROSA A, CANTILLANA SUÁREZ MG, SERRANO GIMÉNEZ R, GUZMÁN RAMOS MI

ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la utilización y la seguridad de empagliflozina en pacientes con diabetes mellitus tipo II (DMII) y alto riesgo cardiovascular (RCV) en un área de gestión sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron los pacientes con prescripción activa de empagliflozina entre marzo y mayo de 2017 y se realizó un proceso de aleatorización y posterior muestreo. Se excluyeron aquellos que habían finalizado el tratamiento en el momento de la recogida de datos o formaban parte de ensayos clínicos.

Se recogieron variables demográficas y descriptivas. Se evaluó el porcentaje de pacientes en tratamiento con empagliflozina + alto RCV y la seguridad de dicho tratamiento.

Se estudiaron factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como hipertensión arterial (HTA), dislipemia, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y existencia de eventos cardiovasculares previos a fin de analizar la especial indicación de este fármaco en dichos pacientes según resultados del ensayo EMPAREG.

Se analizó la seguridad del tratamiento en base a criterios de edad, aclaramiento de creatinina (ClCr), factores de riesgo de amputación (FRA) presentes [neuropatía periférica (NP), enfermedad vascular periférica (EVP) y amputaciones previas] y aparición de reacciones adversas frecuentes (infecciones genitourinarias complicadas y cetoacidosis).

Los datos se recogieron de la historia clínica de atención primaria y/o atención hospitalaria y se procesaron mediante el programa estadístico SPSS® versión 25.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se seleccionaron 105 pacientes, el 59,6% hombres, con una media de edad de 61,5±12,1 años. El 12,5% (n=14) superaba los 75 años y un paciente superaba los 85 años. Los pacientes tenían prescritos otros antidiabéticos con la siguiente distribución: metformina (54,8%), insulina (33,7%) y sulfonilureas (22,1%).

El porcentaje de pacientes con FRCV fue del 87,6% (n=92). El 65,4% de los pacientes padecía HTA y el 74% dislipemia (apareciendo estos dos FRCV en el 56,1% de los casos); el 16,3% de los pacientes eran fumadores, el 63,5% padecía obesidad y el 22,1% sobrepeso. Había sufrido eventos cardiovasculares previos un 28,8% de los pacientes.

El tratamiento estaba contraindicado por edad superior a 85 años en un caso y por valores de ClCr < 45 ml/min en tres.

El 14,4% de los pacientes padecía NP y el 17,3% de los pacientes tenía un diagnóstico previo de EVP. El 3,1% de los pacientes había sufrido además alguna amputación previa.

Durante el tratamiento, tres pacientes desarrollaron infecciones genitourinarias complicadas (sin presentar antecedentes de dichas patologías) y un paciente desarrolló cetoacidosis.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes presentaba otros factores de riesgo cardiovascular añadidos a la DMII. Sin embargo, se detectaron varios casos de contraindicación al uso de empagliflozina y un porcentaje elevado de pacientes con riesgo de sufrir problemas de seguridad derivado del tratamiento con dicho fármaco. Sería interesante iniciar una estrategia de intervención farmacéutica para minimizar dicho riesgo, sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo de amputación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

456. ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES URINARIAS QUE REQUIRIERON TERAPIA INTRAVENOSA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE 150 PLAZAS

AUTORES

MARTINEZ CASAL X, RODRIGUEZ SANCHEZ JL, OTERO ESPINAR F, DURAN RAMALLO JA
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA. PASEO DO ALCALDE PEPE SÁNCHEZ, 7. A CORUÑA

OBJETIVOS

Análisis de los microorganismos implicados en las infecciones urinarias que requirieron administración de terapia antiinfecciosa intravenosa (TAI) en pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario (css) a lo largo del año 2016, así como de los tratamientos administrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo longitudinal observacional descriptivo realizado a lo largo del año 2016. Se registran las infecciones urinarias sintomáticas que requirieron TAI en el propio CSS para su resolución. Se registran los microorganismos detectados en antibiograma obtenido a partir de muestras de orina, así como las prescripciones de TAI basadas en la sensibilidad obtenida en los antibiogramas solicitados. Se registra tratamiento administrado (código ATC), duración y necesidad de ajuste renal. Se introducen los datos en software IBM SPSS v21 y se analizan los datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

A lo largo del periodo de estudio han sido institucionalizados $n=220$ pacientes. Se administraron 37 TAI para el tratamiento de infecciones urinarias en el propio CSS evitando estancias hospitalarias ($n=28$ en mujeres y $n=9$ en hombres). La duración media de los tratamientos fue de $7,46 \pm 2,12$ días. La edad media de los pacientes tratados fue de $82,35 \pm 10,90$ años, con $5,95 \pm 1,73$ patologías y $8,22 \pm 3,48$ medicamentos. El 43,24% de los tratamientos administrados requirieron ajuste renal. En el 86,48% se utilizó antibiograma reciente ($n=32$).

En cuanto al nº de microorganismos detectados en antibiograma, en el 18,91% ($n=7$) se detectaron 2 microorganismos, en el 64,48% ($n=24$) 1 solo microorganismo y en 16,21% ($n=6$) ningún microorganismo.

En el 70,27% de los antibiogramas se detectó bacilo Gram negativo, 10,81% coco Gram positivo y hongo en el 2,7% de los casos. En el 2,70% ($n=1$) se solicitó pero no se aisló nada. En el 13,51% ($n=5$) restante no se solicitó antibiograma. En total se detectaron 11 microorganismos diferentes entre los que cabe destacar 37,84% ($n=14$) Escherichia Coli productor de B-lactamasas; 16,22% ($n=6$) de Klebsiella pneumoniae, de las cuales el 10,81% ($n=4$) eran oxa-48 multirresistentes; 5,41% ($n=2$) Pseudomona aeruginosa; 10,82% ($n=4$) Escherichia Coli y 5,41% ($n=2$) Enterococcus faecalis.

Según la clasificación ATC, el tipo de antibióticos administrados pertenecieron 16 tratamientos a J01DH, 5 a J01DD, 3 a J01CA y 3 a J01GB. En 6 casos se administró biterapia (16,21% de los tratamientos administrados), 4 tratamientos con antibióticos de los grupos J01GB + J01XB (aminoglucosido + colistina) y 2 con J01GB + J01DH (aminoglucosido + carbapenem).

Conclusiones

Debe considerarse al CSS como un medio complejo donde se encuentran pacientes institucionalizados de edad avanzada con patología crónica, numerosas comorbilidades y alto grado de dependencia, portadores muchas veces de flora multiresistente.

Resultaría interesante la instauración de protocolos que fluidifiquen la comunicación con servicios de atención primaria y especializada con el objetivo de facilitar el acceso y/o la solicitud a determinadas pruebas diagnósticas (antibiograma, radiografía de tórax, función renal..) que permitan conocer la etiología microbiana implicada en las principales infecciones (urinarias), orientando al clínico del CSS en una adecuada selección del tratamiento de la infección según la sensibilidad del antibiograma, en colaboración con la farmacia hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

468. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES AMBULATORIOS EN TRATAMIENTO CON ZOLPIDEM

AUTORES

CANTILLANA SUAREZ MDG, SABORIDO CANSINO MDC, SERRANO GIMENEZ R, DIAZ ACEDO R, GUZMAN RAMOS MI, SANCHEZ PEDROSA AM

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA SEVILLA-CADIZ, SIN NÚMERO.

OBJETIVOS

Según la nota de seguridad publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en 2014 sobre el uso de zolpidem y el riesgo de somnolencia, en pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática la dosis debe ser de 5 mg/día en lugar de 10 mg/día. Tras acuerdo de la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) del Área, se decidió analizar el impacto de una intervención farmacéutica (IF) realizada para mejorar la seguridad de los pacientes ≥ 65 años en tratamiento con dosis de zolpidem de 10 mg/día o superiores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo, desde febrero hasta abril de 2018, en pacientes ≥ 65 años en tratamiento con dosis de zolpidem de 10 mg/día o superiores en un Área de Gestión Sanitaria.

En Febrero de 2018, desde el Servicio de Farmacia se facilitó a los facultativos responsables el listado de pacientes susceptibles de revisión (a través de una aplicación informática: Portal de Farmacia) y además una nota informativa aprobada por la CURM del Área. El análisis de los resultados se llevó a cabo dos meses después (abril de 2018).

Las variables recogidas fueron: edad, posología y resultado de la revisión de los pacientes por parte de los facultativos responsables (pacientes sin revisar, sin cambio de tratamiento o con cambio de tratamiento). La variable principal fue el grado de aceptación de la IF (porcentaje de pacientes con cambio de tratamiento).

Estos datos fueron obtenidos de la aplicación informática de facturación de recetas (Microstrategy®), la historia clínica y receta electrónica del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 1016 pacientes, con una edad media de $75,21 \pm 7,12$ años. El 97,05% de los pacientes estaban en tratamiento con 10 mg/día de zolpidem, el 1,77% con 15 mg y el 1,18% con 20 mg. Tras el envío de la nota por parte del Servicio de Farmacia y análisis de los resultados, el 39,37% de los pacientes habían sido revisados. Se detectó que el 60,63% ($n=616$) estaban aún sin revisar; al 14,57% ($n=148$) no se les había realizado ningún cambio de tratamiento,

justificando que la prescripción procedía de un facultativo especialista, que la dosis de 5 mg era insuficiente para ese paciente o que no presentaban problemas de seguridad; y en el 24,80% (n=252) de los pacientes se había aceptado la IF y se había modificado el tratamiento. De estos últimos pacientes, en el 67,46% se redujo la dosis a 5 mg de zolpidem (tal como se recomendó), al 39,37% se les suspendió el tratamiento con zolpidem, y al 3,17% se les cambió por otro medicamento.

Conclusiones

La aceptación de la IF fue moderada a corto plazo, sin embargo se consiguió una mejora de la seguridad en estos pacientes revisados reduciendo el riesgo de somnolencia con dosis de zolpidem de 10 mg/día o superiores. Se pretende continuar con la revisión durante un mayor tiempo de seguimiento a fin de mejorar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

488. INFLUENCIA DE DIFERENTES FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN LA POLIMEDICACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

SANTOS PÉREZ MI, FIERRO LORENZO I, MARTIN ARIAS L, GALLARDO LAVADO MDM, GUERRO DE PRADO M, SALGUEIRO VAZQUEZ E

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. CALLE DULZAINA, N2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Analizar el efecto que tienen diferentes factores sociodemográficos y clínicos en la polimedicación y desarrollar un modelo predictivo en pacientes ambulatorios mayores de 65 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes ambulatorios mayores de 65 años, citados en las consultas de especialidades. Se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia rural o urbano e institucionalización) y clínicas (número de prescriptores diferentes y número de diagnósticos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)). Se definió la polimedicación como el consumo de más de cinco fármacos, de forma continuada, durante los últimos tres meses. La comparación entre grupos (polimedicación sí/no) se realizó con el test de la Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y con el de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Para determinar los factores predictivos de polimedicación, se construyó un modelo multivariante de regresión logística. La validez interna del modelo se determinó usando técnicas de remuestreo "bootstrap" y la capacidad discriminadora, mediante el área bajo la curva (AUC ROC). Para todas las pruebas, el nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 225 pacientes (52% mujeres), con una edad mediana [RIC: rango intercuartílico] de 78,3 [71,4-83,3] años, que recibían una mediana de 5 [3-8] medicamentos. La prevalencia de polimedificados (> 5 medicamentos) fue del 46,7%, siendo los grupos terapéuticos de mayor consumo los del sistema cardiovascular (72,4%), sistema digestivo y metabolismo (60,4%) y sistema nervioso (54,2%), de la clasificación ATC - anatómica, terapéutica y química. Se encontró asociación entre la polimedicación y las siguientes variables: edad (mediana de 80,8 [75,9-86,3] años para pacientes polimedificados vs. 75,2 [69,3-81,4] años para los no-polimedificados), institucionalización (el 86,4% de los pacientes que vivían en una residencia estaban polimedificados vs. el 42,4% de los que vivían en casa), número de prescriptores diferentes (el 68,8% de los pacientes con ≥ 2 prescriptores vs. el 34,5% de los que tenían sólo uno) y número de diagnósticos CIE-9 (el 65,2% de los pacientes con ≥ 6 diagnósticos vs. el 17,2% de los que tenían menos). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo o al lugar de residencia rural o urbano.

Los resultados del análisis multivariado identificaron las mismas variables como factores de riesgo independientes para la polimedicación: edad avanzada (odds ratio (OR) 1,09; IC 95%: 1,04-1,14), vivir institucionalizado en una residencia (OR 7,29; IC 95%: 1,68-31,54), tener dos o más prescriptores (OR 3,06; IC 95%: 1,55-6,06) y seis o más diagnósticos diferentes (OR 6,97; IC 95%: 3,37-14,39). El AUC ROC fue de 0,85 (IC 95%: 0,80-0,90).

Conclusión

El modelo predictivo desarrollado en este estudio, que utiliza cuatro variables fáciles de conseguir, sirve para identificar precozmente a los ancianos con mayor riesgo de polimedicación, que requieren un seguimiento adicional.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

516. ESTUDIO DEL USO DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

NAVARRO DÁVILA MA, CALZADO GÓMEZ G, PLASENCIA GARCIA I, MESA EXPÓSITO R, VIÑA ROMERO MM, FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO J

HOSPITAL UNIV. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir y evaluar el uso de antidepresivos en pacientes mayores de 65 años en un hospital de tercer nivel. Grado de adecuación a las guías de Práctica clínica en el anciano y estudiar el perfil del médico prescriptor

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se recogieron todos los pacientes en tratamiento con Antidepresivos en un hospital de tercer nivel. Se realizó en abril de 2017. Se incluyeron a todos los pacientes mayores



de 65 años ingresados en un hospital de tercer nivel en tratamiento con antidepresivos. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica en Drago AE y Farmatools. Se examinaron las ficha técnicas de medicamentos prescritos, disponibles a través de la agencia española del medicamento, incidiendo en las recomendaciones de ajuste de dosis para pacientes ancianos. Se revisaron Guías de Práctica Clínica e informe de expertos en el tratamiento de la depresión en pacientes ancianos. Se compararon estas recomendaciones con los fármacos y dosis prescritas para cada paciente. También se revisaron las interacciones y se concilió la medicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron incluidos 104 en el estudio con una mediana de edad de (80± 7,9 años), 64,2% mujeres y 35,8% hombres. Un 40,2% de los pacientes reflejaron en su historia clínica electrónica un diagnóstico actualizado de depresión mientras que el restante 59,8% no presentaron diagnóstico de depresión. El grupo de antidepresivos más prescritos fue el de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (49,9%), seguido de antidepresivos Heterocíclicos (29,5%) e inhibidores selectivos de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina (ISRNS) (14,8%); los antidepresivos tricíclicos fueron los menos prescritos (5,2%). Un 85,5 % fueron tratados con un fármaco antidepresivo mientras que un 14,5% de los pacientes fueron tratados con 2 antidepresivos; la trazodona fue el fármaco más prescrito en 11 pacientes seguido de citalopram en 4 pacientes. De las 110 prescripciones, 81,82% contaron con una dosis adecuada para el paciente anciano. Mientras el restante 18,18% no fueron ajustados a la edad del paciente.

De acuerdo con los protocolos estudiados del uso de antidepresivos en el anciano 20,3 % no se ajustaban a las guías de fármacos antidepresivos en el anciano. Todos los fármacos ajustaron sus dosis a las recomendadas en ficha técnica excepto citalopram (en 9 pacientes) y escitalopram (en 3 pacientes). Los tratamientos fueron prescritos por 62 médicos de atención primaria (M.A.P.), 11 psiquiatras, 7 geriatras, 5 neurólogos y 3 médicos de otras especialidades.

La prescripción de antidepresivos en nuestro centro hospitalario se ajusta a las recomendaciones de la guía de práctica clínica. Existe un porcentaje de pacientes ancianos en los que no se adecua y sería importante incidir para evitar los posibles efectos adversos.

La mayoría de las prescripciones cuenta con una dosis adecuadas en el anciano, ajustándose a la ficha técnica de los medicamentos.

En un gran porcentaje de los pacientes, no aparece el diagnóstico de depresión en su historia clínica. Casi un 70 % de las prescripciones de antidepresivos son realizadas por M.A.P, teniendo estos profesionales un importante papel en la detección y tratamiento del paciente anciano.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

543. ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

AUTORES

GARCÍA QUINTANILLA L, ECHARRI ARRIETA E, MARTINEZ BAHAMONDE FJ, BLANCO DORADO S, BANDIN VILAR EJ, CASTRO BALADO A, LAMAS DIAZ MJ
XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPO. CHOUPANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Los antipsicóticos inyectables de larga duración son tratamientos de gran utilidad en la fase de mantenimiento de la enfermedad y como tratamiento ambulatorio, pero no siempre es fácil hacer un seguimiento correcto para detectar posibles efectos secundarios de estos fármacos. El objetivo consiste en evaluar si se siguen las recomendaciones sobre la monitorización de los posibles efectos secundarios que pueden provocar estos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión aleatoria de la historia clínica pacientes a tratamiento ambulatorio con antipsicóticos inyectables de larga duración y que acuden periódicamente a una Unidad de Salud Mental (USM). Se analizó el cumplimiento en el seguimiento y monitorización de los parámetros recomendados por la American Psychiatric Association (AMA) para la detección de efectos secundarios que incluyen peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial en cada visita, un análisis hematológico y bioquímico (que incluya función renal, función hepática, glucosa, perfil lipídico y función tiroidea) de forma anual o bianual.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron de forma aleatoriamente 35 pacientes: 9 tratamiento con aripiprazol, 7 a tratamiento con flufenazina, 5 a tratamiento con risperidona, 10 a tratamiento con paliperidona mensual y 4 a tratamiento con paliperidona trimestral. A todos los pacientes se les talló, pesó y midió la tensión arterial en cada visita que realizaron para la inyección del tratamiento. A ningún paciente se le midió el perímetro abdominal. 29 de los 35 pacientes (83%) realizaron al menos una analítica anual que incluía hemograma y bioquímica con parámetros de función renal y hepática, glucosa y perfil lipídico, pero solo 22 pacientes (63%) tenía un análisis de la función tiroidea registrada en los últimos dos años.

Dentro de estos pacientes, 6 estaban a tratamiento concomitante con un antiepiléptico como estabilizador de ánimo: 4 de ellos con valproico y 2 con litio. Sólo los pacientes con litio y uno de los pacientes con valproico tenía los niveles plasmáticos medidos periódicamente, los otros tres llevaban años sin un control.

Conclusiones: Se ha encontrado un alto grado de cumplimiento en la monitorización de los parámetros recomendados para la detección de efectos secundarios, excepto en el control del perímetro abdominal y de la función tiroidea. El mantenimiento de este tipo de buenas prácticas clínicas permitirá obtener una valoración más real de la seguridad de los tratamientos con inyectables de larga duración.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

552. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL INGRESO Y AL ALTA HOSPITALARIA

AUTORES

MONTERO HERNANDEZ AM, RODRIGUEZ LEGAZPI I, GARCIA VERDE MJ, RODRIGUEZ PENIN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVD, RESIDENCIA, S/Nº. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones farmacéuticas derivadas de la implantación de un programa de conciliación de la medicación (CM) al ingreso y al alta en una unidad de medicina interna, crónicos y neurología, en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo (enero-diciembre 2017). Se incluyeron pacientes ingresados en una unidad de medicina interna y neurología, y una planta de crónicos, que tuvieran al menos 65 años y más de cinco medicamentos como tratamiento domiciliario. El listado de medicación al ingreso se obtuvo tras entrevista al paciente/cuidador y revisión de la historia clínica electrónica (HCE). Dicho listado se incorporó en el episodio de hospitalización. En caso de encontrar alguna discrepancia se contactó con el médico responsable (electrónica u oralmente). Al alta se realizó de nuevo CM y se facilitó un plan de medicación actualizado (a los pacientes de medicina interna) que se adjuntó a la HCE.

Se consideró discrepancia cualquier diferencia entre la información obtenida por el farmacéutico y la registrada por el facultativo. Se excluyeron la medicación a demanda y los tratamientos para procesos agudos. Clasificación de discrepancias: comisión, diferente dosis/vía/frecuencia/forma farmacéutica, duplicidad, medicamento equivocado, omisión, prescripción incompleta, clarificación de la prescripción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 332 pacientes (52,7% mujeres, edad media 83,2 años). Hubo 54 pérdidas (33 éxitos, 21 traslados). La estancia media por paciente fue de 8,6 días. El principal motivo de ingreso fue disnea (39,8%), seguido de deterioro del estado general (10,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (76,8%), dislipemia (54,8%), insuficiencia cardíaca (46%), fibrilación auricular (38%), diabetes mellitus (34,3%).

El número medio de medicamentos por paciente al ingreso fue de 8,9 y al alta de 9.

Se realizaron un total de 489 intervenciones/recomendaciones farmacéuticas: 331 en el momento del ingreso y/o del alta (omisión: 30,2%; distinta dosis/vía/frecuencia/forma farmacéutica: 22,3%; comisión: 13,3%; prescripción incompleta: 10%; registros de alergia/intolerancia: 8,2%; clarificación de la prescripción: 6,6%; otras: 9,4%; con un grado de aceptación del 73,2%), y 158 intervenciones a nivel de la receta electrónica en el momento del alta [bloqueo de e-receta: 92,4%; visado de inspección de e-recetas: 3,2%; notas electrónicas para modificación de dosis/frecuencia/forma farmacéutica: 2,5%; generación de nuevas recetas: 1,9%]. En el momento del alta se entregó un plan de medicación personalizado al 79,4% de los pacientes de medicina interna.

Conclusiones

Tras realizar la CM se observa que el tratamiento farmacoterapéutico no siempre está actualizado.

Las intervenciones farmacéuticas que se realizaron con mayor frecuencia fueron las relativas a omisión de tratamientos, distinta dosis/vía/frecuencia/forma farmacéutica, y anulación de tratamientos previamente suspendidos.

La implicación del farmacéutico, colaborando en un equipo multidisciplinar, permite reducir el número de discrepancias, obteniendo un grado de aceptación de las intervenciones/recomendaciones farmacoterapéuticas del 73,2%.

Los programas de CM al ingreso y al alta permiten detectar y resolver discrepancias en el historial farmacoterapéutico de los pacientes, lo que ayuda a prevenir errores relacionados con la medicación en las diferentes transiciones asistenciales.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

554. ESTUDIO DE LA RELACIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 CON EL CONSUMO DE METFORMINA Y PROTECTORES GÁSTRICOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

JAVALOYES TOMO A, GARCIA CASES S, ANDUJAR MATEOS A, OJEA CARDENAS L, PASCUAL MARTINEZ M, ESPERT ROIG M, MINUESA SANCHEZ R, CANOVES ESCOLANO MA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

En distintos estudios epidemiológicos se ha detectado que el 10% de las personas mayores de 70 años presentan un déficit en los niveles de vitamina B12 y del 5 al 10% tienen niveles bajos de folatos. En personas ya desnutridas como pacientes institucionalizados en centros psiquiátricos o pacientes hospitalizados se han objetivado prevalencias de hasta el 60%. Entre los síntomas de esta deficiencia se encuentra la debilidad muscular, deterioro cognitivo, etc, los cuales son muy inespecíficos en este grupo de edad. En varios estudios se ha evidenciado una relación entre el déficit de vitamina B12 y el uso de metformina y protectores gástricos.

El objetivo de este estudio es averiguar la prevalencia de este déficit y la relación entre el uso de metformina y protectores gástricos en uno de nuestros centros sociosanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes y retrospectivo en un centro para personas mayores dependiente de un servicio de farmacia hospitalaria. Como variables explicativas hemos tomado: edad, sexo, niveles de vitamina B12 definiéndola como déficit valores menores de 197pg/L, tratamiento con B12, tratamiento con protección gástrica (omeprazol, lansoprazol, ranitidina), tratamiento con metformina y duración del tratamiento. Los resultados que buscamos son: frecuencias de

uso de protección gástrica, déficit de B12, odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% de: protección gástrica-déficit vitamina B12; protección gástrica-déficit vitamina B12 > 85 años; metformina-déficit vitamina B12. Se excluyeron los pacientes sin datos analíticos de vitamina B12.

También valoramos qué pacientes presentaban una prescripción justificada de protección gástrica para así poder detectar posibles casos de desprescripción. Se consideró prescripción justificada: historia de úlcera gástrica sangrante, esofagitis severa, protección gástrica asociada al uso de fármacos gastrolesivos en pacientes con elevado riesgo de sangrado (AINEs, corticosteroides, anticoagulantes, AAS, antiagregantes plaquetarios, ISRS).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 155 pacientes 55,5% de sexo femenino, con una media de edad de 84 años. El 49% está en tratamiento con protección gástrica y un 16% tenía déficit de B12.

El OR protección gástrica-déficit vitamina B12 fue de 0,9 con un IC 95%: 0,40-2,28 ($p=0,918$), por tanto no existe una relación estadísticamente significativa pero el OR protección gástrica-déficit vitamina B12 en pacientes > 85 años fue de 4,3 con un IC 95%: 1,4-13,4 ($p=0,008$) resultando una relación estadísticamente significativa.

Finalmente, al calcular el OR metformina-déficit de vitamina B12 obtuvimos un OR de 4,7 con un IC 95%: 1,8- 11,9 ($p=0,001$) resultando también una relación estadísticamente significativa.

El 42% de los pacientes tratados con protector gástrico eran casos potenciales de desprescripción, puesto que no presentaban los criterios citados anteriormente que justificaran su tratamiento.

En nuestros centros, existe una prevalencia de déficit de vitamina B12 del 16%. Hemos comprobado que existe una relación de déficit de vitamina B12 con tratamientos prolongados de protectores gástricos sobre todo en pacientes > 85 años y metformina.

El papel del farmacéutico es esencial en la detección y prevención del déficit de vit B12 secundario al uso inadecuado de fármacos como los protectores gástricos y metformina que permite desempeñar el proceso de desprescripción.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

577. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE OPIOIDES EN UN AREA DE SALUD

AUTORES

TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, GALINDO RUEDA MDM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la evolución del consumo de opioides en un Área de Salud (AS) de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado durante un periodo total de 10 años (2008-2017) en un AS, con una población de 258.537 habitantes en 2017. Se compararon los datos disponibles del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con los del AS para los subgrupos: N02AA (alcaloides naturales del opio), N02AB (derivados de la fenilpiperidina), N02AC (derivados de la difenilpropilamina), N02AE (derivados de la oripavina), y N02AX (otros opioides). Los datos reflejan el consumo de opioides dispensados con cargo a receta del Sistema Nacional de Salud. Se calcularon las Dosis Habitante Día (DHD) anuales totales ($DHD=DDD/1.000$ habitantes/día).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2008-2015 el consumo de opioides fue creciente tanto en el AS como en España, 3,9-14,81 DHD (incremento del 279,74%) y 7,25-13,31 DHD (incremento del 83,59%), respectivamente. Los datos de consumo global para el AS fueron similares, pero con una mediana de 1,5 DHD [rango 0,94-3,57] más que en España, por mayor consumo del subgrupo N02AA y N02AX. Si se analiza el consumo de estos dos subgrupos:

- N02AA: el mayor consumo se debe a oxycodona y codeína en combinación. Destaca el aumento de oxycodona en combinación, cuyo consumo representó el 71,20% del consumo del subgrupo en 2015 (2,77DHD), siendo la más consumida del subgrupo, frente el 25,28% de codeína en combinación (0,98 DHD). En España la oxycodona experimentó también este incremento pero de forma más discreta, representado el 32,58% de consumo del subgrupo en 2015 (0,43 DHD), siendo la codeína en combinación la más consumida (55,43%) (0,51 DHD). Durante 2016-2017 en el AS el consumo se redujo hasta 0,12DHD para oxycodona y 0,5 DHD para codeína en 2017, siendo ésta última la más consumida (69,32%).

- N02AX: el subgrupo más utilizado, aumentando de 1,67 en 2008 a 8,37 DHD en 2015, representando un 56,52% del consumo total de opioides en ese mismo año, aunque con un porcentaje inferior al de España (65,66%). La diferencia de consumo respecto a España se debió a tramadol en combinación, con una mediana de 2,12 DHD más [rango 0,31-4,18], y representó el 68,82% (5,76DHD) del consumo en 2015 para el subgrupo. En 2017 en el AS destaca el descenso brusco hasta 3,88 DHD, por disminución del consumo de tramadol en combinación hasta 1,18 DHD, siendo tramadol como monocomponente el más consumido (1,95DHD).

Por principios activos, los más utilizados fueron tramadol solo o en combinación (59,08%), fentanilo (12,35%) y a diferencia de España, oxycodona en combinación (18,70%), cuyo lugar lo ocupa buprenorfina.

Conclusiones

El consumo de opioides en el AS fue similar al nacional durante 2008-2015, excepto para las combinaciones de oxycodona y tramadol, más prescritas en el AS. En 2017 en el AS el consumo de tramadol en combinación se redujo significativamente, sin embargo se mantuvo para oxycodona. Sería conveniente analizar las causas del elevado consumo de oxycodona en combinación con el fin de mejorar su prescripción.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

658. MEJORA EN LA ATENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES: RECOMENDACIONES SOBRE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

AUTORES

ORO FERNÁNDEZ M, VALENCIA SOTO CM, GUTIERREZ REVILLA JI, PEREZ HERNANDEZ F
UNIDAD DE CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES / DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. AV
HERRERA ORIA S/N, 39011 SANTANDER, CANTABRIA. CANTABRIA

OBJETIVOS

Elaborar e implementar un Plan de Recomendaciones sobre la correcta administración de fármacos en la población que reside en centros sociales residenciales (CSR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo realizado por un equipo de farmacéuticos del servicio de salud en 10 CSR.

Los datos se recogieron a través de la base poblacional en Febrero-Abril 2018.

Se realizó una revisión sistemática, utilizando los sistemas corporativos de información. Se revisó la medicación prescrita (receta electrónica (RE) y prescripción hospitalaria), y la historia clínica digital: consultas atención primaria y especializada, visitas a urgencias, informes de alta y analíticas.

Posteriormente se seleccionó al subgrupo diana de pacientes que requerían algún tipo de consejo sobre correcta administración de fármacos: residentes portadores de sondas de alimentación (SA), con suplementación nutricional (SN) y/o que requirieran consejos de adecuada separación de tomas para evitar potenciales interacciones entre fármacos.

Para realizar estas recomendaciones se utilizó la "Guía de Administración de Medicamentos por Sondas de Alimentación Enteral" del Hospital Clínico San Carlos, así como lo indicado al respecto en las fichas técnicas de los medicamentos prescritos. Los consejos sobre separación de tomas se revisaron mediante la aplicación de interacciones Lexicomp®.

Tras el análisis, se remitió el Plan de Recomendaciones individualizado al médico de atención primaria titular del residente.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, principios activos en RE, número y tipo de consejo sobre correcta administración de fármacos: recomendaciones sobre separación de tomas, consejos en paciente con SA y en pacientes con SN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El total de residentes en los 10 centros fue de 420 pacientes, con una edad media de 84,5 años (70,1% mujeres) y una mediana de 7 medicamentos en RE (rango 0-22).

El 9,3% (n=39) de los residentes cumplía al menos un criterio de selección. La edad media fue 84,7 años \pm 9,2; con 79,4% (n=31) de mujeres y una mediana de 10 medicamentos (rango 3-21). Se estableció al menos un consejo en 30 de los 39 residentes (77%), con un total de 59 recomendaciones (1,5/residente).

Respecto al tipo, se realizaron 26 consejos en 24 residente (1,1/residente) sobre la compatibilidad y adecuada separación de tomas en pacientes con SN, 22 consejos en 4 pacientes (5,5/paciente) sobre la compatibilidad y adecuada trituración y administración de fármacos en pacientes con SA y 11 consejos en 11 pacientes (1/paciente) sobre la separación de tomas para evitar interacciones fármaco-fármaco.

Los residentes seleccionados para el análisis presentaban una tasa de polimedicación mayor que la población general de CSR, con edad y proporción de sexos similares.

Se realizaron intervenciones farmacoterapéuticas en un porcentaje elevado de residentes. El tipo de consejo más prevalente fue sobre administración de medicamentos en pacientes con SN. Los pacientes con SA recibieron el mayor número de recomendaciones por paciente.

Por ello, se decide diseñar un Plan de Recomendaciones estandarizado sobre correcta administración de fármacos para su extensión al resto de centros.

Este análisis ratifica la necesidad del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria, así como la oportunidad de mejora que ofrece la coordinación entre profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

672. CONCILIACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: FIGURA DEL FARMACÉUTICO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

ROMERO VENTOSA EY, CASANOVA MARTINEZ C, LÓPEZ-GIL OTERO MDM, GARCIA BELOSO N, GONZÁLEZ COSTAS S,
GAYOSO REY M, PARADELA CARREIRO A, PIÑEIRO CORRALES G
HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Describir y cuantificar las intervenciones realizadas por un farmacéutico hospitalario al ingreso de pacientes en un centro sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico y prospectivo que incluyó a los pacientes que ingresaron en un CSS de 251 camas y con 3 modalidades de atención (ancianos, centro terapéutico-ocupacional y gravemente afectados). Pertenece a uno de los 13 CSS con convenio de una Estructura Organizativa de Gestión Integrada con un área sanitaria de más de 500.000 habitantes y dos centros hospitalarios. El estudio se realizó por el farmacéutico responsable desde la firma del convenio (noviembre 2016) y durante un año.

Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica. Se registró: fecha nacimiento, sexo, si el paciente tenía insuficiencia renal (IR), alergias, número de fármacos prescritos, interacciones en el tratamiento (clasificadas como grave según Micromedex®), fármacos monitorizables farmacocinéticamente, y recomendaciones de farmacovigilancia y seguridad de la AEMPS de los medicamentos prescritos. También se registraron los PRMs detectados al hacer la conciliación y clasificación de los mismos según el tercer Consenso de Granada, además del grupo terapéutico del fármaco implicado según la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC). Se registraron las adaptaciones a la guía farmacoterapéutica del hospital y el grupo farmacológico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 101 ingresos en el CSS (37 hombres, edad media 76,7 años). El 30,7% tenía IR y en un 48% no figuraba la existencia de alergias en la orden médica de ingreso. La media del número de fármacos prescritos fue de 9,8 medicamentos/paciente y se encontraron interacciones en el 53,5% de los mismos. Un 95% de los pacientes no tenían prescrito ningún fármaco para el que fuera necesaria una farmacovigilancia adicional, pero el 17% de los pacientes tenían fármacos subsidiarios de monitorización (7% antiepilépticos, 4% digoxina, 2% inmunosupresores, 2% litio, etc). Un 22% de los pacientes tenían algún fármaco con recomendación de seguridad de la AEMPS, siendo citalopram/escitalopram (10%) y domperidona/metoclopramida (4%), los mayoritarios. El problema de salud insuficientemente tratado (40%), la dosis/pauta/duración no adecuada (20%), y errores en la prescripción (13%) fueron los PRM mayoritarios. Dichos fármacos, pertenecen fundamentalmente a los grupos del tracto alimentario y metabolismo (Grupo A; 25%), sistema nervioso central (Grupo N; 16%) y sistema cardiovascular (Grupo C; 16%). Se realizaron adaptaciones a guía en el 64,4% de los ingresos, una media de 2,1/paciente e implicando fundamentalmente a los fármacos de los grupos A (29%), C (25%) y N (21%).

Conclusiones

Las numerosas actividades farmacéuticas descritas y cuantificadas, resaltan la importancia de la conciliación entre niveles asistenciales y de la presencia de un farmacéutico en CSS. Entre las intervenciones realizadas destacaron la detección del problema de salud insuficientemente tratado, la detección de interacciones y la presencia de fármacos a monitorizar. El grupo de medicamentos en el que más PRMs se detectó fue el grupo A. Las recomendaciones de seguridad son mayoritarias a las de farmacovigilancia en un CSS.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

695. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO CANAL DE DIFUSIÓN DEL FARMACÉUTICO

AUTORES

MARTI NAVARRO M, PASCUAL ARCE B, PÉREZ NAVARRO MC, MURO PEREA N, SEGUÍ SOLANES C, CARRERES PRIETO M

HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA. VIA AUGUSTA 9-13. BARCELONA

OBJETIVOS

Difundir conocimientos sanitarios a la población general a través de los medios de comunicación.
Dar a conocer la figura del farmacéutico de hospital como agente de salud.

DISEÑO

Proyecto transversal de educación sanitaria a la ciudadanía.

CIRCUITO Y ETAPAS

El proyecto surge de la evidencia de una falta de información sobre patologías y tratamientos de alta prevalencia en la población, detectada por el equipo asistencial de atención primaria de una Organización Sanitaria Integral (OSI). Además, los pacientes se muestran reacios a las adecuaciones de tratamiento para optimizar las prescripciones, especialmente cuando éstas comportan desprescripción de medicación crónica y piden ayuda para la comprensión de los cambios realizados.

Para paliar este déficit de información desde el Servicio de Farmacia valoramos la posibilidad de una acción individualizada frente a una intervención global. Dado que nuestra población de referencia es de 429.500 habitantes, priorizamos los canales de información con mayor difusión. Seleccionamos radio, televisión y sesiones presenciales de educación sanitaria a la ciudadanía.

De entre las patologías más prevalentes decidimos priorizar aquellas que despertaran mayor interés y los tratamientos que pudiesen generar mayor controversia: depresión, insomnio, protección gástrica, plantas medicinales, antiinflamatorios, hipercolesterolemia y antibióticos.

Se programaron intervenciones periódicas de una farmacéutica en la radio y la televisión locales. El Servicio de Farmacia de la OSI participó en las sesiones de educación sanitaria promovidas por el ayuntamiento en el marco del proyecto "Ciudad Saludable".

IMPLANTACIÓN

En marzo de 2017 se iniciaron intervenciones de 20 minutos en dos radios locales y una intervención previa en la televisión local. El formato era tipo entrevista con un tiempo dedicado a resolver consultas de los oyentes vía telefónica y vía redes sociales. El objetivo de las intervenciones iba dirigido a fomentar el buen uso del medicamento.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se realizaron un total de 7 entrevistas radiofónicas, 1 intervención televisiva y 3 charlas a la ciudadanía. El contenido y el título de las intervenciones fue el siguiente: uso racional de los antibióticos ("Antibióticos, solo cuando haga falta"), hiperdiagnóstico e hipertartratamiento de la depresión ("Medicalizando las emociones"), sobreutilización de benzodiazepinas ("Más ovejitas y menos benzos"), efectos adversos de los AINES ("Los antiinflamatorios no son



inocuos”), automedicación y prescripción inadecuada con IBPs (“Cuando es necesaria la protección gástrica?”), balance beneficio/riesgo del uso de estatinas (“Una vida saludable mejora tu colesterol”) y plantas medicinales (“Las propiedades del te verde” y “Terapias con plantas medicinales”).

Tanto las charlas radiofónicas como las sesiones presenciales tuvieron una gran participación por parte de los oyentes y asistentes.

Las limitaciones que presentó el proyecto fueron: la dificultad de los medios de comunicación para que dediquen espacios de información sanitaria en su programación, el tiempo reducido en los medios de comunicación que no permite profundizar en los temas y el riesgo de que las preguntas a demanda de los oyentes puedan no representar el interés general.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La aplicabilidad del proyecto se centra en la capacidad de transmitir la importancia de la educación sanitaria por parte del farmacéutico, tanto a los responsables de las organizaciones sanitarias como a los medios de comunicación y no está condicionada a recursos económicos ni tecnológicos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

703. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES FRÁGILES PORTADORES DE SONDA NASOGÁSTRICA O DISFAGIA

AUTORES

MORENO VILLAR A, LÓPEZ LÓPEZ MP, RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN T, LÓPEZ ESCOZ R, NACLE LÓPEZ I
HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ. CTRA. DE LINARES, KM 1. JAÉN

OBJETIVOS

Se define paciente frágil como aquel inmovilizado y/o residente en instituciones sanitarias y/o en situación terminal. Este colectivo de pacientes es hiperfrecuentador en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH). Además de generar un importante gasto, no sólo en medicamentos, suelen presentar alteraciones funcionales del aparato digestivo relacionadas frecuentemente con algunas enfermedades neurológicas y con el envejecimiento, presentando disfagia o siendo portador de sonda nasogástrica (SNG).

OBJETIVO

Evaluar el programa de atención farmacéutica al paciente frágil con disfagia o portador de SNG al ingreso, alta o en seguimiento (consultas externas, centros sociosanitarios, atención domiciliaria, etc) en el Área de influencia de un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de Junio/2014 a Diciembre/2017. Secuencia de actividades: los médicos del hospital o enfermeros de enlace seleccionan los pacientes que necesitan intervención farmacéutica para garantizar el uso correcto y seguro de los medicamentos orales por SNG o disfagia, su compatibilidad con nutriciones y estabilidad de disoluciones o dispersiones. En la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia se recibe la solicitud bien en papel, correo electrónico o vía telefónica según la urgencia de la misma. Se emite un informe con las recomendaciones, sustituciones o suspensiones de tratamientos al paciente. Variables recogidas: edad, nº medicamentos/paciente, grupo terapéutico (GT) según clasificación ATC y principios activos (PA) con recomendación emitida, grado de aceptación. Fuentes de información: historia clínica electrónica (DIRAYA®), programa de prescripción electrónica (APD-ATHOS-PRISMA®), manuales especializados sobre el tema, fichas técnicas y consultas al laboratorio fabricante. Para cada medicamento o principio activo se comprobó si existían presentaciones más recomendables, manipulación de cápsulas, comprimidos, ampollas parenterales para uso oral, compatibilidad con alimentos/nutriciones enterales, así como la manipulación en caso de ser medicamentos peligrosos. Los datos se analizan mediante el programa SPSS v.20.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han recibido 315 solicitudes (95,7% procedentes de médicos), de las cuales el 62% presentan disfagia. La edad media de los pacientes 81,65(±8,97) años. La media de medicamentos prescritos por paciente es de 8 (2-19). El 90% (2228/2459) han necesitado recomendaciones específicas (media de 7 medicamentos/paciente). Los GT más intervenidos son sistema nervioso (N) 30,1% (198), cardiovascular (C) 24,2% (159) y aparato digestivo y metabolismo (A) 17,5% (115). Sólo 24 PA representan el 50,4% del total, siendo los más frecuentes: omeprazol 6,06 % (149), ácido acetilsalicílico 5% (125), furosemida 4% (94), paracetamol 3,7% (90) y lorazepam 2,6% (65). Se aceptaron el 100% de las recomendaciones. De forma paralela, se ha creado una base de datos recogiendo información de PA y/o medicamentos que carecían de información al respecto y tras realizar una búsqueda exhaustiva se dispone de datos para agilizar posteriores consultas. En la actualidad consta de 31 registros entre medicamentos y PA.

Conclusiones

Este programa asegura un flujo de información constante entre AP/AH que permite prevenir problemas y garantizar una correcta administración de medicamentos. Se suministra información relevante para pacientes y cuidadores en el uso seguro de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**704. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTE CRÓNICO GERIÁTRICO POLIMEDICADO****AUTORES**

LIÑANA GRANELL C, MERCADAL ORFILA G, ROMERO DEL BARCO R, BLASCO MASCARÓ I
HOSPITAL GENERAL MATEU ORFILA. AVDA RONDA MALBUGER N 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS**OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia del uso de fármacos susceptibles de ser desprescritos en pacientes geriátricos polimedicados, identificar el tipo de intervenciones más frecuente y los grupos farmacológicos más implicados en las intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS**MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de 6 meses de duración. Se incluyeron pacientes crónicos complejos remitidos por el equipo de cronicidad de atención primaria y por el plan individual de atención interdisciplinar de los centros sociosanitarios.

Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años, pluripatológicos y con más de 8 medicamentos prescritos.

Se revisaron las historias clínicas, recogiendo variables demográficas, bioquímicas, número de medicamentos crónicos y polifarmacia.

Para identificar las prescripciones inapropiadas se emplearon los criterios STOPP/START, interacciones medicamentosas, alertas de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), ajustes de dosis y duplicidades.

Se realizó una evaluación integral del tratamiento crónico de cada paciente con la finalidad de detectar Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), con el objetivo de emitir una recomendación al equipo médico responsable del paciente.

Para dicha tarea nos apoyamos en las recomendaciones facilitadas por el programa CheckTheMeds®, informando de los PRM y RNM detectados y las acciones a realizar para solucionarlos

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 54 pacientes con una edad media de $82,8 \pm 8,2$ años, $13,2 \pm 3,9$ fármacos de media por paciente.

El 63% eran mujeres. El 70% vivían en residencias sociosanitarias.

De acuerdo a los criterios STOPP, el 94,6% de los pacientes tenían presente al menos un fármaco inapropiado.

Se revisaron 741 tratamientos.

Las recomendaciones más frecuentes implicaban: valorar cambio de medicamento debido a interacción (28%) o duplicidad terapéutica (3%), adecuación de dosis (5%) y vigilancia debido a alerta farmacológica emitida por la AEMPS (4%). Dentro de las interacciones destacaron las producidas por fármacos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) (39%), las que ocasionan un mayor riesgo de elevación del intervalo QT del electrocardiograma (13%) y las que producen un aumento del riesgo de hemorragias (8%).

En cuanto a los grupos terapéuticos más implicados en las intervenciones, destacan los antipsicóticos (19%), ansiolíticos (17%), antiulcerosos (8%), y antihipertensivos (5%).

Conclusiones

El apoyo a los médicos en la revisión de tratamientos farmacológicos, permite optimizar la farmacoterapia de las personas polimedicadas, aportando gran valor en la desprescripción y en la modificación de tratamientos para mejorar la seguridad.

Las intervenciones más frecuentes incluyen detección de interacciones medicamentosas que conllevan efectos cardiovasculares y del SNC.

Los grupos farmacológicos en los que se llevaron a cabo más intervenciones fueron ansiolíticos y antipsicóticos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**719. EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO ASOCIADO A UN HOSPITAL GENERAL****AUTORES**

ALONSO FITO L, VIDAL IGLESIAS M, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, DE CÁCERES VELÁSICO C, LÁZARO CEBAS J
COMPLEJO HOSPITALARIO DE SEGOVIA. MIGUEL SERVET S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluación de la prescripción en un centro sociosanitario asociado a un hospital general

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional transversal basado en los criterios de Beers y STOPP/START en el que se analizó la historia farmacoterapéutica de 143 pacientes de los 242 residentes en el centro sociosanitario asociado al hospital.

Para ello se empleó una base de datos de Excel®, el sistema informático de farmacia, las órdenes médicas originales, el programa estadístico Stata v.14 y el programa de asistencia a la validación farmacéutica disponible en hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes fue de 87 años siendo un 62% mujeres y un 38% hombres. Se valoraron un total de 1487 prescripciones médicas.

Al analizar las interacciones se vio que las consideradas moderadas y severas pertenecían a los siguientes grupos: Inhibidores de bomba de protones (IBPs) (12.9%), benzodiazepinas (BZDs) (9.7%) e hipoglucemiantes orales (9.7%) y



otros grupos con frecuencia inferior al 5% como los antihistamínicos orales, estatinas, heparinas de bajo peso molecular, laxantes sales de calcio y sales de hierro.

Desglosando los criterios STOPP/START se encontraron 176 criterios STOPP que afectaban a 440 prescripciones. Su distribución fue: laxantes (40.5%), IBPs de larga duración (15.5%), combinaciones de depresores del sistema nervioso central (14.4%), combinaciones de BZDs larga vida media (10.9%), dosis elevada de AAS (9.1%). Otros grupos con menor frecuencia fueron AINEs y procinéticos. Se localizaron 12 criterios START, todos ellos debido a omisión del fármaco durante el ingreso en la residencia o en la actualización de las órdenes.

Con respecto a los criterios de BEERs 2015 se registraron 90 prescripciones en el grupo de “evitar en ancianos”, en su mayoría debidas a combinaciones de depresores del SNC o uso de IBPs en pacientes sin riesgo.

Conclusiones: Por sus características, los eventos adversos a medicamentos son más frecuentes en los ancianos que en otras poblaciones y este riesgo es especialmente elevado en pacientes institucionalizados. A pesar de que el número de criterios STOPP encontrados se encuentra dentro de los rangos publicados en la literatura revisada, consideramos que son un indicador del amplio margen de mejora del que dispone la residencia. La revisión de las prescripciones por parte de farmacéutico especialista en centros sociosanitarios es un valor añadido que permite facilitar la labor de la valoración integral de la farmacoterapia a los médicos de estos centros.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

725. CANCELACIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DEBIDAS A UN MANEJO INADECUADO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA

AUTORES

ORTEGA NAVARRO C, DE LORENZO PINTO A, RIBED SÁNCHEZ A, GIMÉNEZ MANZORRO Á, DE MIGUEL GUIJARRO Á, GINEL FEITO MD, PEREIRA GONZÁLEZ M, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO, 45. MADRID

OBJETIVOS

Un manejo inadecuado de la medicación crónica (MiM) pone en riesgo la seguridad de los pacientes y es, además, causante de cancelaciones innecesarias de intervenciones quirúrgicas (IQs).

El objetivo del estudio fue calcular el porcentaje de cancelaciones de IQs programadas debido a un MiM y analizar los motivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional, retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se incluyeron todas las IQs programadas de pacientes adultos desde julio a octubre de 2017. Las fuentes de información revisadas fueron la historia clínica electrónica del hospital y el visor de atención primaria. El registro se realizó en una base de datos Excel® y el análisis descriptivo se representó mediante el número de casos (porcentaje) y la mediana (rango intercuartil).

La variable principal del estudio fue el porcentaje de IQs canceladas por un MiM. Para ello, se consultó el número de cirugías programadas y canceladas y el motivo de cancelación en la historia clínica electrónica. Las cancelaciones debidas a un MiM se codifican con el motivo general “mala preparación del paciente”. Se diferenciaron dos tipos de cancelaciones: (i) anulación (existe tiempo suficiente de programar a otro paciente), (ii) suspensión (cancelación el mismo día de la cirugía sin posibilidad de programar a otro paciente). Otras variables estudiadas fueron: las características demográficas de los pacientes afectados, el tiempo transcurrido entre la consulta de preanestesia y la cirugía, el fármaco implicado y el motivo de MiM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se programaron 5415 IQs y 793 (14,6%), fueron canceladas (90,7% anulaciones y 9,3% suspensiones). El motivo más frecuente de cancelación fue la aparición de una avería técnica (37,8%) seguida del rechazo del paciente a ser operado (23,5%). El motivo “mala preparación del paciente” supuso un 5,3% de las cancelaciones (42 casos) y 19 estuvieron relacionados con un MiM (2,4% del total de cancelaciones; la mayoría fueron suspensiones (52,6%)).

Los 19 pacientes afectados, en su mayoría hombres (73,7%), tenían una mediana de edad de 76 años (RIC 68-81).

La mediana de tiempo entre la consulta de preanestesia y la cirugía fue 28 días (RIC 14-75). Los fármacos implicados fueron acenocumarol (6), enoxaparina (4), clopidogrel (4), anticoagulantes de acción directa (2), ácido acetilsalicílico (1), tocilizumab (1) y leflunomida (1). Los motivos de un MiM fueron una mala comprensión del paciente en cuanto a las recomendaciones indicadas por el anestesista (15) y la falta de una consulta de anestesia previa a la cirugía (4).

Conclusiones

El porcentaje de cancelaciones de IQs debidas a un MiM (2,4%) es inferior al de otros motivos de cancelación, pero resulta significativo si se tiene en cuenta el volumen anual de IQs en el hospital. Este motivo de cancelación es sencillo de evitar si se proporciona una información farmacoterapéutica adecuada y en el momento preciso, especialmente en pacientes anticoagulados y/o antiagregados. A raíz de estos resultados, se puso en marcha una consulta de atención farmacéutica al paciente prequirúrgico con el objetivo de reducir este porcentaje.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**733. LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE, UN PUNTO CLAVE PARA DETECTAR Y RESOLVER LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA.****AUTORES**

CARABIAS ANÉ L, MARTIN VAL A, VILARÓ JAUQUES L, SALA PIÑOL F, VILARIÑO SEIJAS A, SILES BAENA A, BONAFONT PUJOL X
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. CTRA DEL CANYET S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Cuantificar y analizar los errores de medicación debidos a la transcripción directa de la prescripción de atención primaria a la prescripción hospitalaria en el ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel durante los meses de febrero a abril de 2018. El farmacéutico realizó la conciliación de la medicación a pacientes crónicos complejos ingresados en unidades médicas y quirúrgicas, verificando su medicación habitual mediante la entrevista con el paciente y/o cuidador. Se consideró error de medicación (EM) aquella discrepancia no justificada entre la medicación habitual y la medicación prescrita en el ingreso hospitalario que tras ser comunicada al médico fue corregida y se clasificó en omisión, comisión, diferente dosis y diferente frecuencia según la definición establecida en la Guía de Implantación de Programas de Conciliación de la Medicación en Centros Sanitarios. Se identificaron aquellos EM producidos al no verificar la medicación habitual con el paciente y se categorizaron en función de la gravedad de las consecuencias basándose en el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Todos los EM se catalogaron según el grupo terapéutico establecido por el sistema de clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC) y se identificaron los medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos definidos por el Institute for Safe Medication Practices. Se analizaron los datos con STATA14®. Para las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar, para las cualitativas los porcentajes y los intervalos de confianza como medida de magnitud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó la conciliación de la medicación a 370 pacientes ingresados en unidades médicas y quirúrgicas, de los cuales 70 (18,9%; IC95%: 15,3 a 23,2) se incluyeron en el estudio por presentar errores de medicación debidos a la transcripción directa del plan terapéutico de atención primaria a la prescripción hospitalaria. De los 70 pacientes incluidos en el estudio el 52,9% fueron mujeres y la edad media fue de 73,5 ± 13,9 años. Se hallaron un total de 104 EM como consecuencia de no verificar la medicación habitual con el paciente, lo que supone 1,5 EM (IC95%: 1,3 a 1,7) por paciente. La distribución resultante de los tipos de EM fue: comisión 29,8%, omisión 26,9%, diferente frecuencia 22,1% y diferente dosis 21,2%. El 59,6% de los EM no llegaron al paciente (tipo B) y un 40,4% llegaron al paciente pero no le causaron ningún daño (tipo C). No se registraron errores de mayor gravedad durante el estudio. Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron la terapia del sistema nervioso (33,7%), sistema cardiovascular (23,1%) y sangre y órganos hematopoyéticos (10,6%). El 32,7% (IC95%: 24,4 a 42,2) de los medicamentos implicados en los EM fueron medicación de alto riesgo.

Este estudio confirma la importancia de la verificación de la medicación crónica para realizar una adecuada y correcta conciliación terapéutica en el ingreso hospitalario puesto que alrededor del 20% de los pacientes incluidos en el programa de conciliación terapéutica presentan errores de medicación debidos a la transcripción directa de la prescripción de atención primaria a la prescripción hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**742. TRATAMIENTO DE INFECCIONES COMPLEJAS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS E INGRESOS HOSPITALARIOS EVITADOS****AUTORES**

CANTUDO CUENCA MR, MUÑOZ CEJUDO BM, MORA MORA MA, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ G, CANTAL SÁNCHEZ MT
HOSPITAL SAN AGUSTÍN (ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Las enfermedades infecciosas representan un grave problema de salud en centros sociosanitarios (CSS) por su alta mortalidad y número de hospitalizaciones que originan. Los objetivos son analizar la utilización de antiinfecciosos intravenosos (AI) en CSS con prestación farmacéutica desde un servicio de farmacia hospitalario (SFH) y estimar el coste hospitalario asociado a los episodios de ingreso evitados por su administración en éstos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron los residentes con prescripción de AI de marzo-2017 a abril-2018 en los CSS vinculados a un SFH.

Los datos registrados fueron: demográficos, microbiológicos, tipo de antibiótico, dosis, posología, duración y diagnóstico. La selección del tratamiento fue consensuada por el médico del CSS y el farmacéutico del SFH responsable de la atención farmacéutica a dichos centros, consultando al internista del hospital en caso necesario. Los datos se obtuvieron a través del programa de prescripción electrónica APD ATHOS-Prisma®, la historia clínica electrónica (Diraya®) y en papel y la aplicación de laboratorio Gipi.

Para la estimación del ahorro económico que supone el tratamiento del proceso infeccioso en el CSS en lugar del hospital se calculó el número de episodios infecciosos susceptibles de hospitalización y la duración del tratamiento con AI de los mismos y se tuvo en cuenta el coste por día de estancia hospitalaria en medicina interna (BOJA: Orden de 8 de noviembre de 2016) (325,01 €). Se consideró como ingreso potencial aquel episodio en el que el paciente requiriese tratamiento AI, criterio incluido en el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) de la estancia hospitalaria.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio se administraron AI a 41 residentes, siendo el 60,9% mujeres con una edad media de 85,8±8,9 años.

Se prescribieron 85 AI siendo el más frecuente levofloxacino (32,9%), seguido de ceftazidima (16,5%), cefalosporinas de 3ª generación no anti-pseudomónicas (14,1%) y amoxicilina/clavulánico (8,2%). El 63,5% de los AI se iniciaron de forma empírica tras consenso; el resto después de la revisión del antibiograma correspondiente. La duración media de tratamiento fue de 7,1±2,8 días.

Se contabilizaron 59 episodios susceptibles de ingreso resuelto en los CSS con una mediana de duración 7 días (IQR: 5-10). Los diagnósticos fueron: infección respiratoria (65%), infección del tracto urinario (16,6%), úlceras por presión infectadas (16,6%) y otitis (1,7%). El 50,8% de los episodios se resolvieron tras un ciclo de tratamiento, el 10,2% necesitaron cambio de la antibioterapia pautada y el resto fueron éxitos.

Teniendo en cuenta que el número total de días de los episodios fue 572, la estimación del coste hospitalario evitado al Sistema Andaluz de Salud ha sido de 185.905,7 €.

Conclusiones

Más de la mitad de los AI se inician de forma empírica. Dos tercios de los diagnósticos corresponden a infecciones respiratorias. Aunque un alto porcentaje de los episodios se resuelven, existe un importante número de éxitos. La integración del farmacéutico hospitalario en CSS favorece la comunicación entre niveles sanitarios y permite la administración efectiva y segura de AI en los propios centros, evitando las posibles complicaciones de la hospitalización y optimizando los recursos sanitarios.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

764. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN HOSPITAL DE NEUROREHABILITACIÓN

AUTORES

FIERRO BANZO J, MERINO MÉNDEZ R, PÉREZ MIRAS AM
INSTITUT GUTTMANN. HOSPITAL DE NEUROREHABILITACIÓ.. CAMÍ DE CAN RUTI S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluación del programa de conciliación de la medicación al alta hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo llevado a cabo en un hospital de neurorehabilitación de 120 camas con una estancia media por paciente de 50 días. En julio del 2017, se puso en marcha un programa de conciliación de la medicación al alta hospitalaria. Actualmente, 4 médicos (de un total de 15), participan en este proyecto. El programa de historia clínica electrónica del centro emite una interconsulta automática a farmacia una semana antes del alta programada que tiene el paciente. La farmacéutica compara tres listas de medicación: la que consta en las órdenes médicas activas antes del alta, la medicación crónica al ingreso (revisada en el proceso de conciliación de medicación al ingreso) y la del informe de alta, para obtener la lista definitiva de medicación conciliada al alta hospitalaria. Posteriormente, informa de las discrepancias encontradas al médico prescriptor, el cual contesta la interconsulta mediante un campo tipo texto confirmando si se trata de discrepancias intencionadas o no intencionadas y haciendo los cambios de medicación oportunos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio (de julio de 2017 a abril de 2018), hubo 712 altas. Farmacia recibió 120 interconsultas. De éstas, se analizaron 110 (15,4% del total de altas). Hubo 10 interconsultas de las que no se pudo hacer la conciliación. Los motivos fueron: ausencia de medicación al alta, traslados a otros centros hospitalarios y altas no previstas. Se concilió la medicación al alta de 109 pacientes (de uno de ellos se recibieron dos interconsultas porque el paciente ingresó en dos ocasiones). El 64,2% fueron hombres y la media de edad fue de 48 años. Se revisaron 850 medicamentos. La media de fármacos por paciente fue de 7,7. Se detectaron 84 (9,8%) discrepancias: 56 (6,5%) de las cuales fueron no intencionadas (errores de conciliación) y 28 (3,3%) intencionadas. El 37,5% (n=21) de los errores de conciliación detectados fueron por omisión, el 28,6% (n=16) por diferente frecuencia de administración de un medicamento, el 26,8% (n=15) por diferente dosis de un medicamento, el 5,4% (n=3) por comisión y el 1,8% (n=1) por duplicidad terapéutica. Teniendo en cuenta estos datos, se puede afirmar que se detectaron 1,02 errores de conciliación por cada 2 pacientes.

Conclusiones

Esta iniciativa ha supuesto una mejora de la farmacoterapia porque ha evitado la perpetuación de los errores de conciliación después del alta hospitalaria. La implantación de este programa al resto de los médicos prescriptores permitirá garantizar la seguridad de los tratamientos farmacoterapéuticos de todos los pacientes que sean dados de alta de nuestro hospital. Además, se pretende en un futuro parametrizar el sistema de respuesta del médico para agilizar el proceso y facilitar el análisis posterior de los datos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

768. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

AUTORES

MARTÍN CERZUELA M, FERNÁNDEZ MEGÍA MJ, PÉREZ HUERTAS P, FONT NOGUERA I, BORRÁS ALMENAR C, ALBERT MARI A, LUNA REINA R, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. BULEVAR SUR, S/N. VALENCIA



OBJETIVOS

Evaluar la comprensión y los conocimientos adquiridos de los pacientes incluidos un Programa de Atención Farmacéutica al Paciente Trasplantado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional y prospectivo de pacientes con trasplante de órgano sólido en un hospital terciario entre enero/2017-abril/2018.

Ámbito: Paciente trasplantado hospitalizado.

Herramientas: Se diseñó un cuestionario de 7 preguntas de opción múltiple con cuatro respuestas posibles, para evaluar el grado de comprensión del paciente trasplantado sobre la información oral y escrita proporcionada por el farmacéutico dentro del Programa de Atención Farmacéutica. En el formulario se recogió edad, sexo, tipo y fecha del trasplante.

VARIABLES: el nivel de conocimiento y comprensión se evaluó mediante los ítems: medicamentos inmunosupresores, cómo y cuándo tomarlos, análisis farmacocinético y gestión de la medicación al alta.

Procedimiento: El cuestionario se entregó a los pacientes durante la primera visita formativa del farmacéutico donde se entregaba y explicaba el dossier con información normalizada. El paciente rellenó la encuesta durante el ingreso y la entregó al farmacéutico previo al alta, para su corrección y resolución de las posibles dudas. Para el análisis de los resultados se utilizó el aplicativo informático Access®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron 164 cuestionarios. El 90% fueron realizados por el paciente, 10% realizados por un familiar/cuidador. La mediana de edad de los pacientes trasplantados fue 57 (15-75) años. El 66,7% de los pacientes eran varones. La distribución por tipo de trasplante fue: 21 trasplante pulmonar (12,8%), 9 pacientes de trasplante cardíaco (5,5%), 81 trasplantes renales (49,4%), 45 hepáticos (27,4%), 5 pancreático-renaes (3%) y 3 hepato-renaes (1,8%). Se obtuvo una media de puntuación de 8,7 (DE: 1,7). El 50,6% de los pacientes contestaron correctamente el cuestionario completo. El 26,8% fallaron en una pregunta. Menos del 5% (8 pacientes) contestaron incorrectamente un porcentaje superior al 50% del cuestionario. Todas las preguntas obtuvieron un porcentaje de acierto superior al 75%. El ítem con mayor número de fallos fue el que trataba la gestión de la medicación el día del alta (25%).

Tras el análisis de los resultados se reformuló el ítem sobre la gestión de medicamentos al alta en el cuestionario y se reforzó la información durante la hospitalización con el fin de ayudar al paciente en su autocuidado y aumentar la efectividad, seguridad y adherencia de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

770. RECOMENDACIÓN FARMACÉUTICA PARA EL INICIO Y OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO GASTROPROTECTOR EN RESIDENTES ANTIAGREGADOS CON RIESGO GASTROINTESTINAL MODERADO-ALTO EN RESIDENCIAS

AUTORES

MARTINEZ SANCHEZ E, APOLO CARVAJAL FE, BASAGOITI CARREÑO B, FERNÁNDEZ PEÑA S, MAYORGA BAJO I, LLANOS GARCÍA MT, CAÑAMARES ORBIS I, ARANGUREN OYARZÁBAL A

SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PAZA. CARLOS TRIAS BELTRÁN, 7. EDIF. SOLLUBE. MADRID

OBJETIVOS

El ácido acetil salicílico (AAS) a dosis antiagregante tiene efecto gastrolesivo sobre la mucosa gastrointestinal y la población anciana presenta mayor riesgo de padecer complicaciones gastrointestinales. El objetivo es identificar a aquellos residentes antiagregados con AAS o con doble antiagregación (AAS y clopidogrel) que presentan riesgo gastrointestinal moderado o alto y no tienen una gastroprotección adecuada y evaluar el grado de aceptación de una intervención farmacéutica consistente en recomendar el inicio de prescripción de un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental prospectivo de diseño antes-después en 7 centros socio-sanitarios públicos entre Enero y Marzo de 2018. A través de la Historia Clínica informatizada se obtuvo un listado de todos los residentes antiagregados con AAS o con doble antiagregación y se seleccionaron los que no tenían prescrito un IBP incluyendo aquellos que tenían prescrito un anti-H2. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, patología grave asociada y riesgo gastrointestinal (RGI). Se clasificó el RGI en función de los siguientes factores: edad, dosis altas de AINE, historia previa de úlcera y uso de fármacos con riesgo gastrointestinal (FRGI). Se hizo intervención en los clasificados con riesgo moderado y alto. En aquellos que no tenían prescrito un protector gástrico se recomendó el inicio de la prescripción con omeprazol 20mg cada 24 horas y en los que tenían prescrito un anti-H2, se propuso el cambio a IBP. El registro y análisis de datos se realizó mediante Microsoft Excel®, y se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron un total de 485 residentes antiagregados con AAS de los cuales el 10,5% (51) no tenían prescrito un IBP y de estos el 11,7% (6) tenían prescritos un anti-H2 y sólo un residente tenía doble antiagregación. El 45% (23) presentaban riesgo gastrointestinal alto y el 55% (28) riesgo moderado, el 62,7% eran mujeres y la edad media fue de 85,8 ± 7,8 años. Se hizo intervención en el 86,3% (44) de los casos, en el 100% de los residentes con riesgo alto y en el 75% de los de riesgo moderado. El 25% (11) tenían prescrito un FRGI (90% Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) y un 13,6% (6) tenían antecedentes previos de úlcera gástrica o gastritis. Se aceptaron un 54,5% (24) de las intervenciones (96% inicio de IBP y 4% sustitución de anti-H2 a IBP).

Existe un porcentaje de residentes antiagregados con riesgo gastrointestinal moderado-alto sin una gastroprotección adecuada. Debido a la posibilidad de lesiones en la mucosa gástrica y a la gravedad de complicaciones como la



hemorragia gastrointestinal, la intervención en estos residentes puede evitar potenciales problemas de seguridad y ha sido aceptada en más de la mitad de los casos por el personal facultativo. La incorporación de farmacéuticos en residencias ayuda a la mejora en la seguridad y en el uso adecuado de los medicamentos así como en la detección de población de riesgo.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

800. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO

AUTORES

ROCH VENTURA MA, DE DIOS LOPEZ A, DEL ESTAL JIMENEZ J, LOPEZ BROSETA PA, MARTIN MARQUES M, CRESPO BERNABEU JM, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Los errores de medicación (EM) son comunes en el entorno hospitalario y aumentan la morbilidad y la mortalidad en los pacientes. Al ingreso se detectan problemas relacionados con la medicación (PRM) que bien pueden deberse a la medicación crónica que toman los pacientes o bien estar relacionados con la nueva medicación prescrita para tratar el proceso agudo. El farmacéutico, como profesional sanitario, contribuye en la obtención de unos resultados farmacoterapéuticos adecuados y en prevenir la aparición de PRM a través de la práctica de la atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico. Por ello, en este trabajo se pretende medir e identificar posibles PRM de los fármacos no conciliados al ingreso, prevenir y detectar de errores de medicación (EM) y el daño potencial a los pacientes y garantizar su seguridad en su transición entre los diferentes niveles asistenciales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diariamente, el farmacéutico revisó y evaluó las órdenes médicas pautadas, junto con otros registros analíticos y clínicos, para detectar posibles EM o PRM. Además, en los pacientes recién ingresados, obtuvo una lista con su medicación crónica domiciliar que se comparó con la prescripción realizada al ingreso.

Las discrepancias detectadas que no se explicaron por la situación clínica del paciente fueron comunicadas a su médico responsable junto con sugerencias para realizar cambios o modificaciones del tratamiento.

Las intervenciones se codificaron y clasificaron de acuerdo con una hoja de registro para su posterior análisis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS: se realizaron más de 600 intervenciones entre enero y abril de 2017 en 360 pacientes de 81 años de media. Se seleccionaron pacientes con más de 5 fármacos prescritos y con comorbilidades asociadas. La mayoría de las intervenciones se relacionaron con el medicamento o su forma farmacéutica (47%), otras con la dosificación (14%) o la duración del tratamiento (8%) y un 12% fueron recomendaciones para la monitorización de niveles plasmáticos. En cuanto al tipo de PRM detectado, el 50% fue de indicación: un 41% fueron indicaciones no tratadas, el 28% de problemas de conciliación y un 11% de duplicidades terapéuticas. Con respecto a la efectividad (12%): el 43% de las dosis o intervalos no fueron apropiados y se detectó un 28% de resistencias a los antibióticos pautados. El 36% de PRM fueron de seguridad: con un 48% de sobredosificaciones y duración excesiva de los tratamientos (23%).

El 35% de las recomendaciones fueron para iniciar el tratamiento, se recomendó interrumpir el tratamiento en un 24% de los casos y también en un 24% se recomendó ajustar o individualizar la dosis. El grado de aceptación de dichas recomendaciones fue del 63%.

CONCLUSIONES: es importante el disponer de una lista de medicamentos completa y precisa al ingreso. La participación del farmacéutico es fundamental en las transiciones asistenciales para detectar y subsanar PRM. Deben llevarse a cabo evaluaciones periódicas para un seguimiento adecuado de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

826. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

AUTORES

GARRETA FONTELLES G, LONGONI MERINO M, ARCENILLAS QUEVEDO P, SANGRADOR PELLUZ C, GALLARDO BORGE S, PARDO PASTOR J, MARTINEZ LOPEZ LM, NICOLAS PICO J
HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA DE TERRASSA. PZA. DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un programa de conciliación en la unidad psiquiátrica así como evaluar el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención de seis meses de duración (noviembre 2017-abril 2018). Se implantó un programa de conciliación en el servicio de agudos de psiquiatría (24 camas) de un hospital universitario de 450 camas.

Se incluyeron todos los pacientes adultos ingresados en la unidad de psiquiatría.

Se recogieron las siguientes variables utilizando la historia clínica informatizada (HCIS®): edad, sexo, fecha de ingreso, medicación domiciliar prescrita y medicación en la prescripción médica en el ingreso, tipo de discrepancia en la conciliación y grado de aceptación.

Durante el estudio se obtuvo la historia farmacoterapéutica a partir de la receta electrónica y entrevista con el paciente, realizada por enfermería. A las 24 horas del ingreso el farmacéutico concilió la medicación prescrita. Las discrepancias no justificadas que generaron errores de conciliación fueron clasificadas según la guía PPAC 2012 del Programa de prevención y atención a la cronicidad de la Generalitat de Catalunya y éstas se comunicaron personalmente con enfermería y el médico responsable.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las variables categóricas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 112 pacientes ingresaron durante el periodo de estudio, 67 hombres (60%), edad media de 45,6 años (DE=15,1) realizando la conciliación de 475 medicamentos. Se detectaron 115 discrepancias no justificadas, en 86 de los 112 pacientes, resultando un 76,78% de los pacientes con un promedio de 1,3 discrepancias por paciente.

De las discrepancias detectadas, 60 (52,2%) fueron justificadas y 55 (47,8%) precisaban de aclaración. En cuanto a las discrepancias justificadas, 55/60 (91,7%) fueron de medicación psiquiátrica y 5/60 (8,3%) de medicación crónica ambulatoria. En el caso de las discrepancias no justificadas, 50/55 (90,9%) fueron de medicación crónica no psiquiátrica y 5/55 (9,1%) de medicación psiquiátrica.

Las discrepancias no justificadas inicialmente fueron: omisión del tratamiento 32/55 (64%), interacción entre medicamentos 11/55 (22%), cambio de posología 6/55 (12%), prescripción incompleta 4/55 (8%) y reducción de dosis 2/55 (4%). De estas discrepancias no justificadas los fármacos más frecuentes 10/50 (20%) fueron los inhibidores de la enzima convertidora angiotensina (iECA).

Las recomendaciones propuestas tuvieron una aceptación en 41/55 (74,5%) de los casos. Las sugerencias no aceptadas fueron en 14/55 (25,5%) casos, de los cuales 12/14 (85,7%) fueron medicación psiquiátrica, considerando el clínico que era necesario para la estrategia terapéutica.

La implantación de un programa de conciliación de medicación en una unidad de psiquiatría mejora la transición asistencial del paciente entre los servicios implicados.

La aceptación, por parte del médico, de las intervenciones farmacéuticas fue del 74,5%. En el caso de la medicación no psiquiátrica el grado de aceptación fue superior a la medicación psiquiátrica.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

831. CONSUMO DE ANTIDIABÉTICOS ORALES E IMPACTO DE LAS ALERTAS DE SEGURIDAD EN EL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA 2.

AUTORES

ECHVERRIA GORRITI A, ALZUETA ISTURIZ N, ACÍN GERICO MT, SANZ ALVAREZ L, FONTELA BULNES C, GARJÓN PARRA J, AGUDO PASCUAL C, LÓPEZ ANDRÉS A
SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA. PLAZA DE LA PAZ 2. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir la evolución del consumo de antidiabéticos orales desde 2013 hasta 2017 en un área de salud y evaluar el impacto de las alertas de seguridad sobre inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 en su consumo (ISGLT-2).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. A través del sistema de facturación de receta electrónica se obtuvieron los datos de consumo en Dosis Diarias Definidas (DDD) de los fármacos con los siguientes ATC: A10BA (biguanidas), A10BB (sulfonilureas) y A10BD (combinaciones de fármacos hipoglucemiantes, A10BF (inhibidores de alfa glucosidasa), A10BG (tiazolidinadionas), A10BH (inhibidores de dipeptidil peptidasa 4), A10BJ (análogos de GLP1), A10BK (ISGLT-2)), y A10BX (otros fármacos hipoglucemiantes) durante un periodo de 5 años (2012-2017).

Se evaluó el consumo detallado de los fármacos del grupo ISGLT-2 teniendo en cuenta las alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicadas en 2015 y 2017 relativas a su uso, para valorar si tuvieron impacto en la prescripción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Entre 2013 y 2017 se observó una disminución del consumo de cinco de los grupos estudiados: sulfonilureas (-43%), inhibidores de la alfa glucosidasa (-67%), tiazolidinadionas (-40%), y otros fármacos hipoglucemiantes orales (-23%). Por el contrario, ha aumentado el consumo de análogos de GLP1 (155%), inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (86%), combinaciones de fármacos hipoglucemiantes (62%) e ISGLT-2 (3200%). El consumo de biguanidas, por su parte, ha permanecido estable en el periodo estudiado. En total, el consumo de antidiabéticos aumentó un 8% desde 2013 hasta 2017, aunque este ligero aumento del consumo conllevó un aumento de gasto del 73%.

En junio de 2015 se publicó una nota informativa sobre el riesgo de cetoacidosis diabética en pacientes en tratamiento con ISGLT-2, sin embargo, el consumo de estos fármacos creció de manera continuada durante todo el año.

El consumo del ATC A10BK, que incluye dapagliflozina, canagliflozina y empagliflozina aumentó un 37,6% durante el año 2017 y, concretamente el consumo de canagliflozina lo hizo un 31,1%. Estos resultados parecen indicar que la alerta de febrero de 2017 sobre el riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes en tratamiento con este fármaco no tuvo impacto en su prescripción.

Conclusiones

El consumo de antidiabéticos orales, cuantificado como DDD, se ha mantenido durante los años 2013 a 2017 en el área de salud, aunque el gasto que supone dicho consumo ha aumentado. Este aumento de gasto se debe a la prescripción de nuevos fármacos con mayor impacto económico.

Las notas informativas de seguridad publicadas en 2015 y 2017 sobre el grupo de los ISGLT-2 no parecen haber influido en su consumo.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

836. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO Y ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA

AUTORES

SOLÉ FABRE N, SALSE FERNÁNDEZ L, LÓPEZ MARTÍNEZ R
FUNDACIÓ PUIGVERT. CARTAGENA 340-350 08025. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar los resultados del programa de conciliación de medicación de pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA), puesto en marcha en marzo de 2015 y mantenido como actividad habitual del servicio de farmacia de un hospital monográfico de Urología y Nefrología

MATERIALES Y MÉTODOS

En septiembre de 2016 se diseñó una base de datos para el registro de la conciliación de pacientes PCC y MACA que se lleva a cabo como actividad habitual del servicio de farmacia. Se realiza el análisis de los datos de septiembre de 2016 a marzo de 2018.

Las farmacéuticas diariamente revisan los ingresos de los pacientes identificados como PCC y MACA desde atención primaria. Se compara la medicación prescrita al ingreso con la medicación crónica del paciente revisando la receta electrónica y contrastándola con una entrevista clínica con paciente y/o cuidador. En caso de detectarse discrepancias se comenta con el facultativo responsable. Enfermería notifica la previsión de alta de estos pacientes para que las farmacéuticas puedan realizar la conciliación al alta, revisando si ha habido cambios en la medicación crónica y confirmando que quedan reflejados en la receta electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registran 608 episodios correspondientes a 398 pacientes. La mediana de edad es de 76 (26-96) años. El 64,57% son hombres.

Se realizó conciliación de la medicación al ingreso en 504 episodios (83%) con una media de 10,14 fármacos. El 40% de los pacientes conciliados presentó algún tipo de discrepancia. Las discrepancias no justificadas representaron el 80% del total de las detectadas. Se realizaron 253 intervenciones, siendo la más frecuente la "omisión del medicamento" (51%) seguido de "diferente dosis, vía o frecuencia de administración" (29%). Después de la intervención farmacéutica, se resolvieron el 50% de las discrepancias no justificadas.

Se realizó conciliación al alta en 274 episodios (45%). Se detectaron un total de 49 discrepancias no justificadas en 32 pacientes, lo que supone un 12% del total de altas conciliadas. La aceptación de las intervenciones realizadas fue del 65%.

Conclusiones y objetivos de mejora

Se realizó conciliación en el 83% de los ingresos de PCC y MACA pero solo en el 45% de las altas. Se ha de reforzar el circuito para mejorar el porcentaje de conciliación al alta.

El 40% de los ingresos y el 12% de las altas revisadas tenían alguna discrepancia no justificada lo que ratifica la necesidad de mantener el programa de conciliación.

Se aceptaron el 50% de las intervenciones al ingreso y el 65% al alta. Se percibe que las intervenciones menos aceptadas son las referentes a discrepancias de menor gravedad. Para mejorar el programa de conciliación se deberían estratificar las discrepancias por gravedad para poder hacer una valoración objetiva.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

838. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE COLECALCIFEROL EN EL PACIENTE INGRESADO

AUTORES

BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, RUBIO CEBRIÁN B, PICAZO SANCHIZ G, GÓMEZ CABALLERO P, MARTÍN CRUZ B, SANTIAGO GALLEGU B, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar las prescripciones de colecalciferol y calcio/colecalciferol de los pacientes ingresados y evaluar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención longitudinal prospectivo realizado entre marzo y abril de 2018 en un hospital de segundo nivel. A través del módulo de gestión de Unidosis de Farmatools se localizaron a los pacientes que durante su ingreso tenían prescrito colecalciferol o calcio/colecalciferol. Se comprobó a través del programa Horus si la prescripción procedía de atención primaria (AP) y si se registraron niveles analíticos de calcio y vitamina D con anterioridad. Con el programa Selene se revisaron las analíticas del paciente al ingreso para comprobar si habían sido solicitados niveles de vitamina D para definir el grado de déficit. Al detectar una prescripción inadecuada se realizaba una intervención farmacéutica proponiendo la dosis correcta en función de la bibliografía consultada, para ello se definió en el módulo de Unidosis de Farmatools un texto asociado predefinido para luego insertarlo en la historia clínica del paciente. Otras variables registradas fueron los servicios clínicos en donde se realizó la intervención y el grado de aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se localizaron 58 pacientes de los que se excluyeron 9 por ser dados de alta. Los 49 incluidos tuvieron una mediana de edad de 78,5 años (p25: 70,5; p75: 85,5), 34 (69,4%) fueron mujeres y la mediana de dosis prescrita fue de 400 UI. 22 (44,9%) tuvieron pautado un suplemento de vitamina D por su médico de AP. Sólo del 42,9% se disponían de niveles séricos de vitamina D al ingreso: 5 (10,2%) tenían déficit leve y 9 (18,4%)

déficit severo. Los servicios en los que más se prescribió fueron Medicina Interna (MIR) con 28 (57,1%) y Traumatología (TRA) con 12 (24,5%). La prescripción fue correcta al inicio en 9 pacientes (18,4%), de los 40 restantes se realizaron 35 intervenciones (87,5%) recomendando un aumento de dosis a 800 UI de colecalciferol. El grado de aceptación fue de un 14,3%, observando un incremento al final del estudio. En la primera quincena se analizaron 25 pacientes, encontrando 4 (16%) bien pautados (1 en TRA) y registrando 16 intervenciones, de las cuales aceptaron 1 (6,25%) en MIR. Durante la segunda quincena se analizaron 15 pacientes nuevos, 4 (26,7%) bien pautados, todos en TRA. Se crearon 11 intervenciones, siendo aceptadas 2 (18,2%), en MIR y en TRA. En la última quincena, el 66,7% de los pacientes nuevos de TRA estaban bien pautados y de las 2 pautas restantes, 1 fue modificada tras la intervención.

CONCLUSIONES: No siempre se piden niveles de vitamina D en el paciente ingresado y eso puede dificultar la adecuación de la pauta de los suplementos. Al ser una vitamina liposoluble que se acumula en el organismo, en caso de deficiencia, es importante una administración constante y con dosis adecuadas para suplir esa carencia. Las intervenciones creadas tuvieron una discreta aceptación, sin embargo se observa una tendencia positiva en las nuevas prescripciones, sobre todo en el servicio de Traumatología.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

850. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y GASTO DE BIFOSFONATOS ORALES Y DENOSUMAB E IMPACTO DE LAS ALERTAS DE SEGURIDAD

AUTORES

SANZ ALVAREZ L, ECHEVERRIA GORRITI A, ALZUETA ISTURIZ N, FONTELA BULNES C, ACIN GERICO T, GARJÓN PARRA J, AGUDO PASCUAL C, LOPEZ ANDRES A
SERVICIO NAVARRO DE SALUD. PLAZA DE LA PAZ S/N. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir la evolución del consumo de los bifosfonatos orales y denosumab desde 2011 hasta 2017 y su impacto económico en un área de salud, así como la influencia de las alertas de seguridad en la prescripción de dichos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. A través del sistema de facturación de receta electrónica se obtuvieron los datos de consumo en Dosis Diarias Definidas (DDD) y gasto de ácido alendrónico, ácido ibandrónico, ácido risedrónico y denosumab durante un periodo de 6 años (2011-2017).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre 2011 y 2017 se observó una disminución progresiva en el consumo de bifosfonatos: ácido alendrónico (-61%), ácido ibandrónico (-78%) y ácido risedrónico (-79%). En abril de 2011 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó una nota informativa que alertaba del riesgo de fracturas atípicas de fémur en pacientes tratados con bifosfonatos. Se llevó a cabo un plan de acción global avalado por la dirección del Sistema Regional de Salud (sesiones con los especialistas implicados en su prescripción, elaboración de folletos informativos para los pacientes y envío de correos a los médicos de Atención Primaria con los pacientes que llevaban en tratamiento más de 5 años) para la deprescripción de estos fármacos. Esto supuso una disminución del 31,7% del uso de bifosfonatos desde la realización de la intervención hasta diciembre de ese año (8 meses).

Por otro lado, el consumo de denosumab aumentó un 6619% desde 2011 hasta 2017. En septiembre de 2014 se publicó otra nota informativa sobre el riesgo de osteonecrosis mandibular e hipocalcemia secundarias al tratamiento con denosumab. El impacto de esta alerta, sin embargo, no fue significativo, ya que su consumo aumentó un 91% desde esa fecha hasta diciembre de 2017. En este caso, no se realizó ninguna intervención adicional a la notificación de la misma. La mayoría de los pacientes tratados con denosumab en este periodo fueron mujeres con una edad media de 75 años. La distribución del gasto de los diferentes bifosfonatos y denosumab varió a lo largo del periodo estudiado. En 2011 el gasto fue el siguiente: ácido ibandrónico 40%; ácido risedrónico 36%; ácido alendrónico 23% y denosumab 1% (fecha autorización 23/06/2010). En 2017, sin embargo, denosumab representó la mayor parte del gasto total (79%) frente al conjunto de los 3 bifosfonatos orales.

A pesar de los problemas de seguridad notificados, se produjo un desplazamiento terapéutico de los bifosfonatos por denosumab en el tratamiento de la osteoporosis, siendo ahora el principal responsable del gasto en este grupo terapéutico. La notificación de alertas de seguridad, sin un plan de acción conjunto, no supuso un cambio en los hábitos de prescripción.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

857. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ATORVASTATINA Y SIMVASTATINA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

AUTORES

POVEDA ESCOLAR A, MÁRQUEZ ARCE B, RAMÍREZ CRUZ S, SALCEDO MINGORRANZ AL, PUEBLA VILLAESCUSA A, HIDALGO CORREAS FJ, SANTOS MENA B, GARCÍA DIAZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVENIDA DE ORELLANA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de la prescripción de atorvastatina y simvastatina en pacientes ingresados mayores de 80 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de utilización de medicamentos del tipo prescripción-indicación, descriptivo y transversal, cuya población de estudio fueron los pacientes ingresados en un Hospital General Universitario durante el mes de febrero de 2018.

Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados, mayores de 80 años, con una prescripción de atorvastatina y simvastatina y que continuaron con el tratamiento al alta hospitalaria. Los datos recogidos fueron los antecedentes de enfermedad cardiovascular y los siguientes factores de riesgo cardiovascular: colesterol (> 200 mg/dL), hipertensión arterial, diabetes y función renal con filtrado glomerular < 45 mL/min/1,73m², calculado por la fórmula MDRD (IMDS). Para seleccionar el perfil farmacoterapéutico de los pacientes se utilizó el programa de prescripción electrónica Farhos®. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de Atención Hospitalaria (Selene®) o de Atención Primaria (Horus®). Los datos analíticos se consultaron en la plataforma Infinity®.

Se evaluaron sus indicaciones en base a los criterios propuestos por el Servicio Madrileño de Salud en mayores de 80 años en el documento "Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular" y a la evidencia científica disponible. Así, en prevención primaria, la decisión de tratamiento debe individualizarse según comorbilidades y otras situaciones, por lo que se podría considerar su desprescripción.

En nuestro estudio se consideró prescripción para prevención secundaria el registro en la historia clínica del paciente con eventos cardiovasculares previos. Y se consideró prescripción para prevención primaria aquellos que no cumplían el criterio anterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 135 pacientes: 69 (51,11 %) mujeres y 66 (48,89 %) hombres, con una media de edad de 86 años (81-97 años).

Se excluyeron 3 pacientes (2,22 %) por no encontrarse datos de tratamiento previo con estatinas ni continuación con su tratamiento al alta.

Se prescribieron estatinas para prevención primaria en 66 pacientes (50 %). De ellos, 45 pacientes (68,18%) presentaban datos de factores de riesgo en la historia clínica, mientras que en 21 pacientes (31,82%) no se encontraron dichos datos, por lo que se considerarían candidatos a la desprescripción.

En 66 pacientes (50%) se prescribió para prevención secundaria. A 24 pacientes (36,3%) por cardiopatía isquémica crónica/SCASEST/SCACEST, a 21 (31,8%) por infarto agudo de miocardio, 10 pacientes (15,2%) lo tenían indicado por ictus y 11 (16,7%) por combinación de varios eventos cardiovasculares.

En pacientes mayores de 80 años, durante el periodo de estudio, la mitad de las prescripciones de estatinas de elección fueron para prevención primaria.

No se encontraron datos de factores de riesgo que justifiquen su prescripción en un tercio de ellas, por lo que puede indicar una sobreprescripción de las mismas.

En estos pacientes se debería considerar la desprescripción tras valorar individualmente cada caso.

Las principales indicaciones en prevención secundaria son cardiopatía isquémica e infarto agudo de miocardio.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

965. PALMITATO DE PALIPERIDONA TRIMESTRAL EN UN PROGRAMA DE ADHERENCIA A ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN.

AUTORES

SALAZAR LAYA B, RODRÍGUEZ CARRACEDO J, RODRÍGUEZ PENÍN I, NÚÑEZ ARIAS D, MÉNDEZ MAREQUE DR
CENTRO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. CTRA. SAN PEDRO S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluación del uso, efectividad y seguridad de palmito de paliperidona trimestral (PPM3) en pacientes incluidos en un programa de continuidad asistencial de adherencia a antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (AILP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en un hospital de segundo nivel y su área sanitaria. Periodo: diciembre de 2016 - marzo de 2018. Se revisaron todos los pacientes incluidos en un programa de continuidad asistencial de adherencia a AILP que iniciaron un tratamiento con PPM3.

Eran susceptibles de cambio a PPM3 aquellos pacientes estabilizados con al menos 4 dosis de palmitato de paliperidona mensual (PPM1).

Mediante la historia clínica electrónica y la base de datos de AILP, se obtuvieron: datos demográficos, historia psiquiátrica, perfil farmacoterapéutico, evolución clínica y tolerancia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 154 pacientes a tratamiento con PPM1, 43 cambiaron a PPM3 (27,9%) y 8 lo rechazaron (5,2%).

- Edad media: 45,5 años. Edad media de debut de la enfermedad: 27,9 años. Dieciocho pacientes (41,9%): antecedentes de abuso de sustancias.
- Diagnóstico: 22 pacientes esquizofrenia, 8 trastorno psicótico, 4 trastorno de personalidad, 3 trastorno esquizoafectivo, 3 trastorno de ideas delirantes, 2 trastorno bipolar y 1 trastorno paranoide.
- Tiempo desde el inicio de PPM1 a PPM3: 34,1 meses (4-70). La conversión fue correcta en dosis y tiempo en todos los pacientes. Duración media del tratamiento: 10,4 meses (2-16); dosis media: 397 mg; dosis más frecuente: 525 mg (44,2%)
- La adherencia al tratamiento fue del 100%; 1 paciente (2,3%) precisó aumento de dosis por inicio de sintomatología delirante y a 1 paciente (2,3%) se le suspendió por desestabilización.
- Veinte pacientes (46,5%) recibieron al menos 1 AILP previo (16 risperidona, 4 flufenazina, 2 zuclopentixol y 1 haloperidol decanoas).



- Veintitrés pacientes (53,5%) tenían asociado al menos 1 antipsicótico oral (APSO): 21 pacientes con APSO sedantes (asenapina, clotiapina, levomepromazina, olanzapina y quetiapina), 6 aripiprazol oral para tratamiento de la hiperprolactinemia, 3 risperidona o paliperidona oral y 1 clozapina. Treinta y dos pacientes (74,4%) al menos 1 tratamiento coadyuvante: 25 benzodiacepinas, 17 antidepresivos, 6 anticonvulsivantes, 2 litio y 2 otros. Siete pacientes (16,3%) estaban en monoterapia psicofarmacológica con PPM3.
- Tolerancia: 18 pacientes (41,9%) presentaron efectos adversos (EA): 8 extrapiramidalismos, 6 hiperprolactinemia funcional, 2 aumento de peso, 3 eventos cardiovasculares, 2 somnolencia, 1 acatisia. En 2 pacientes (4,6%) se retiró el tratamiento: 1 solicitado por el paciente (aumento de peso), otro por EA incapacitante (hipotensión). Un paciente precisó ingreso en UCI por fibrilación auricular grave pendiente de establecer causalidad por PPM3.

Conclusiones

- Solo un tercio de los pacientes a tratamiento con PPM1 se consideraron candidatos y aceptaron el cambio a PPM3.
- La conversión de PPM1 a PPM3 fue correcta en todos los pacientes.
- El tratamiento fue eficaz en todos los pacientes excepto en 1 que se desestabilizó y otro que precisó aumento de dosis. La adherencia al tratamiento fue del 100%.
- Más de la mitad de los pacientes tenían asociado al menos 1 APSO y dos tercios al menos 1 tratamiento coadyuvante.
- Casi la mitad de los pacientes presentaron EA, siendo graves en 3.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

872. CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN POR EL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

AUTORES

LÓPEZ ESTEBAN L, ALIOTO ALIOTO D, ALONSO CASTRO V, LÓPEZ CENTENO B, IZQUIERDO PALOMARES JM, HERRERO HERNÁNDEZ S, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PLAZA CARLOS TRÍAS BERTRÁN, 7. MADRID

OBJETIVOS

Los procesos asistenciales integrados (PAI) definen un conjunto de actividades realizadas por los profesionales sanitarios para garantizar una atención sanitaria coordinada e integrada entre distintos ámbitos asistenciales.

Desde Servicio Centrales se impulsó la implementación de un PAI en el paciente crónico complejo (PAI-PCC) que establece distintos niveles de intervención. La aportación del farmacéutico hospitalario (FH) se centró en la conciliación de la medicación (CM) al ingreso y al alta de los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto (PCC-NIA). Dicha actividad se pilotó a finales de 2016 y se implantó a lo largo de 2017 estableciendo un circuito de actuación y herramientas que facilitaran la actividad.

El objetivo es conocer el grado de implementación del proceso de CM en los hospitales y las dificultades encontradas para su desarrollo por el FH dentro de un PAI-PCC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se remitió a los Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales de la Comunidad Autónoma (CA) un cuestionario para conocer el estado de implantación de la CM dentro del PAI-PCC tras un año de desarrollo.

El cuestionario constaba de 9 preguntas abiertas:

1. Posibilidad por los SF de identificar PCC-NIA ingresados.
2. Nº pacientes conciliados.
3. Nº discrepancias no justificadas detectadas.
4. Nº discrepancias aceptadas.
5. Informes de conciliación de la medicación al alta (ICMA) realizados.
6. % casos donde no se incluye el ICMA en el informe de alta.
7. Existencia de un circuito alternativo para que el ICMA llegue al nivel asistencial de Atención Primaria (AP).
8. Dificultades encontradas en el proceso.
9. % casos en los que la información contenida en el ICMA se considera útil para el farmacéutico o el médico de AP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

22 hospitales de los 32 incluidos respondieron al cuestionario. El 64% de ellos tienen implementado un circuito para identificar PCC-NIA candidatos a conciliar.

El total de pacientes conciliados ha sido 478. El número de discrepancias no justificadas detectadas han sido 862, siendo el 57% aceptadas por el médico responsable. Se ha elaborado un ICMA en un 38% de los casos. Se estima que en un 57% de los casos no se incluye la CM en el informe de alta, básicamente por no informar al SF con suficiente antelación del momento del alta del paciente. El 27% de los hospitales han establecido un circuito de comunicación con AP para enviar el ICMA, principalmente a través de su volcado al visor de historia clínica de Atención Primaria y Especializada de la CA. > 90% de los FH consideran este ICMA útil para los profesionales de AP.

Las dificultades más prevalentes (> 75%) han sido: desconocimiento del alta hospitalaria con suficiente antelación, desactualización del tratamiento habitual del paciente en el sistema informático, falta de tiempo/personal en el SF o pobre comunicación interprofesional.

La implementación de la CM dentro del PAI-PCC con NIA en los hospitales de una CA revela el valor de la actividad del FH para detectar y corregir discrepancias en el tratamiento farmacoterapéutico del paciente en las transiciones asistenciales. La recogida centralizada de la información permite identificar dificultades comunes y extrapolar posibles soluciones que se han implantado a nivel local.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

911. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL DE DÍA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA Y FUNCIONAL

AUTORES

SASTRE MARTORELL ML, ALCORTA LORENZO A, ROVIRA TORRES P, RODRIGUEZ CAJARAVILLE L, CORRAL ALAEJOS A, ALFARO FAJARDO MJ, GOMEZ ZAMORA M, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CARRETERA VALLEDMOSSA. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar los resultados preliminares de la integración del farmacéutico de atención primaria (FAP) en el tratamiento de pacientes que entran en un programa de hospital de día (HD) rehabilitador de un hospital de Atención Intermedia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención mediante la revisión del tratamiento de pacientes que ingresan en un HD implantado en marzo de 2018. Éstos son derivados desde el médico de atención primaria al HD con el objetivo de mejorar la autonomía y conseguir la recuperación cognitiva/funcional. Tras confirmar la inclusión en el programa, el equipo de HD contacta con el FAP para la revisión del tratamiento. Éste elabora informes individualizados que incluyen:

- Situación clínica e historia farmacoterapéutica.
- Adecuación del tratamiento evaluando la eficacia, seguridad, interacciones, adherencia, coste y prioridades de tratamiento.

Los datos se obtienen de la historia clínica informatizada y receta electrónica aplicándose criterios explícitos de deprescripción (STOPP-START, BEERS, LESS-CHRON, PRISCUS, STOPP-FRAIL).

Los informes se envían al médico internista (MI) responsable de HD quien, tras pactar con el paciente, transcribe las modificaciones a receta electrónica. En una reunión mensual FAP-MIR se comentan los cambios llevados a cabo.

Se excluyeron aquellos pacientes que hasta la fecha de corte (30 de abril) no habían sido entrevistados por MI y aquellos con información clínica y/o terapéutica insuficiente.

Variables recogidas:

- Demográficas: edad, sexo, y grado de complejidad.
- Motivos de intervención: seguridad, adecuación terapéutica, indicación, falta de seguimiento, discrepancia entre niveles asistenciales, coste.
- Propuestas del FAP: suspender, sustituir o iniciar medicamento, modificar posología, monitorizar.
- Grado de aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En marzo y abril se derivaron 34 pacientes. Ocho fueron excluidos (5 no entrevistados con MI, 1 éxitus y 2 información insuficiente), quedando 26 pacientes incluidos, 14 (53,8%) hombres, mediana de edad 82 años (rango 53-96) y 9 (34%) pacientes crónicos complejos.

Se elaboraron 26 informes, con 88 intervenciones. En 23 pacientes se aceptó al menos una intervención.

Los motivos de intervención fueron: seguridad (28), adecuación terapéutica (20), adherencia (12), indicación (12), falta de seguimiento (6), discrepancia entre niveles asistenciales (4), eficacia (4) y coste (2).

Las propuestas del FAP y su aceptación fueron: 34 (38,6%) suspender (24 aceptadas, 70,6%); 23 (26,1%) modificar posología (20 aceptadas, 87%); 20 (22,7%) monitorizar (10 aceptadas 50%); 6 (6,8%) sustituir (5 aceptadas, 83,3%) y 5 (5,7%) iniciar (3 aceptadas, 60%). Se aceptaron en total 62 intervenciones (70,5%). En 10 pacientes (38,5%) se suspendieron de 2 a 4 fármacos.

De las 26 intervenciones no aceptadas: 16 estaban pendientes de comentar en la reunión mensual, 6 estaban justificadas, 2 requerían interconsulta a especialista y 2 no fueron justificadas.

Conclusiones

La intervención del FAP ha permitido optimizar el tratamiento en el 88,5% de los pacientes incluidos en el programa.

La constante comunicación entre profesionales y la coordinación y disponibilidad del FAP en ambos niveles asistenciales, ha sido el punto clave para obtener el elevado porcentaje de aceptación, lo que hace factible la consolidación del programa y la ampliación del circuito a las consultas de HD de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel con el fin de ampliar la población diana.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

924. EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR EN LA ADECUACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES

MARTIN ALCALDE E, MENDOZA ACOSTA I, BARTOLOMÉ MARTIN I, FERNANDEZ MARTIN C, RODRIGUEZ SOLÍS J, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DONANTES DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

- Describir la experiencia multidisciplinar entre Servicio de Farmacia (SF), Servicio de Geriátrica (SG) y personal sanitario del centro sociosanitario (CSS) en la adecuación y optimización de la farmacoterapia de los residentes de CSS.
- Describir y cuantificar las prescripciones potencialmente inapropiadas encontradas, el tipo de intervenciones propuestas, grado de aceptación y repercusión económica de las mismas.



DISEÑO

Dentro de un proyecto piloto de coordinación entre el SG y los CSS se planteó optimizar la polifarmacia y adecuar los tratamientos farmacológicos. Para ello, se creó un grupo multidisciplinar (farmacéutico hospitalario (FH), geriatra, médico CSS, farmacéutico de oficina de farmacia y enfermería) para llevar a cabo revisiones clínicas de la farmacoterapia en residentes de tres CSS y proporcionar la información y herramientas al personal de los CSS para ayudarles a establecer de forma periódica estas revisiones.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Reunión del grupo para identificar y seleccionar pacientes. Se seleccionaron: pacientes en tratamiento con fármacos potencialmente susceptibles de deprescripción en anciano frágil, pacientes polimedicados (más de 10 principios activos en prescripción electrónica activa) y pacientes prioritarios según criterio del CSS.
- Solicitud al CSS informe farmacoterapéutico actualizado, informe clínico con antecedentes, registros de constantes y estado funcional de los residentes.
- Revisión y elaboración de un informe de adecuación farmacoterapéutica. El FH analizaba la farmacoterapia del paciente y elaboraba un informe de adecuación que remitía al Geriatra. Como herramientas se utilizaron los Criterios STOPP-START, BEERS y Criterios de deprescripción LESS-CHRON, así como el programa informático Checkthemed®. Las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) detectadas, se clasificaron según el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), al que se añadieron dos categorías: falta de monitorización y susceptible de deprescripción en anciano frágil.
- Reunión FH y Geriatra para comentar cada caso antes de la visita al CSS.
- Reunión Geriatra y equipos médicos CSS para valorar las recomendaciones e intervenciones propuestas.

IMPLANTACIÓN

De Enero a Marzo de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se realizó la revisión clínica de 49 residentes (15,3% del total). El 69,4% fueron mujeres, la mediana de edad fue 87 (RIC: 84-95,5), Barthel 40 (RIC:60-10), Índice Charlson 7,6 (RIC:6,05-9,2) y fármacos prescritos 9 (RIC:7,75-12). Se detectaron 141 PPI (37% del total de fármacos prescritos). En 57 (40%) eran prescripciones susceptibles de deprescripción. Los PRM mayoritarios detectados fueron: 17 (12%) probabilidad de efectos adversos, 16(11%) medicamento no indicado, 12(8%) duración no adecuada y 10(7%) dosis no adecuada. Entre las recomendaciones propuestas:76% suspender, 11% ajuste de dosis, 5% monitorizar y 4% iniciar tratamiento. El grado de aceptación fue del 72,3%. La mediana de fármacos al final del proyecto fue de 6 (RIC:4,75-9). La repercusión económica se calculó a partir de los costes directos (PVPiva) de los medicamentos suspendidos, consiguiendo en este periodo un ahorro mensual de 5.401 €. La principal limitación del proyecto ha sido el corto periodo de tiempo lo que ha limitado el número de revisiones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta experiencia es aplicable a hospitales con atención al paciente crónico.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

946. MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON MULTIMORBILIDAD

AUTORES

GONZÁLEZ BUENO J, CASALS PASCUAL A, CALVO CIDONCHA E, SEVILLA SÁNCHEZ D, ROVIRA PASQUAL JC, SOLÀ BONADA N, ESPAULELLA PANICOT J, CODINA JANÉ C

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC. CARRER DE FRANCESC PLA EL VIGATÀ, 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar en un centro de atención intermedia el Modelo de Prescripción Centrado en la Persona (PCP) para mejorar la adherencia y adecuación terapéutica en pacientes con multimorbilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Etapas del Modelo PCP: 1) Valoración centrada en la persona: Establecimiento del objetivo terapéutico del paciente y valoración de la adherencia (cuestionario ARMS-e). 2) Valoración centrada en el diagnóstico: Asociación de problemas de salud y fármacos prescritos, reduciendo si procede la complejidad farmacoterapéutica mediante deprescripción. 3) Valoración centrada en el fármaco: Identificación y sustitución de medicamentos de alto riesgo y reducción de la complejidad mediante simplificación posológica. 4) Propuesta de plan terapéutico: Educación al paciente; Derivación a farmacia comunitaria con recomendación de empleo de sistema personalizado de dosificación (SPD) a paciente no adherentes con uno de los siguientes criterios (complejidad farmacoterapéutica (MRCI)≥35 puntos/Presencia de deterioro cognitivo/Barthel≤40). El Modelo PCP se implantó en la unidad de convalecencia de un centro de atención intermedia dependiente de un hospital de segundo nivel. En la práctica clínica supuso: 1) Entrevistas clínicas entre el farmacéutico de hospital y pacientes con polifarmacia (≥5 medicamentos) no institucionalizados y/o cuidadores para valorar la adherencia y proporcionar asesoramiento. 2) Reuniones de revisión y adecuación de la farmacoterapia entre el geriatra y el farmacéutico de hospital, considerando la información previa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre enero-2016/septiembre-2017 se aplicó el Modelo PCP en 120 pacientes: edad:80.9(DE: 8.7) años; 62.4% mujeres; Barthel:70/100(RIQ: 60-90); deterioro cognitivo: 27.5% leve, 10.8% moderado, 3.3% severo.

Valoración Centrada en la Persona

- Evaluación multidimensional de adherencia (implantada desde marzo/2017; muestra: 40 pacientes): 36(90%) fueron no adherentes según el cuestionario ARMS-e [puntuación: 18.5/48(DE:3.0); ítems indicadores de adherencia:

8.7/12(DE:1.5)]. Los motivos de no adherencia relacionados con la administración fueron: 48% olvidos, 63% decisión propia, 48% modificación de la dosis prescrita, 53% no tomar la medicación por encontrarse bien y 8% por encontrarse mal. Los motivos de no adherencia relacionados con la recogida de medicación fueron: 5% olvidos de recogida de medicación en la farmacia comunitaria y 10% quedarse ocasionalmente sin medicación.

Valoración centrada en el diagnóstico & fármaco:

- Disminución de la complejidad terapéutica: Se realizaron 606 intervenciones [5.1(DE:2.4) por paciente: 2(RIQ:1-4) retiradas, 1(RIQ:0-2) sustituciones y 1(RIQ:0-2) modificaciones de pauta]. Hubo un descenso en: Número de medicamentos crónicos por paciente [Basal:10(RIQ: 8-13); Post-intervención: 8(RIQ:5-11); $p=0.000$]; Porcentaje de pacientes con polifarmacia (98.3% vs 84.2%; $p=0.024$) y polifarmacia excesiva (≥ 10 medicamentos) (58.3% vs 32.5%; $p=0.000$); MRCI [37.7(DE:13.8) vs 27.6(DE:12.4); $p=0.000$] y; Porcentaje de pacientes con MRCI excesivo (≥ 35 puntos) (57.6% vs 32.2%; $p=0.000$).
- Identificación/sustitución de medicamentos de alto riesgo: Se resolvieron prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) en 95 pacientes (79%) [1(RIQ: 1-2) por paciente].

Propuesta de plan terapéutico (implantada desde marzo/2017; muestra: 40 pacientes).

- Se proporcionó educación a 29(73%) pacientes no adherentes por conocimiento y/o creencias inadecuadas sobre su farmacoterapia.
- Se incorporó un resumen de adecuación y adherencia terapéutica al informe de alta hospitalaria en 40(100%) pacientes, incluyendo una recomendación de empleo de SPD en 16(40%) de ellos.

Conclusiones

La implantación en la práctica clínica del Modelo PCP adaptado es factible, permitiendo identificar y abordar una elevada prevalencia de problemas relacionados con la adherencia y PPI.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

957. PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PERSONAS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP/START

AUTORES

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, LABEAGA BERAMENDI Y, RODRÍGUEZ DE CASTRO B, DURÁN ROMÁN C, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, MARTÍNEZ MÚGICA C, CARBAJALES ALVAREZ M, PAMPÍN SÁNCHEZ R
HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

- Cuantificar a los pacientes mayores de 65 años con prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según los criterios STOPP-START.
- Describir que tipo de PPI se observan con mayor frecuencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyen los pacientes mayores de 65 años que ingresan a cargo de medicina interna en una unidad de enfermería concreta a lo largo de diez días. Se utiliza la prevalencia de pacientes con PPI como medida cuantitativa principal. Para analizarla se elabora una hoja de recogida de datos que incluye datos demográficos, datos analíticos y criterios STOPP-START (según la adaptación de E. Delgado Silveira et al). Entre los datos analíticos recogidos se encuentran: natremia, potasemia, calcemia, creatinina (Cr) y aclaramiento de creatinina (ClCr, fórmula Cockcroft-Gault). Se toma la hoja de tratamiento activa durante el segundo día de ingreso y los datos analíticos más recientes en el mismo momento. Con esta información se completa la hoja de recogida de datos. Para cada paciente se revisan todos los criterios a nivel individualizado, determinándose el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de ellos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante los diez días a los que se acotó el estudio, ingresaron 32 pacientes mayores de 65 años en la planta de medicina interna estudiada, cuya media de edad fue 84 años. Entre los datos analíticos recogidos cabe destacar que, en lo referente a función renal, un 65.63% (21/32) se consideraron pacientes con insuficiencia renal de acuerdo a las condiciones marcadas en los criterios STOPP-START ($Cr > 1.69$ mg/dL o $ClCr < 50$ ml/min).

De los 32 pacientes que entraron en el estudio, 14 (43.75%) presentaron PPI según criterios STOPP-START. De éstos, 3 (21.42%) presentaron sólo criterios STOPP, 5 (35.71%) sólo criterios START y 6 (42,86%) ambos.

Se encontraron en total 29 PPI. Los grupos de criterios con mayor prevalencia de PPI fueron: START referentes a sistema endocrino (9 PPI, 31%); START referentes al sistema cardiovascular (6 PPI, 20 %); STOPP referentes a ajuste de dosis por insuficiencia renal (4 PPI, 13.8%) y STOPP referentes al fármacos que incrementan el riesgo de caídas (3 PPI, 10%).

Conclusiones

La baja prevalencia de PPI de tipo STOPP (medicación innecesaria) pone de manifiesto la concienciación de los facultativos de medicina interna respecto al correcto manejo terapéutico en pacientes de edad avanzada, pudiendo ser interesante en un futuro el mismo análisis en otros servicios clínicos. Por otra parte, el alto porcentaje de pacientes con PPI al ingreso sugiere que puede ser útil la intervención farmacéutica para mejorar la prescripción y la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

969. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

LAORDEN CARRASCO A, GALINDO RUEDA MDM, GONZALEZ LOZANO E, GARCIA MOLINA O, RUIZ GOMEZ A, VICENTE SANCHEZ S, GARCIA SOLER JI, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA



OBJETIVOS

Analizar la utilización de Fentanilo de liberación inmediata (FLI) en un área de salud como paso previo a una estrategia encaminada a la introducción de medidas para minimizar o prevenir los riesgos asociados a su creciente uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en el que se analiza el consumo en receta de todas las presentaciones de FLI en el mes de marzo de 2018 en un área sanitaria que atiende a una población de 240.000 habitantes. De esta información, obtenida a través de la base de datos de consumo farmacéutico, se seleccionaron aquellos pacientes con más de 4 recetas de especialidades de FLI. Para evaluar la utilización de FLI se registró: sexo, edad, indicación, dosis diaria de FLI, gasto mensual, prescripción asociada de opioides de liberación prolongada y/u otros opioides prescritos así como las reacciones adversas asociadas a su uso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo analizado se detectaron 23 pacientes con ≥ 4 recetas de FLI de los que 13 eran mujeres. La edad media fue de 56 años (desviación estándar [DE]: 11,9). Un 74% de los pacientes tenían FLI prescrito para una indicación no oncológica (Fuera de ficha técnica [FFT]) Los diagnósticos se distribuyeron de la siguiente manera: Lumbalgia (7 pacientes), fibromialgia (4), cáncer cabeza-cuello (4), dolor neuropático (3), poliartritis (2), metástasis óseas (2) y dolor por espasmo vesical (1).

La dosis media diaria de FLI recibida fue de 2068 microgramos (DE: 1984). Cabe destacar un paciente que recibe una dosis media diaria de 6400 microgramos. El gasto en receta médica de estos 23 pacientes alcanza los 54.941 euros en el mes de estudio.

Cinco pacientes no recibieron tratamiento opiáceo para control de base del dolor, siendo FLI la única terapia administrada.

Un 48% de pacientes recibían, además de FLI, fentanilo en forma de parches con una dosis media diaria de 2.600 microgramos (DE:2.248). Otros opioides recibidos para control de dolor junto a FLI fueron: Oxiconona-Naloxona (6 pacientes [26%]) tapendatol liberación retardada (3 pacientes), infusión continua de morfina (2 pacientes) y petidina (1 paciente).

Se han detectado 6 pacientes (26%) con alguna reacción adversa asociada a opioides. Entre ellas se han encontrado los siguientes casos: estreñimiento (3 pacientes), depresión respiratoria (2 pacientes), un caso de debilidad en miembros inferiores, y otro de dolor cronicado por exceso de opiáceos.

Conclusiones

El uso de fentanilo de liberación inmediata en indicaciones fuera de ficha técnica supera a las indicaciones autorizadas (dolor irruptivo en paciente oncológico). Hay pacientes cuya única base de tratamiento para control de dolor se basa en formas de liberación inmediata de fentanilo a altas dosis. Como resultado de este estudio se ha creado un grupo de trabajo interdisciplinar junto a la unidad del dolor y servicio de oncología médica para la revisión de los tratamientos de pacientes con dosis diaria de FLI superior a 1.600 microgramos con el fin de valorar la necesidad del tratamiento, alternativas terapéuticas y evaluar su potencial de abuso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

972. CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL INGRESO EN EL PACIENTE POLIMEDICADO A CARGO DE CIRUGÍA VASCULAR

AUTORES

RAYMUNDO PIÑERO A, BOADA HERNANDEZ P, RIERA SENDRA G, DÍAZ GONZÁLEZ M, PASCUAL CARRASCO A, CLIMENT BALLESTER S, BERNABEU CASTELLA S, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

Determinar el número de intervenciones realizadas para la corrección de errores de conciliación del paciente polimedicado, en el momento del ingreso a cargo del servicio de cirugía vascular de un hospital terciario. Analizar los grupos terapéuticos implicados con mayor frecuencia en estos errores y que precisaron de actuación por el farmacéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, realizado desde Noviembre de 2017 hasta Marzo del 2018 en un hospital terciario. Se incluyeron los pacientes que ingresaron en el servicio de cirugía vascular con 5 o más fármacos crónicos. Los tratamientos vigentes domiciliarios se recogieron a través de la plataforma de prescripción y dispensación ambulatoria, mediante un formulario en formato tabla. Todos los fármacos recogidos se cotejaron con los tratamientos prescritos al ingreso utilizando el programa de prescripción electrónica asistida del hospital. Se confirmaron los tratamientos domiciliarios actualizados hasta el ingreso mediante entrevista con el paciente y/o cuidador. Todas las discrepancias detectadas se revisaron y comentaron con el médico responsable para su resolución, diferenciando los distintos errores de las posibles discrepancias justificadas por el tratamiento hospitalario. Los errores de conciliación se ordenaron en cinco grupos: error por omisión en la prescripción, no adecuación a guía farmacoterapéutica, dosis incorrecta respecto al tratamiento domiciliario, utilización de un fármaco de baja utilidad terapéutica y la prescripción de un fármaco inadecuado para el paciente. Asimismo se recogieron datos de los fármacos implicados, ordenados por grupos terapéuticos (ATC-nivel 4) y número de fármacos totales tanto del tratamiento domiciliario como al ingreso. La gestión de los datos se realizó con el programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De un total de 356 ingresos en el servicio durante el periodo de estudio, se incluyeron 110 pacientes, de los cuales 63 (57,3%) presentaron algún tipo de error que precisó de intervención. Se realizaron un total de 116 intervenciones, siendo

la más frecuente a causa del error en la prescripción por omisión (55,2%), seguida de la corrección de dosis (20,7%), del intercambio terapéutico para adecuación a guía farmacoterapéutica (12%), la comunicación de prescripción inadecuada (6,9%) y la ratificación de fármacos con baja utilidad terapéutica durante el ingreso (5,2%). Todas las intervenciones fueron aceptadas y ratificadas por el médico responsable. La cantidad total de tratamientos domiciliarios revisados fue de 909 fármacos (8,3 por paciente, DE = 4,6), que al ingreso pasaron a ser 1021 (9,3 por paciente, DE = 3,5). Los grupos terapéuticos implicados con mayor frecuencia en estos errores fueron los inhibidores de la HMG-CoA reductasa (13,8%), los antagonistas de la angiotensina II (11,2%) y los antiepilépticos usados para dolor neuropático N03AX (11,2%).

Conclusiones

El error de conciliación que precisó mayor número de intervenciones en este estudio fue por omisión, siendo la atorvastatina, pregabalina y losartan los principios activos implicados con mayor frecuencia. El farmacéutico tiene un papel clave en la conciliación, mejorando la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos durante el ingreso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

974. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE CREMA DE COLISTINA TÓPICA EN PACIENTE AMBULATORIO CON ÚLCERA CUTÁNEA

AUTORES

IGLESIAS IGLESIAS AA, SASTRE MARTORELL ML, ALCORTA LORENZO A, PÉREZ RODRÍGUEZ O, RODRÍGUEZ CAMACHO JM

CS PORTO CRISTO (SECTOR LLEVANT DE AP - SFH HOSPITAL DE MANACOR). CALLE VILLALONGA Nº 6. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir el perfil de utilización de la crema de colistina 0,1% (CCT) para tratamiento de úlceras infectadas por *P.aeruginosa* en 20 zonas básicas de salud a través de la prescripción en receta del Sistema Nacional de Salud con el fin de establecer recomendaciones si procede.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con los aplicativos de gestión de la prescripción se detectaron los pacientes con dispensaciones CCT durante el periodo de enero de 2015 a febrero de 2018. Se elaboró una hoja de recogida de datos conteniendo los campos: antibioterapia previa y antibioterapia sistémica concomitante al tratamiento con CCT, fechas de inicio y fin de tratamiento con CCT, realización de antibiograma y perfil de resistencias previamente y al final de tratamiento con CCT, coinfección por otros microorganismos y número de antibióticos sistémicos prescritos en el año previo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 36 pacientes (56% hombres; edad media en el momento del tratamiento de 69 años; 6 exitus) con prescripciones de CCT, teniendo diagnósticos de úlcera cutánea/vascular el 66,67% y de celulitis el 11,11%. En el 89,80% de tratamientos se realizó antibiograma previamente, detectándose un 9,09% de aislamientos distintos de *P.aeruginosa* (2 aislamientos de *Stenotrophomonas maltophilia* sensibles a colistina, 1 de *A.baumannii* extremadamente resistente y 1 de *Proteus spp/E.faecalis*); el 34,09% fueron *P.aeruginosa* multirresistente, de los cuales 53,33% negativizaron al finalizar el tratamiento (en 15 tratamientos no se realizó antibiograma al finalizar).

La evolución de estas patologías suele ser tórpida, con una o más líneas de tratamiento antibiótico previo al inicio de la CCT (83,33% pacientes; 25% con 5 o más tratamientos antibióticos sistémicos en el año anterior). En el caso del primer tratamiento con CCT, no se observó mayor presencia de *P.aeruginosa* multirresistente por el hecho de haber recibido antibioterapia sistémica y/o tópica previa (78,57% frente a 94,74% de aislamientos de *P.aeruginosa* con antibioterapia sistémica y/o tópica previa).

En total se contabilizaron 49 tratamientos con CCT (algunos pacientes recibieron varias tandas de tratamientos: 6 pacientes recibieron dos tratamientos, 2 recibieron tres y 1 paciente recibió hasta cuatro tratamientos con CCT durante el periodo de revisión). Solamente en un 5,56% se inició el primer tratamiento con CCT sin antibiograma previo (23,08% sin antibiograma previo en los sucesivos tratamientos). En 25 tratamientos con CCT se adicionaron antibióticos sistémicos (9 para tratar otros microorganismos aislados). En cuanto a la duración del tratamiento con CCT, en 5 casos se cronificó (1 exitus, 1 denegado por visado) y en otros 5 duró 3 o más meses.

Conclusiones: el uso de la CCT fue adecuado en la mayoría de pacientes (identificación de *P. aeruginosa* y fallo de antibioterapia sistémica/tópica previa). La CCT se posiciona como una alternativa de segunda línea, reservándose para cuando fracasan otros tratamientos locales y/o sistémicos.

El tratamiento de estas patologías de difícil y lenta cicatrización se complica con el riesgo de infección por *P.aeruginosa*, especialmente multirresistente, lo que conlleva una alta carga de tratamiento antibiótico que siempre es una amenaza para el desarrollo de resistencias, por lo que se debe vigilar la adecuación de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

987. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

MARTIN GUTIERREZ N, BLAZQUEZ GALÁN A, VALVERDE MERINO MP, BEUNZA SOLA M, MARTÍN GIL M, RODRIGUEZ CAJARAVILLE L, CORRAL ALAEJOS A, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº. SAN VICENTE, 88-182. SALAMANCA



OBJETIVOS

El cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPMRC) se trata principalmente con dos antineoplásicos orales, enzalutamida y acetato de abiraterona.

El objetivo de este estudio es describir las posibles interacciones farmacológicas registradas entre estos antineoplásicos y la medicación habitual de los pacientes con CPMRC atendidos en nuestro hospital, así como comparar las diferentes herramientas disponibles para la búsqueda y clasificación de dichas interacciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, de un año de duración (marzo 2017-marzo 2018), de los pacientes en tratamiento con enzalutamida o abiraterona en nuestro centro, atendidos en la unidad de pacientes externos.

Se recogieron los siguientes datos de cada paciente: edad, tratamiento oncológico prescrito y medicación concomitante, recabada mediante la entrevista clínica y el programa de receta electrónica (Medora®).

Para la búsqueda y clasificación de las posibles interacciones se utilizaron tres herramientas: las bases de datos Lexicomp® y Micromedex® y la aplicación móvil Drugs.com®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 67 pacientes, de los cuales 35 estaban tratados con abiraterona y 32 con enzalutamida. La mediana (rango) de edad fue de 81 (51-91) años y de 6 (1-16) el número de fármacos concomitantes.

Al consultar las herramientas utilizadas, se detectaron posibles interacciones en 42 de los 67 pacientes (62,7%), 27 de los cuales estaban con enzalutamida. Las interacciones con abiraterona se asociaron a su efecto inhibitor del CYP1A2, CYP2D6 y CYP2C9 o a ser sustrato del CYP3A4. En el caso de enzalutamida, las interacciones se atribuyeron a su efecto inductor sobre el CYP3A4 y CYP2C19 o a ser sustrato del CYP2C9.

De las bases de datos consultadas, Lexicomp® fue la que más interacciones detectó: un total de 90, 23 con abiraterona y 67 con enzalutamida. El número y tipo de interacciones detectadas con abiraterona y los fármacos mayoritariamente implicados fueron: 3 tipo D (metoprolol, mirtazapina, fenobarbital), 18 tipo C (acenocumarol, tamsulosina, tramadol) y 2 tipo B (oxicodona/naloxona). Con enzalutamida se detectaron 5 interacciones tipo X (fentanilo, ribaroxaban y ranolazina), 55 tipo D (omeprazol, atorvastatina, bisoprolol) y 7 tipo C (prednisona, clopidogrel, rosuvastatina).

Micromedex® detectó sólo 16 interacciones: 11 con abiraterona y 5 con enzalutamida. Con abiraterona se observaron 2 de carácter grave (oxicodona/naloxona) y 9 de carácter moderado (tamsulosina, tramadol). Con enzalutamida se detectaron 3 de carácter grave (fentanilo, dexametasona) y 2 de carácter moderado (oxicodona/naloxona, venlafaxina). La aplicación Drugs.com® detectó 72 interacciones: 15 con abiraterona y 57 con enzalutamida. Con abiraterona 3 fueron de carácter grave (oxicodona/naloxona, fenobarbital) y 12 de carácter moderado (tamsulosina, tramadol, nebivolol). Con enzalutamida hubo 4 de carácter grave (fentanilo, oxicodona/naloxona, ranolazina) y 52 de carácter moderado (omeprazol, atorvastatina, bisoprolol).

Los antineoplásicos orales empleados en el tratamiento del CPMRC presentan numerosas interacciones potenciales con otros fármacos utilizados habitualmente por los pacientes, especialmente la enzalutamida. Las herramientas utilizadas para la búsqueda de estas interacciones son útiles, pero presentan diferencias importantes en el número de interacciones que permiten detectar y en su posible gravedad. Por ello, es muy importante la labor del farmacéutico hospitalario en la interpretación y manejo de estas interacciones.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

995. APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONVERSIÓN PRECOZ DE TRATAMIENTO INTRAVENOSO A ORAL

AUTORES

DE TEMPLE PLA M, CHICOTE LYNCH J, ESCOLÀ RODRIGUEZ A, EL HILALI MASÓ N, GALOFRÉ MESTRES ML, MONTOLIU ALCÓN P, SEGUÍ SOLANES C, PONS BUSOM M
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR. VILADOMAT 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Reforzar la aplicación de un programa de conversión precoz de paracetamol intravenoso (IV) a vía oral (PO) en pacientes seleccionados que podrían beneficiarse de la terapia secuencial (TS) y disminuir el coste farmacéutico derivado de éste. Detectar los servicios con menor tendencia a realizar TS con la finalidad de promover su aplicación mediante programas formativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital universitario de 300 camas. A finales de febrero 2018 se acordó intensificar la aplicación de la TS de paracetamol con el objetivo de ampliarla a otros fármacos.

Durante marzo y abril de 2018, dos veces por semana se extrajeron datos de prescripciones activas con paracetamol IV mediante el programa de gestión farmacéutica y se valoró la posibilidad de pasarlas a PO según si cumplían criterios de switch: el paciente podía tomar medicación PO; podía comer o tolerar dieta enteral; ausencia de náuseas o vómitos; mejoría clínica.

Se registraron las siguientes variables: servicio responsable, pauta fija vs si precisa y si se realizó o no TS. Se analizó el porcentaje de cambio realizado, total y por servicios, y se estimó el ahorro derivado de éste. Además se obtuvo el consumo de paracetamol de febrero-abril de 2017-2018 para ver la evolución de la dosis diaria definida (DDD) de ambos periodos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron los tratamientos de paracetamol IV de 1.393 pacientes de los cuales se realizó TS en 560 (40,5%): 221 pautas fijas y 339 pautas analgésicas/antitérmicas si precisa. El servicio con mayor número de tratamientos IV fue medicina interna (40%) seguido de cirugía general-digestiva (CGD) (11%). Los servicios en los que se llevaron a cabo un



mayor número de TS fueron cardiología (71,4%), neurología (63%) y cirugía vascular (62,5%) mientras que en los que se realizaron menos fueron digestivo (0,8%), CGD (1,3%) y oncología (1,4%). El ahorro estimado considerando el total de TS realizadas fue de 600€/mes y si solamente se tenían en cuenta los tratamientos fijos, 240€/mes.

Las DDD de 2017 vs 2018 de paracetamol IV fueron: marzo 29,5/27,3 (disminución 7,5%); abril 26,9/27,9 (aumento 4%) y de paracetamol PO: marzo 23,8/27,8 (aumento 16%); abril 23,5/27,0 (aumento 17%).

La DDD de paracetamol PO aumentó en 2018 respecto al mismo periodo de 2017 en los dos meses analizados. La de paracetamol IV disminuyó en marzo pero aumentó en abril debido a un aumento del total de tratamientos de paracetamol prescritos.

Intensificar el programa de conversión precoz de tratamiento de paracetamol IV a PO supone un ahorro económico no despreciable en tan solo 2 meses de aplicación.

La mayoría de TS se realizaron en pacientes ingresados en cardiología, neurología y cirugía vascular. Sería interesante llevar a cabo programas formativos para concienciar sobre el uso de la TS durante la prescripción médica, principalmente en estos servicios.

Promover la práctica de la TS debe extenderse a otros fármacos susceptibles de realizarla por todas las ventajas tanto a nivel asistencial como económico que ésta supone.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1018. DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

AUTORES

PASCUAL MARTÍNEZ M, CÁNOVES ESCOLANO MA, ESPERT ROIG M, GARCÍA CASES S, ANDÚJAR MATEOS A, OJEA CÁRDENAS L, MINUESA SÁNCHEZ R, ORTIZ SÁEZ P

SERVICIO DE FARMACIA CENTRO SOCIOSANITARIO LA FLORIDA. C/TOMAS AZNAR DOMENECH. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de estatinas en personas mayores dependientes institucionalizadas y medir la deprescripción en aquellos residentes susceptibles de retirada, tras la intervención farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, analítico y de intervención en el que se seleccionaron los pacientes institucionalizados en tres centros sociosanitarios que tenían prescrita alguna estatina. Las variables registradas fueron: edad, sexo, estatina (simvastatina, pravastatina y atorvastatina), dosis, indicación en prevención primaria o secundaria y factores asociados: diabetes, tabaquismo, colesterol total y HDL, tensión sistólica y diastólica, cáncer, demencia, insuficiencia renal (IR), efectos adversos a estatinas (EA) e interacciones farmacológicas. Con los datos anteriores se realizó una recomendación de deprescripción: para prevención 1ª se recomendó retirar la estatina en pacientes > 75 años, con riesgo cardiovascular (RCV) < 10, demencia, diabetes o IR; para prevención 2ª se recomendó suspender en pacientes con cáncer, demencia avanzada, EA o > 75 años y disminuir dosis en pacientes con diabetes o IR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 367 residentes, un total de 80 (21,8%) tenían prescrita una estatina. La edad media de estos residentes fue de 81,5 años, siendo el 60% mujeres, un 31,3% diabéticos, 11,3% fumadores, 2,5% tenían cáncer, un 20% demencia y un 11,3% IR. No se notificaron EA ni interacciones. El 47,5% de los pacientes tenían prescrita la estatina para prevención primaria y el resto para prevención secundaria. Simvastatina estaba prescrita en el 78,8% de los casos, atorvastatina en un 16,3% y pravastatina en un 5%. La dosis de simvastatina de 10 mg estaba pautaada en un 38,1%, la de 20 mg en un 46% y la de 40 mg en un 15,9%. La dosis de atorvastatina de 20 mg estaba pautaada en un 46,2%, la de 40 mg en un 15,4% y la de 80 mg en un 38,5%.

Se recomendó retirar la estatina en un 50% de los pacientes. De estos pacientes susceptibles de retirada, un 68,4% tenían la estatina indicada en prevención 1ª y el resto en 2ª. Tras dicha recomendación, la deprescripción se llevó a cabo en el 70% de los pacientes. La deprescripción fue mayor en el grupo de pacientes con estatinas para prevención 2ª, observándose la retirada en un 85,7% de pacientes tras la recomendación. Por otro lado, la deprescripción en el grupo de prevención 1ª se llevó a cabo en un 61,5% de los pacientes. En un 30% del total de pacientes con estatinas se recomendó disminuir la dosis, aceptando la recomendación en un 66,7%.

Conclusiones

Es importante hacer un seguimiento de la prescripción de estatinas para valorar la necesidad de continuar con el tratamiento, dado que se prescriben con mucha frecuencia y desde el inicio de la prescripción pueden variar las expectativas de prevención, así como producirse efectos adversos, y en muchas ocasiones la relación riesgo-beneficio puede ser desfavorable. En este estudio se observa que la intervención farmacéutica facilita la deprescripción de estatinas, por lo tanto es necesario implantar un protocolo de revisión de estatinas para poder llevar a cabo la deprescripción cuando ya no existe un beneficio para el paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1029. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS EN LOS PACIENTES DE URGENCIAS

AUTORES

FERNÁNDEZ CEBRECOS I, SERNA ROMERO O, SANTOLAYA PERRIN R, GARCIA DIAZ V, ALONSO DELGADO I, FERNANDEZ PACHECO M

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ-MECO, S/N. MADRID



OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de un programa de revisión de tratamientos crónicos de pacientes atendidos en urgencias y detectar y priorizar sus puntos de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes evaluados por el farmacéutico de urgencias durante el año 2017.

Diariamente, el farmacéutico realiza una entrevista de conciliación a los pacientes atendidos en el área de observación. Esta entrevista no está destinada a la de revisión de tratamientos crónicos, sin embargo cuando se detectan problemas relacionados con la medicación (PRMs) y prescripciones potencialmente inapropiadas (PPIs) de relevancia a criterio clínico del farmacéutico y se elabora un informe destinado al médico de atención primaria (MAP) para su corrección. Este informe se envía encriptado por correo electrónico al MAP. Cuando el MAP lo recibe solicita la clave para poder acceder al informe con la recomendación y analizar el caso.

Para la evaluación de la eficacia del programa se midió el porcentaje de aceptación de recomendaciones farmacoterapéuticas enviadas al MAP.

Se evaluaron los siguientes puntos de mejora:

Comunicación con el MAP. Se mide a través del porcentaje de claves solicitadas por parte del MAP para poder acceder a la recomendación enviada por el farmacéutico.

Aceptación de las recomendaciones sobre el total de las revisadas por el parte del MAP.

Para conocer el grado de aceptación de las recomendaciones se revisó la historia clínica de atención primaria a través del visor clínico Horus®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron un total de 1846 entrevistas en urgencias. Se contactó con el MAP responsable de 190 pacientes (10.29% de los pacientes entrevistados). Se realizaron un total de 269 recomendaciones referentes a PPIs o PRMs (1.41 PPI ó PRM/paciente). En 48 pacientes se modificó el tratamiento de acuerdo a las recomendaciones realizadas por el farmacéutico, lo que supone una eficacia del programa del 17.8%.

De los 190 informes enviados, el MAP solicitó la clave de acceso al informe de 103 pacientes que contenían 150 recomendaciones, lo que supone una eficacia de la comunicación del 54.2%.

En total se solicitó la clave de acceso para 150 recomendaciones de las cuales 48 fueron aceptadas. Por tanto, el porcentaje de aceptación sobre el total de recomendaciones revisadas por el MAP fue de 32%.

Las recomendaciones más frecuentes se refirieron a la utilización prolongada de inhibidores de la bomba de protones sin indicación (32%), al uso prolongado de benzodiazepinas (25.6%) y al uso de ácido acetilsalicílico como antiagregante a dosis altas (9.6%).

Conclusiones

El programa logra modificar el tratamiento crónico del 17.8% de los pacientes.

Para mejorar la eficacia del programa se puede trabajar en una mejora de la comunicación con el MAP y en la mejora de la aceptación de las recomendaciones enviadas. No obstante, por tratarse de tratamientos crónicos de uso prolongado, a veces de difícil modificación por la negativa del paciente, se considera prioritaria la mejora en el circuito de comunicación.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1035. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN E INDICACIÓN DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN UN ÁREA DE GESTIÓN INTEGRADA

AUTORES

ALVAREZ NONAY A, HORRILLO SÁNCHEZ DE OCAÑA P, BLANCO CRESPO M, MENDOZA ACOSTA I, HORTA HERNANDEZ AM, IBARRA LORENTE MI, PAREDERO DOMÍNGUEZ JM, CARRETERO ALBIÑANA ME
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTES DE SANGRE S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Sacubitrilo/valsartán fue autorizado en Diciembre de 2015 por la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) sintomática con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida.

El informe de posicionamiento terapéutico (IPT) publicado por la AEMPS en Octubre de 2016 recomienda su uso en pacientes con ICC y FEVI < 35%, niveles plasmáticos elevados de péptidos natriuréticos B (BNP) con mal control pese al tratamiento con dosis estables de IECA o ARA-II en combinación con beta-bloqueantes y antagonistas de la aldosterona, sin que éste sea debido a un incumplimiento terapéutico.

Se trata de un fármaco de reciente aprobación que supone un impacto económico importante respecto a otras alternativas terapéuticas existentes

El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación de las prescripciones de sacubitrilo/valsartán a la ficha técnica (FT) y al IPT en una Gerencia de Atención Integrada durante el año 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de prescripción-indicación realizado de enero a diciembre de 2017. Los datos de prescripción se obtuvieron del programa de explotación de datos de la receta dispensada (Digitalis®) y la información de las variables demográficas y clínicas, de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, grado de insuficiencia cardiaca valorado por la escala New York Heart Association (NYHA), FEVI, tratamientos



previos para ICC, ingresos hospitalarios por descompensación de la ICC en los 12 meses anteriores al inicio del fármaco y efectos adversos (EA) durante el tratamiento. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio 47 pacientes iniciaron tratamiento con sacubitrilo/valsartán, 85%(40) hombres, mediana de edad de 68 años (RIC: 60-77). El 64% presentaban diagnóstico de ICC NYHA II, 27 % NYHA III, 9% NYHA I. La FEVI media al inicio de tratamiento fue de $33,3 \pm 6,8$. Sólo pudo recogerse el resultado del BNP en 5 pacientes siendo la mediana de 325 pg/ml (RIC: 156-5054)

El 47% de los pacientes habían ingresado por descompensación de su ICC en los 12 meses anteriores al comienzo de tratamiento con sacubitrilo/valsartán.

El 76% de los pacientes recibieron tratamiento previo con IECA, 19% ARA-II, 89% beta-bloqueantes y 79 % antagonistas de la aldosterona. Cuatro pacientes sufrieron EA durante el tratamiento y fue necesario suspender el sacubitrilo/valsartán (hipopotasemia, mareos, inestabilidad, disnea). El 100% de las prescripciones cumplían indicación de FT, mientras que sólo el 70%(33) de las prescripciones se consideraron de acuerdo al IPT.

Las prescripciones de sacubitrilo/valsartán en el Área de Gestión Integrada cumplen las indicaciones de FT pero un tercio de ellas no se ajustan a las recomendaciones de uso del IPT. Se han registrado EA que han requerido la suspensión del tratamiento en un pequeño porcentaje de pacientes. El elevado impacto presupuestario que supone su utilización frente a sus alternativas terapéuticas hace necesario posicionar su uso sólo en pacientes con evidencia clara de beneficio clínico conforme a las indicaciones del IPT.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1083. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS

AUTORES

RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, BEUNZA SOLA M, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, LASO LUCAS E, MARTÍN GUTIERREZ N, ALONSO CLAUDIO G, SEISDEDOS CORTÉS L, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. Pº. SAN VICENTE, 182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La "Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León" incluye un programa de atención farmacéutica para mejorar la adecuación y conciliación de la medicación en pacientes crónicos pluripatológicos complejos (PCPC). El objetivo del estudio ha sido comparar los resultados de este programa en una Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) los dos primeros años de su implantación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo desarrollado en la UCA de un hospital de tercer nivel. Se compararon los resultados del proceso de conciliación realizado en todos los PCPC (nivel G3 de estratificación) durante 6 meses (Julio-Diciembre) de dos años consecutivos (2016 y 2017). En cada uno de los años el programa incluyó las siguientes actuaciones: obtención y registro de la historia farmacoterapéutica del paciente al ingreso [entrevista clínica y programa de receta electrónica (Medora®)], conciliación de la medicación al ingreso y al alta, educación al alta (listado con la medicación nueva, suspendida y que continúa igual, y explicación al paciente/cuidador) y revisión de la adecuación de las prescripciones (criterios STOPP-START versión 2 y CheckTheMeds®). Las discrepancias se clasificaron como justificadas y no justificadas (errores de conciliación, EC). Se registraron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas, el tipo y aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los 6 meses analizados de 2016 y 2017 se realizó la conciliación a 116 (35% hombres) y 91 (55% hombres) pacientes con una mediana de edad de 85 [51-96] y 82 [59-98] años, respectivamente. La mediana de fármacos prescritos al ingreso fue de 10 [6-12] y 11 [5-15], y al alta de 8 [9-13] en ambos años. En total, se detectaron 4,5 discrepancias/paciente en 2016 y 3,95 en 2017. Al ingreso, las discrepancias justificadas/paciente fueron 1,73 y 1,78 y los EC 0,32 y 0,8. Al alta hospitalaria, las discrepancias/paciente justificadas detectadas fueron 1,68 y 1,10 y las no justificadas 0,78 y 0,21, respectivamente. En 2016 los EC al alta correspondieron a: omisión de medicamento (52%), dosis diferente (20%), comisión de medicamento (13%), medicamento erróneo (7,5%) y duplicidad (7,5%). En 2017 sólo se produjeron EC de omisión (79%) y comisión (21%). Comparando 2016 vs 2017, se detectaron por paciente 0,20 vs 0,12 prescripciones potencialmente inapropiadas según criterios STOPP y 0,07 prescripciones potencialmente inapropiadas según criterios START en ambos años. El número de intervenciones/paciente realizadas varió de 0,49 a 0,58 y su aceptación del 61% al 100%. Además, se realizaron 0,09 vs 0,13 deprescripciones y 0,12 vs 0,25 ajustes posológicos, respectivamente.

Conclusiones: En 2017 el número de discrepancias detectadas se ha reducido aunque la mayoría de ellas siguen siendo justificadas. A pesar de que el número y tipo de EC al alta han disminuido notablemente, la omisión de medicamentos sigue siendo la más frecuente. También se han reducido las prescripciones potencialmente inapropiadas detectadas, sobre todo aquellas que cumplían criterios STOPP. El número de intervenciones realizadas por paciente ha aumentado, lográndose un 100% de aceptación de las mismas. El programa implantado ha conseguido mejorar la continuidad en las transiciones asistenciales y la adecuación del tratamiento y, con ello, la seguridad de los PCPC atendidos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**1092. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL DE EDAD AVANZADA.****AUTORES**

SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, RANZ ORTEGA P, LOPEZ MENDEZ P, PATIER RUIZ I, CAVADA CARRANZA I, DIEZ FERNANDEZ R, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) aumenta con la edad. El desarrollo de comorbilidades, la presencia de polifarmacia y el riesgo de recibir “medicación potencialmente inadecuada” (MPI) es mayor en pacientes de edad avanzada. El objetivo es determinar la prevalencia de MPI en pacientes con CCR de edad avanzada. Como objetivo secundario se pretende caracterizar los MPI, estudiar los factores de riesgo y comparar los criterios disponibles para su identificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes con CCR mayores de 65 años en tratamiento entre septiembre 2017 - marzo 2018. Se obtuvo el perfil farmacoterapéutico en la primera visita médica oncológica en dicho periodo mediante informes médicos e historia clínica digital centralizada (Horus®) que contiene información de la prescripción en Atención Primaria así como las comorbilidades del paciente. Para la detección de MPI se aplicaron criterios predefinidos utilizados para asistir en el proceso de desprescripción. Estos criterios fueron: STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescription), Beers 2015, adaptación española de los criterios Beers 2012 y el sistema FORTA España (Fit FOR The Aged). Se midió la carga anticolinérgica mediante la Escala de Riesgo Anticolinérgico (ARS) y la propuesta por Duran et al. Se definió polifarmacia como la toma ≥ 5 medicamentos de forma crónica, excluida la terapia antineoplásica, y polifarmacia mayor como la toma de ≥ 11 . Se estudiaron los posibles factores de riesgo para la presencia de MPI mediante una prueba Chi-cuadrado para variables cualitativas y T de Student o U de Mann-Whitney para cuantitativas. Posteriormente se realizó un análisis multivariante por regresión logística. La concordancia entre los criterios utilizados se midió mediante el índice Kappa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 67 pacientes, un 56,7% eran hombres. El 40,3% presentaba enfermedad metastásica. El número medio de fármacos por paciente excluida la quimioterapia fue $6,1 \pm 3,5$ con una media de $3,1 \pm 1,9$ comorbilidades. El 64,2 % presentaba polifarmacia y el 6% polifarmacia mayor. Un 16,4 % presentó medicación con riesgo anticolinérgico según ARS y un 28,4 según Duran et al. El 92,5% presentó algún MPI según cualquier criterio. Por criterio específico: STOPP (50,3%); Beers 2012 adaptados (52,2%); Beers 2015 (85,1%) y FORTA (59,7%), siendo el número medio de MPI detectados $0,8 \pm 1$; $1,6 \pm 0,8$; $2,9 \pm 1$ y 6 ± 1 respectivamente. El único factor de riesgo relacionado con la MPI fue el número de fármacos (OR=1,49; IC95% 1,04-2,12; p=0,011). El grado de concordancia entre los distintos criterios fue variable, oscilando entre 0,125 para Beers 2015-STOPP y 0,669 para Beers adaptados-FORTA. Las benzodiacepinas (22,8%) y los opioides (13,7%) fueron los medicamentos más implicados según todos los criterios analizados. Particularmente, en los criterios Beers 2015 destacan los inhibidores de la bomba de protones (25,4%).

Conclusiones

Un alto porcentaje de los pacientes de edad avanzada con CCR presentan MPI. La concordancia entre los diferentes criterios utilizados fue variable. La polifarmacia es un factor de riesgo para recibir MPI, siendo las benzodiacepinas y los opioides los medicamentos más implicados.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**1093. VALIDACIÓN FARMACÈUTICA EN PACIENTES INGRESADOS Y AUDITORIA DEL VISADO DE RECETAS CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA****AUTORES**

JIMENEZ CASAUS J, GARCÍA LÓPEZ L, ROLDÁN GONZÁLEZ J, GIL NAVARRO I, GONZÁLEZ PEREZ P, RODRIGUEZ PALOMO A, PAREDES BERNALDO DE QUIROS ML, GIL VALIÑO C
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. AVENIDA DE REQUEJO 35. ZAMORA

OBJETIVOS

Desarrollar e implantar un programa de atención farmacéutica en dosis unitaria además de evaluar las intervenciones realizadas sobre ajuste posológico, interacciones medicamentosas y solicitudes de fuera de ficha técnica de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) para prevenir errores de medicación y asegurar el uso de los mismos en las indicaciones autorizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio retrospectivo observacional de 4 meses de duración (Octubre-Febrero 2018) en pacientes ingresados en tratamiento con un NACO y peticiones como fuera de ficha técnica a la unidad de pacientes externos, usando variables como edad, sexo, peso, grado de estadio enfermedad crónica y hepática, medicación concomitante e indicaciones de los medicamentos autorizadas.
- Parametrización de un sistema de alertas asociadas a los fármacos susceptibles de ajuste, monitorización e interacción relevante en Farmatools®.
- Parametrización de las intervenciones realizadas por tipo en el programa.
- Diseño de una hoja de intervenciones para hacer llegar a los facultativos por escrito aquellas en las que fuese necesario.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se evaluaron las prescripciones de 46 pacientes en unidosis y 8 pacientes externos (edad media 82,5 [66-96]). El total de intervenciones realizadas en el periodo de estudio fue de 32. Según el tipo de intervención: El 40,6% (13 intervenciones) de ellas correspondieron a ajustes posológicos, el 21,8% (7 intervenciones) a prescripciones fuera de ficha técnica, el 25% (8 intervenciones) a errores de prescripción y el 12,5% (4 intervenciones) a interacciones medicamentosas.

La distribución de los ajustes posológicos realizados fue: un 38,4% Rivaroxaban, un 23,07% tanto para Dabigatran como Apixaban y un 15,3% para Edoxaban.

Las intervenciones debidas a errores de prescripción fueron en 3 casos por asociación a Enoxaparina-Rivaroxaban y por dosis-secuencia incorrecta 5 casos (2 casos pautados Apixaban 2,5 mg/24h, dos casos de Dabigatran 110mg/24h y un caso 5mg/24h).

Las interacciones correspondieron principalmente a asociaciones con Inhibidores de gp-P (Antagonistas del calcio y Amiodarona principalmente). Se clasificaron en función de la recomendación: 1) Cambio/suspensión proponiendo alternativa de un fármaco implicado y 2) Monitorización clínica del paciente.

Las intervenciones realizadas ante la solicitud de un NACO como fuera de indicación, se realizaron en base a si la denegación del visado se ajustaba a las directrices vigentes e indicaciones autorizadas, evaluando variables (edad, principio activo, servicio prescriptor e indicación) y si cumplimiento de Fibrilación Auricular No Valvular (FANV) con CHADS2 >=2 y cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla. En todos los casos evaluados se denegó su uso por no cumplir criterios de financiación.

Conclusiones

- El mayor porcentaje de intervenciones está relacionado con el ajuste posológico de fármacos, debido en parte a la edad avanzada de la población que atendemos, tratándose en muchos casos de pacientes polimedicados, incrementándose la probabilidad de encontrar interacciones medicamentosas.
- El número e impacto de las intervenciones sobre estos fármacos requiere de un protocolo-parametrización correcta en la prescripción-validación-visado farmacéutica, que aumente la seguridad del paciente y un mejor manejo de estos fármacos.
- El registro informático de las intervenciones permite además la evaluación de la actividad del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1098. UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

AUTORES

ROJO GARCIA A, CELDRÁN HERNÁNDEZ MA, CLAVERO IBARRA P, CIRUJEDA RANZENBERGER C, SALAS GARCIA A, GÓMEZ MARTÍNEZ M, MONTFORT CERVERA MP, GONZALEZ PRIETO P
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI. MENDINUETA S/N. NAVARRA

OBJETIVOS

Analizar el uso de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (LAIs, por sus siglas en inglés) en pacientes con esquizofrenia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, multicéntrico.

Se seleccionan pacientes que cumplen criterios diagnósticos de "Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" ingresados al menos cinco meses en alguno de los centros participantes, en tratamiento con un LAI a dosis estable, durante mínimo tres meses. Los datos fueron recogidos entre el 19 y 28 marzo de 2018.

Se registran edad, sexo, LAIs, antipsicóticos concomitantes y dosis de ambos. Se excluyen antipsicóticos en pauta PRN.

Se realiza una descripción de las características (edad, sexo) de los pacientes. Se analiza mediante chi cuadrado el porcentaje de pacientes en monoterapia con cada LAI, calculando dosis media de cada antipsicótico y estudiando los antipsicóticos orales concomitantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyen 675 pacientes (66,1% hombres y 33,9% mujeres) de 20 centros. Edad media 51 años.

Ocho pacientes llevan prescritos dos LAIs concomitantemente. El 36,3% de los LAIs corresponden a paliperidona (mensual o trimestral), 23,6% zuclopentixol, 14,5% flufenazina, 12,4% aripiprazol, 11,3% risperidona, 1,5% olanzapina y 0,4% haloperidol.

Se comparan edades con un test de comparaciones múltiples, ajustado mediante Bonferroni. Se observa que los pacientes con aripiprazol tienen de media 45,22 años, 10 menos que los pacientes con zuclopentixol y flufenazina ($p < 0,001$) y 7 menos que los pacientes con risperidona ($p=0,02$). Los pacientes con paliperidona tienen de media 48,19 años, 7 menos que los pacientes con zuclopentixol y flufenazina ($p < 0,001$). Los pacientes con olanzapina tienen de media 39,2, 16 menos que los tratados con zuclopentixol y flufenazina ($p < 0,001$).

El 23,7% de pacientes no lleva tratamiento concomitante oral. De los restantes, el 42,5% lleva un antipsicótico oral concomitante, el 23,7% dos, el 9,2% tres y el 0,9% cuatro.

Los 515 pacientes con tratamiento oral concomitante suponen un total de 817 tratamientos orales. Olanzapina se ha prescrito el 18,2% de casos, quetiapina el 16%, clozapina y haloperidol el 10,5%, risperidona el 10%, levomepromazina el 9,7% y clotiapina el 7,7%. Un 17% de los tratamientos corresponden con otros antipsicóticos.

La dosis media de LAIs está dentro del rango recomendado excepto la de risperidona; dosis media 142,14 mg/mes (dosis máxima recomendada 100 mg/mes).



Comparando el porcentaje de pacientes en monoterapia, el total de pacientes con haloperidol depot, 3, lo llevan en monoterapia. El 58,8% que llevan aripiprazol están en monoterapia frente al 12,4% de pacientes con zuclopentixol, 6,1% con flufenazina, 11,7% con risperidona y 27% con paliperidona, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. También hay diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de pacientes en monoterapia con paliperidona y olanzapina (40%) frente a zuclopentixol y flufenazina.

Conclusiones

El 23,7% de pacientes en tratamiento con LAIs está en monoterapia.

La media de edad de pacientes con flufenazina y zuclopentixol es significativamente mayor que con aripiprazol, olanzapina y paliperidona.

La mayor frecuencia de tratamiento en monoterapia se observa con aripiprazol, seguido de olanzapina y paliperidona. Flufenazina, risperidona y zuclopentixol están prescritos más frecuentemente en politerapia.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1100. ADECUACIÓN DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN A LOS CRITERIOS DE UTILIZACIÓN PROPUESTOS POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

AUTORES

MARTÍNEZ SIMÓN JJ, PRIETO MOIX S, ESCUDERO VILAPLANA B, SILVA RIÁDIGOS GM, MESEGUER BARROS CM, FABERO JIMENEZ A, PÉREZ ENCINAS M

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCON. BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de las prescripciones de sacubitrilo/valsartán (SAC/VAL) a los criterios propuestos por la Comunidad Autónoma (CA) para el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con ICC sintomática con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida a los que se les ha prescrito SAC/VAL por especialistas de nuestro hospital y médicos de Atención Primaria (AP) de los centros de salud de nuestra área sanitaria y con dispensaciones de SAC/VAL recogidas a través del sistema de facturación de recetas de la CA entre noviembre del 2016 y diciembre del 2017. Se recogieron de la historia clínica electrónica hospitalaria y de AP: edad, sexo, dosis de SAC/VAL y causas de discontinuación del tratamiento. Se analizaron las variables indicadas en el protocolo de utilización de la CM: FEVI \leq 35%, clase funcional NYHA II-III, tratamiento previo optimizado con IECA o ARAII y betabloqueantes (BB) y antagonistas de aldosterona (AA) (salvo contraindicación o intolerancia), péptidos natriuréticos (BNP) elevados, niveles de potasio sérico < 5.4mmol/l, filtrado glomerular estimado (FGe) > 30ml/min/1.73m², presión arterial sistólica (PAS) > 100mmHg, no presencia de insuficiencia hepática grave ni antecedentes de angioedema.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 30 pacientes, con una mediana de edad de 72 años (38-79 años), siendo el 66.7% varones. El 90% de los pacientes presentaba FEVI \leq 35%, con un FEVI medio del 28.4% (DE 6.96). El 33.3% de los pacientes tenían ICC grado II de la NYHA y el 63.33% grado III. En el 53.3% de los casos se disponía de valores de BNP elevados, desconociéndose en el resto. Un 96.7% de pacientes recibieron previamente IECA o ARAII + BB + AA (34.5% con ARAII y 65,5% con IECA). Se desconoce el tratamiento previo de un paciente. El 33.3% de los pacientes cumplían todos los criterios clínicos para iniciar tratamiento con SAC/VAL. De todos los pacientes que iniciaron tratamiento con SAC/VAL, en 5 pacientes no estaba indicado (2 por FGe < 30mL/min, 1 por PAS < 100mmHg, 1 por antecedente de angioedema y 1 por insuficiencia hepática grave). Del 50% de los pacientes se desconoce al menos una variable (46.7% nivel de BNP y 3.3% tratamiento previo optimizado). El 53.3% inició a dosis de 24/26 mg de SAC/VAL, justificándose en el 56.3% de los casos por FGe < 60mL/min y PAS < 110mmHg. El 40% inició tratamiento a dosis estándar de 49/51 mg, de los cuales el 66.7% cumplía condiciones para el inicio con esta dosis. El 3.3% inició a dosis máxima de 97/103 mg, sin motivación en la historia clínica. Se desconoce la dosis de inicio de un paciente. En el 46.7% de pacientes se produjo escalado de dosis según indica ficha técnica. Suspendió tratamiento un 20% de los pacientes, 3 por ingreso hospitalario por cuadro de ICC y 3 por éxitus. La adecuación del tratamiento con SAC/VAL de la ICC a las recomendaciones de prescripción de la CA es mejorable, cumpliéndose sólo en un tercio de las prescripciones. Es necesario el registro de los niveles de BNP para poder garantizar la máxima adecuación a las recomendaciones de la CA.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1111. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS DE UN RESIDENTE DE FARMACIA EN UN GRUPO DE CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA

AUTORES

RAMOS GIL MA, SANTAMARÍA RODRÍGUEZ S, SÁNCHEZ LÓPEZ E, MARRERO PENICHER S, QUESADA MARQUÉS V, GOITIA BARRENETXEA L, LÓPEZ BOUZO L, MAJUELOS AICART L

HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRIN. BARRANDO DE LAS BALLENAS, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Analizar las recomendaciones farmacoterapéuticas realizadas por un residente de farmacia hospitalaria de tercer año durante la rotación en el servicio de cirugía general, de un mes de duración, integrado en un grupo de cirugía coloproctológica



MATERIALES Y MÉTODOS

Se extrajeron los datos de las recomendaciones farmacoterapéuticas registradas en la base de datos Access® correspondientes al mes de septiembre de 2017, realizadas por un residente de tercer año de farmacia hospitalaria integrado en el equipo médico del grupo de cirugía coloproctológica.

Se clasificaron las recomendaciones según el tipo de intervención (cambio de tratamiento, suspensión de tratamiento, inicio de tratamiento, cambio de vía, dosis y/o frecuencia y ajustes nutricionales) y se analizaron las causas que condujeron a las diferentes recomendaciones farmacoterapéuticas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número total de recomendaciones farmacoterapéuticas, durante el mes de análisis, fue de 103. En todos los casos estas recomendaciones fueron aceptadas por los médicos responsables.

Se recomendaron 5 cambios de tratamiento (4,8%), de los cuales 4 consistieron en cambios de tratamiento antibiótico, por alergia medicamentosa o ajuste a los resultados del antibiograma.

El número de recomendaciones de suspensión de medicamentos fue de 20 (19,4%), de las cuales 6 correspondieron a la finalización de tratamiento antibiótico (5,8%), 5 a la prevención de RAM (4,8%), 2 a duración excesiva de tratamiento no antibiótico (1,9%) y 7 a uso de medicamentos contraindicados o inefectivos (6,8%).

Se recomendó el inicio de tratamiento en 34 ocasiones (33%), de las cuales 17 consistieron en la introducción del tratamiento domiciliario habitual no pautado (16,5%).

Se recomendaron 8 ajustes nutricionales en total (7,8%), incluyendo la adecuación de las pautas de sueroterapia, nutrición enteral y ajuste de nutriciones parenterales según las necesidades del paciente.

Finalmente, se realizaron 8 cambios de dosis (7,8%), de los cuales 4 fueron por dosificación excesiva (3,9%), 4 fueron por dosificación insuficiente (3,9%) y 1 modificación de frecuencia (0,97%). Además, se realizaron 17 recomendaciones sobre terapia secuencial (16,5%).

La integración del farmacéutico en un grupo de cirugía puede contribuir a mejorar la calidad asistencial de los pacientes ingresados. El análisis de las recomendaciones refleja el grado de implicación del farmacéutico clínico en distintos procesos: adecuación del tratamiento a la condición clínica del paciente, adherencia a guías de práctica clínica, optimización del tratamiento antibiótico, conciliación de la medicación domiciliaria, con el fin de evitar posibles errores de medicación. Con el análisis de estas intervenciones se deriva la importancia de la integración de forma continua del farmacéutico clínico en un servicio quirúrgico.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1113. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DISPENSACIÓN DE METADONA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES

MIRALLES ANDREU G, POMARES BERNABEU M, MATOSES CHIRIVELLA C, GARCIA IRANZO E, SÁNCHEZ GARCÍA AM, LLINARES ESQUERDO M, JIMÉNEZ PULIDO I, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir la implantación de un programa de dispensación de metadona en pacientes hospitalizados que la requieran en su tratamiento, con el objetivo de asegurar la continuidad del mismo durante el ingreso y tras el alta.

DISEÑO

La orden del 8 de julio de 2014 de la Generalitat Valenciana expone la necesidad de mejorar la coordinación entre la Asistencia Primaria (AP) y la Asistencia Especializada (AE) en pacientes con metadona hospitalizados, con el fin de evitar duplicidades y la discontinuidad del tratamiento. A razón de ello, se instauró un circuito en el Servicio de Farmacia (SF) para la dispensación de metadona a pacientes hospitalizados.

CIRCUITO Y ETAPAS

Ante el ingreso de un paciente en tratamiento con metadona, el médico realiza la prescripción de la misma. El farmacéutico, tras validar la orden médica, asegura de que el paciente está en tratamiento con metadona a nivel ambulatorio y confirma la dosis comparándola con el informe de dispensación de metadona vigente localizado en la aplicación de AP (Abucasis). Posteriormente, el farmacéutico se pone en contacto con la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) para notificar la hospitalización del paciente y corroborar la dosificación de la metadona. Si esta coincide con la dosis prescrita en el ingreso hospitalario, el farmacéutico dispensará las dosis necesarias con la correspondiente hoja de dispensación de estupefacientes. En caso contrario, el farmacéutico se pone en contacto con el médico responsable para comunicar la discrepancia y acordar la dosis que finalmente recibirá el paciente, dispensándose acorde al circuito habitual. Al alta, se facilitan las dosis necesarias en caso de coincidir con el fin de semana y festivos. En ese momento, el farmacéutico contacta con la UCA para notificar las dosis administradas y asegurar la continuidad del tratamiento fuera del hospital. En pacientes que no toman metadona pero al ingreso se constata que precisan iniciar tratamiento, al alta se debe de comunicar a la UCA para garantizar el seguimiento de los mismos. El farmacéutico registra los datos del paciente, así como el servicio prescriptor, la dosis, las fechas de ingreso y alta y la comunicación a la UCA.

IMPLANTACIÓN

La implantación tuvo lugar en octubre de 2014, iniciándose el registro de pacientes ingresados con metadona y contabilizándose un total de 43 pacientes con 109 hospitalizaciones (2,5 hospitalizaciones/paciente) hasta marzo de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

No hubo duplicidades en el tratamiento con metadona. En 42 pacientes, la dispensación la realizó el SF, y en 1 paciente se decidió que tomase la metadona que recogía a nivel ambulatorio, ya que la aportó durante el ingreso hospitalario. En un



9% de las hospitalizaciones se observaron discrepancias entre la pauta posológica prescrita en el hospital y la reflejada en el informe de Abucasis, siendo necesario contactar con el médico para su rectificación. En el 91% de las hospitalizaciones se informó a la UCA. De los no informados, 4 casos fueron por detectarse durante el fin de semana, 1 por recibir el alta antes de poder contactar y 1 por no disponer de datos en la historia clínica. Como limitación, no se pudo confirmar la dosis en los pacientes que no residían en España.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es posible implantar el circuito en los SF con un sistema de distribución de medicamentos de dosis unitarias donde la dispensación de metadona se realice desde el propio servicio. La efectividad de la implantación ha demostrado evitar duplicidades y asegurar la continuidad del tratamiento durante la hospitalización.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1137. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

AUTORES

MARTÍNEZ-DUEÑAS . L, SÁNCHEZ RUIZ A, MUÑOZ CID CL, CLARAMUNT GARCÍA R
COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN. AVD, DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Implantar un procedimiento de conciliación de medicación al ingreso en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel y analizar y evaluar los resultados obtenidos tras su puesta en marcha.

DISEÑO

Se realizaron reuniones periódicas interdisciplinarias coordinadas por la unidad de farmacia para elaborar un procedimiento en el que se describiera el circuito de conciliación en el Servicio de Cirugía General, las responsabilidades y la definición de indicadores para el seguimiento periódico de la calidad. Se impartieron sesiones de formación al personal médico, enfermería y auxiliares.

Se incluyen los pacientes ingresados en el hospital en las plantas de cirugía general con edad igual o mayor a 65 años, que reciben al menos un fármaco para tratar una patología crónica y/o polimedicados (5 fármacos o más), con más de 24 horas de ingreso. Se definieron las variables de medida: número de pacientes revisados, edad y sexo, número de fármacos revisados, nº de errores de conciliación y tipo de error de conciliación (EC) según el Documento de consenso de la SEFH.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. El farmacéutico elabora la mejor historia farmacoterapéutica incluyendo diagnóstico, antecedentes médicos, historial de alergias/intolerancias, registros en la consulta preanestésica y listado completo de medicación domiciliar crónica, consultando las siguientes fuentes de información: Diraya-Clínica (historia electrónica), APD-Prisma® (programa de prescripción electrónica) y receta electrónica. Esta información se completa con la entrevista al paciente/cuidador.
2. Tras la intervención quirúrgica el cirujano realiza la prescripción electrónica correspondiente incluyendo la medicación domiciliar con las instrucciones oportunas en relación al periodo perioperatorio.
3. El farmacéutico valida la prescripción electrónica, realizando intercambio terapéutico en caso necesario y las intervenciones farmacéuticas pertinentes, comunicando a los facultativos prescriptores aquellas discrepancias que precisasen aclaración, verbalmente o a través de la mensajería interna de APD-Prisma®, y resolviendo las discrepancias detectadas.

IMPLANTACIÓN

Entre septiembre y octubre de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se incluyen los datos del proceso de conciliación entre septiembre de 2017 y abril de 2018. Se conciliaron 191 pacientes con una edad media de 75,63 años (65-93), varones 46,07% y mujeres 53,93%.

Se revisaron 1422 fármacos con una media de 7,48 fármacos prescritos por paciente. Se detectaron 352 discrepancias, de las cuales 242 (68,75%) correspondieron a discrepancias no justificadas o EC.

88 (46,07%) pacientes presentaron al menos un EC con un promedio de 1,33 por paciente. El EC más frecuente fue el de omisión (90,90%), seguido de diferente dosis (3,30%), diferente pauta posológica (2,89%), duplicidad (0,82%) e interacciones (0,41%).

En caso de ingresos en viernes por la tarde, fin de semana o víspera de festivos el tiempo transcurrido hasta la conciliación aumenta, ya que actualmente se realiza en horario de mañana de lunes a viernes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El elevado número de discrepancias no justificadas detectadas constituye un riesgo para el paciente quirúrgico que justifica la necesidad de un abordaje interdisciplinar de la conciliación. Se necesita mayor colaboración de los servicios implicados y valoración de la conciliación como medida para disminuir los errores de medicación y su impacto en la mejora de la seguridad del paciente de los servicios implicados.

La monitorización de indicadores constituye una herramienta muy útil para el seguimiento periódico de la calidad en el proceso.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1138. CONCILIACIÓN DIRIGIDA DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

AUTORES

JIMENEZ PICHARDO L, VAZQUEZ VELA V, VARAS PEREZ A, ALCALA SOTO A, PUIVECINO MORENO C, SIERRA SANCHEZ JF
HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA. AVDA. REINA SOFÍA S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Diseño e implementación de un programa de conciliación de la medicación adaptado a pacientes quirúrgicos en un Área de Gestión Sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo sobre la implementación de un programa local, sistemático y estandarizado para la conciliación de la medicación domiciliar dirigida a pacientes quirúrgicos. Elaboramos una base de datos para la emisión de informes de conciliación para todos los pacientes ingresados en Cirugía. En los informes se recogen: nombre y apellidos, edad, NUHSA, fecha ingreso, motivo de ingreso, cama de hospitalización, medicación domiciliar, prioridad de conciliación (< 4h), consideraciones clínicas y recomendaciones de manejo perioperatorio de la medicación según el "Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Quirúrgico". Circuito diseñado: los informes son enviados por email a la supervisora de enfermería, que los entregará a cada enfermera, la cual entrevistará al paciente/familiar y confirmará la toma de los medicamentos y su posología. Posteriormente, los informes cumplimentados se entregan al facultativo responsable, que realizará la prescripción de la medicación aguda y de la domiciliar crónica (MDC) a mantener durante el ingreso hospitalario, según las recomendaciones. Periodo de estudio: del 29 de Enero al 3 de Mayo de 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para la implementación del programa de conciliación de pacientes quirúrgicos, inicialmente se llevó a cabo un periodo de formación aproximado de un mes a los profesionales de la unidad de Cirugía para explicar el circuito diseñado e identificar las necesidades y/o dificultades. Se detectó la necesidad de priorizar la conciliación de la MDC en los pacientes quirúrgicos con motivo de ingreso: neoplasia de colon, enteritis u obstrucción intestinal, en los que se previó una mayor estancia hospitalaria. En estos pacientes se reforzaría la información por mensajería, mediante el programa de prescripción electrónica como elemento facilitador, y seguimiento por el farmacéutico. Las principales dificultades detectadas fueron: coordinación equipo médico-enfermería, mensajes poco concisos como "tratamiento domiciliario habitual" y falta de información por parte del paciente. Durante el pilotaje se enviaron un total de 111 informes correspondientes a 188 pacientes ingresados en la unidad de Cirugía durante el periodo de estudio y se concilió la medicación a la totalidad de los mismos. De estos pacientes quirúrgicos se priorizaron 33(17,6%), cuyos motivos de ingreso fueron: 17 por neoplasia maligna de colon, 13 por oclusión intestinal y 3 por enteritis. El 30,3% de las cirugías fueron relacionadas con neoplasias y el 64,9% guardaban eran patologías del tracto gastrointestinal. Se ha conseguido implantar con éxito el programa de conciliación dirigida en la unidad de Cirugía con la implicación de todos los profesionales, agilizando la rutina diaria y aplicando recomendaciones adaptadas a estos pacientes. La continuidad del tratamiento crónico y la calidad de la asistencia en el periodo perioperatorio se ve beneficiada por este modelo.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1152. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN ACTIVA DE MEDICACIÓN EN PACIENTE QUIRÚRGICO

AUTORES

COBO SACRISTÁN S, PADULLES ZAMORA A, ESTEVE PITARCH E, COLLS GONZALEZ M, OTERO TORRES S, SUÁREZ NOVO JF, GALLEGU ESPAÑOL L, SANCLEMENTE ANSO C
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantación de un programa de conciliación activa de la medicación al ingreso en el servicio de urología, mediante prescripción electrónica y la coordinación por parte del servicio de farmacia.

DISEÑO

La CONCILIACIÓN ACTIVA es el proceso de revisión exhaustiva de la medicación habitual del paciente, reintroducción de ésta, considerando aspectos clínicos del proceso agudo (situación clínica en el período postquirúrgico) y el plan terapéutico durante el ingreso, e identificación de discrepancias en la prescripción. Para la correcta implantación de un programa de conciliación es necesario la coordinación a través de un equipo multidisciplinar.

CIRCUITO Y ETAPAS

Las etapas planteadas fueron:

- Elaboración de un documento consenso. Revisión de protocolos y guías de conciliación de sociedades científicas para definir criterios específicos de introducción de medicación según el tipo de fármaco a conciliar.
- Creación de un algoritmo de actuación por pasos con implicación de enfermeros/as (interrogar sobre medicación habitual), farmacéuticos/as (revisión plan de medicación y entrevista realizada por enfermería; conciliación de la medicación y prescripción según algoritmo) y médicos/as (confirmación posterior del tratamiento).
- Periodo piloto durante el año 2014 para valorar la viabilidad y utilidad del programa.
- Evaluación del protocolo por la Comisión Farmacoterapéutica del Hospital e implantación definitiva del programa.

IMPLANTACIÓN

El programa de conciliación activa de la medicación en paciente quirúrgico al ingreso hospitalario ha permitido estandarizar el proceso de revisión y reintroducción de la medicación habitual del paciente.



Implantación: se realizó la conciliación activa a todos los pacientes ingresados en el periodo 2015-2017 en el Servicio de Urología.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

o En total ingresaron 1937, 1932 y 1875 pacientes, respectivamente cada año.

- De éstos, 344 pacientes (17,8%) en 2015, 336 (17,4%) en 2016 y 316 (16,9%) en 2017 no tomaban medicación crónica.

- 348 (17,9%), 245 (12,68%) y 310 (16,5%) pacientes tuvieron un ingreso menor a 48h.

o El resto fueron conciliados activamente por el farmacéutico (n=1245 (64,3%); n=1351 (69,9%); n=1249 (66,61%), cada año respectivamente).

- De éstos, la introducción de la medicación se realizó por el farmacéutico según el algoritmo consensuado en los siguientes pacientes cada año: 1036 (83.21%), 1096 (81.13%) y 1149 (91.99%).

- En algunos casos, parte de la medicación fue prescrita por el médico en 209 (16,8%), 255 (18,9%) y 100 (8%) pacientes; y de éstos, un 61,7%, 76,1% y 46,0% respectivamente, presentaron discrepancias que requirieron intervenciones de conciliación adicionales por parte del farmacéutico.

- Limitaciones: para la implementación exitosa de un programa de conciliación activa es necesaria la colaboración multidisciplinar de médicos/as, enfermeros/as y farmacéuticos/as, en la que el tiempo de dedicación por parte del farmacéutico debe ser mayor para el correcto seguimiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El presente proyecto describe la importancia del farmacéutico clínico en la ejecución y consolidación de programas de conciliación, y podría implantarse por parte de otros servicios.

El programa de conciliación activa de la medicación en paciente quirúrgico al ingreso hospitalario ha permitido estandarizar el proceso de revisión y reintroducción de la medicación habitual del paciente.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1180. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES

BARCIA MARTÍN MI, DOMINGUEZ BACHILLER M, GALVEZ MADROÑERO M, SANZ MARQUEZ S, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORÓN. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Clasificar y analizar las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas a través del programa de prescripción electrónica en un hospital terciario e identificar los grupos de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de 27 meses de duración (enero2016-marzo2018) de recogida, clasificación y análisis de las RF realizadas en la prescripción electrónica durante el proceso de validación en un hospital terciario. Diariamente se validaban todas las órdenes de tratamiento y se realizaban las RF necesarias en la hoja de prescripción de la Historia Clínica Electrónica (HCE) de cada paciente. Para clasificar las RF se establecieron tres grupos no excluyentes: grupo 1 (por tipo): dosis, ajuste a función renal, duplicidad del mismo fármaco, duplicidad de distinto fármaco, prescripción de medicamentos fuera de guía (FG), interacción, frecuencia y duración de tratamiento, forma farmacéutica, omisión, niveles de electrolitos (sodio y potasio) fuera de rango, terapia secuencial y otras; grupo 2 (medicamentos de alto riesgo): heparinas, opioides, potasio, insulina, digoxina, anticoagulantes orales, antidiabéticos orales, antiagregantes, antiarrítmicos, metotrexato oral y citostáticos orales; y grupo 3 (criterios Stopp-start): diuréticos, dosis de ácido acetilsalicílico (AAS), benzodiazepinas, anticolinérgicos y antipsicóticos. Mensualmente el departamento de informática nos enviaba una hoja de registro de Excel® con todas las RF. Todas las recomendaciones eran clasificadas en el grupo 1 (por tipo). Además, para evitar la pérdida de información, se podían clasificar en los otros dos grupos según los criterios establecidos. Los datos fueron analizados con Excel®. Se calcularon los datos acumulados de RF en valor absoluto y porcentaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 3.835 RF. En el grupo 1 (por tipo, n=3835) las RF más frecuentes fueron dosis (19,5%) y ajuste a función renal (14,8%), seguidas de: duplicidad del mismo fármaco (8,8%), prescripción de medicamentos FG (8,4%), frecuencia (7,2%), duración (6,3%), interacción (6,2%), omisión (5,6%), duplicidad de distinto fármaco (5,4%), forma farmacéutica (4,9%), niveles de electrolitos fuera de rango (2,7%), terapia secuencial (0,7%) y otras (9,4%). Las heparinas (22,3%), seguidas de opioides (19,5%), potasio (15,7%) e insulinas (14,2%) fueron los grupos de fármacos en los que se realizaron más RF según la clasificación del grupo 2 (medicamentos de alto riesgo, n=930). Otras RF en este grupo fueron: digoxina (9,2%), antidiabéticos orales (6,6%), antic oagulantes orales (4,8%), antiagregantes (4,8%), antiarrítmicos (4,2%), metotrexato oral (1,4%) y citostáticos orales (1,3%). En la última clasificación, según criterios Stopp-start (n=257), las RF más frecuente fueron las relacionadas con la desprescripción de diuréticos (sección B, Stopp) (30,4%), seguidas de: dosis de AAS (sección C, stopp) (26,5%), benzodiazepinas (sección K, stopp) (23,3%), anticolinérgicos (sección N, stopp) (10,9%) y, por último, antipsicóticos (sección D, stopp) (8,9%).

Tras el análisis de las FR se identificaron dosis y ajuste a función renal como tipos más frecuentes, heparinas y opioides como grupos de medicamentos de alto riesgo más intervenidos y la desprescripción de diuréticos como criterio Stopp-start más recomendado. Las RF realizadas muestran que la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar permite la detección y prevención de errores relacionados con los medicamentos, colabora en la optimización del tratamiento farmacológico y permite identificar aquellos grupos susceptibles de mejora.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**1190. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN UN AREA DE SALUD****AUTORES**

TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, VICENTE SÁNCHEZ S, GALINDO RUEDA MDM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la evolución del consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en un Área de Salud (AS) de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado durante un periodo total de 4 años (2013-2017) en un AS, con una población de 258.537 habitantes en 2017. Se compararon los datos disponibles del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con los del AS para los subgrupos: M01AA (butilpirazolidinas), M01AB (derivados del ácido acético y sustancias relacionadas), M01AC (oxicams), M01AE (derivados del ácido propiónico), y M01AG (fenamatos), M01AH (coxibs), y M012AX (otros agentes antiinflamatorios y antireumáticos no esteroideos). Los datos reflejan el consumo de AINEs dispensados con cargo a receta del Sistema Nacional de Salud. Se calcularon las Dosis Habitante Día (DHD) anuales totales (DHD=DDD/1.000 habitantes/día).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2013-2016 el consumo de AINEs disminuyó tanto en el AS como en España, 55,10-50,41 DHD (descenso del 8,51 %) y 54,50-48,99 DHD (descenso del 10,11%), respectivamente. Los datos de consumo global para el AS fueron similares aunque superiores, con una mediana de aumento de 1,25 DHD [rango 0,60-2,55], por mayor consumo de los subgrupos M01AC, M01AH, y M01AX. El incremento de estos tres subgrupos se produjo por:

- M01AC: mayor consumo de meloxicam (0,76DHD en 2016) con una mediana de aumento de 0,28 DHD [rango 0,26-0,36] durante 2013-2016, seguido de lornoxicam, y tenoxicam.
- M01AH: mayor consumo de celecoxib (4,79 DHD en 2016) con una mediana de aumento de 1,00 DHD [rango 0,64-1,19] durante 2013-2016, y etoricoxib (4,42 DHD en 2016) con una mediana de 1,86 DHD [rango 1,29-1,96] durante el mismo periodo.
- M01AX: mayor consumo de condroitinsulfato (8,66 DHD en 2016), con una mediana de aumento de 2,83 DHD [rango 1,73-3,25] durante el periodo, representando el 78,02% del consumo en 2016 para el subgrupo. Los otros dos principios activos con mayor consumo fueron glucosamina (1,97 DHD en 2016) y ácido niflumico (0,28 DHD en 2016).

Lo principios activos más utilizados en 2016 fueron ibuprofeno (31,80%), condroitinsulfato (17,18%), y naproxeno (12,10%), los mismos principios activos que en España, pero siendo naproxeno el segundo y condroitinsulfato el tercero más consumido.

En 2017 en el AS el consumo global disminuyó de nuevo, pero aumentó para los subgrupos M01AC y M01AX, por el incremento de lornoxicam y condroitinsulfato.

Conclusiones

El consumo de AINEs en el AS fue similar al nacional, disminuyendo en ambas poblaciones para el periodo 2013-2016. No obstante, destaca el aumento del consumo en el AS para condroitinsulfato, fármaco de utilidad terapéutica baja. Sería conveniente analizar las causas del incremento de este principio activo, con el fin de mejorar su prescripción.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA**1204. ¿DIFICULTADES DE DEGLUCIÓN? CONSULTE A SU FARMACÉUTICO****AUTORES**

ORVIZ SUAREZ MT, GARCÍA-MOLINA SÁEZ C, PEREZ PRIOR N, CABELLO MURIEL A
HOSPITAL TORREVIEJA. CTRA. TORREVIEJA-SAN MIGUEL. CV-95, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la adecuación del tratamiento prescrito a pacientes diagnosticados de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con dificultades de deglución y valorar posibles alternativas farmacoterapéuticas que ayuden a optimizar el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional retrospectivo realizado en un hospital de 220 camas. Se analizaron los tratamientos orales prescritos a los pacientes diagnosticados de ELA con dificultades de deglución en el 2017. El análisis de la adecuación de los tratamientos se realizó en dos fases. Inicialmente se clasificaron los distintos medicamentos en 2 grupos: "adecuado" o "potencialmente no adecuado" según si la forma farmacéutica prescrita era o no la idónea para este tipo de pacientes (soluciones, liotabs, etc). En segundo lugar, se revisó, cada medicamento del grupo de "potencialmente no adecuados" si existía una alternativa farmacoterapéutica más adecuada a la situación del paciente estableciendo el siguiente orden de prioridad de cambio para favorecer la comodidad del paciente: 1) cambio de forma farmacéutica 2) intercambio terapéutico 3) recomendaciones de administración (no existe una alternativa pero el fármaco se puede triturar y/o diluir) 4) no adecuado (no existe alternativa ni puede disolverse o triturarse). Finalmente se realizó la clasificación definitiva de los medicamentos en dos grupos: "adecuado", añadiendo a los anteriores aquellos incluidos en el grupo 3, "no adecuado", el cual incluía aquellos medicamentos clasificados en los grupos 1, 2 (existe una alternativa mejor) y 4.

Los datos demográficos y clínicos se recogieron del programa de gestión clínica. Las alternativas se obtuvieron utilizando la web CIMA, la app Medisonda® y la guía de intercambio terapéutico del Hospital Universitario Central de Asturias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 9 pacientes diagnosticados de ELA atendidos durante el periodo de estudio, fueron incluidos 4 de ellos, ya que, los 5 restantes no presentaban problemas de disfagia. De ellos el 75% fueron hombres con una edad media de 60 años (50-77). Se prescribieron un total de 44 líneas de tratamiento, que correspondían a 37 medicamentos distintos. De ellos, el 41% fueron clasificados inicialmente con “adecuados”, con una presentación comercial óptima. Los 26 medicamentos restantes incluidos en el grupo de “potencialmente no adecuados” se reclasificaron de la siguiente forma: el 8% correspondieron al grupo 1, otro 8% al grupo 2, el 80% al grupo 3 y el 4% al grupo 4. De esta manera, finalmente, fueron considerados como “adecuados” el 89% de los medicamentos prescritos y como “no adecuados” el 11%.

Conclusiones

A pesar de ser un tema ampliamente conocido por todos, la tasa de adecuación del tratamiento a las necesidades de estos pacientes es elevada, creemos que esta pequeña oportunidad de mejora es suficiente para que tratemos de mejorar la comunicación entre profesionales. El gran impacto que supone para la comodidad de estos pacientes merece que reflexionemos sobre ello.

Cabe resaltar la importancia de la atención farmacéutica para educar a pacientes y cuidadores en la correcta manipulación de la medicación ya que, como se ha puesto de manifiesto, una gran parte de la medicación no dispone de alternativas terapéuticas con una forma farmacéutica de fácil deglución y requiere la manipulación del medicamento para su administración.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1210. EFECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO HEMORRÁGICOS EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

AUTORES

MENDOZA ACOSTA I, MARTÍN ALCALDE E, TORRALBA DE SUSO M, IBARRA LORENTE MI, ÁLVAREZ NONAY A, LAVANDEIRA PÉREZ M, HORRILLO SÁNCHEZ DE OCAÑA P, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJAR. C DONANTE DE SANGRE. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Según la ficha técnica de los anticoagulantes orales directos (ACOD) los principales factores de riesgo (FR) que aumentan el riesgo de sangrado son: insuficiencia renal (IR) (aclaramiento de creatinina (ClCr) < 50 ml/min), hepatopatía, edad avanzada (> 75 años), cofactores de riesgo hemorrágicos e interacciones con su medicación.

El objetivo fue analizar el efecto de estos FR y describir la prevalencia de interacciones en la muestra estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de enero a diciembre de 2017 en el que se incluyó todos los pacientes que tenían un ACOD en su receta electrónica. Se obtuvieron aquellos pacientes dentro de la población de estudio que habían acudido al hospital con diagnóstico de evento hemorrágico (EH) de causa no traumática y se comparó con una muestra aleatoria 1:1 del total de la población que no presentó ningún EH (grupo control). Las interacciones se clasificaron en dos grupos en función de las recomendaciones de las base de datos de interacciones Medscape® y Lexicomp®:

- Relevantes: se recomienda evitar su uso o usar una alternativa
- Menos relevantes: se recomienda monitorización.

Se recogieron a partir de la historia clínica informatizada hospitalaria los siguientes datos: demográficos (edad y sexo), farmacológicos (tipo de ACOD prescrito y resto de medicación activa en el programa de receta electrónica), clínicos (tipo de EH, ClCr según MDRM-4, presencia de hepatopatía y cofactores de riesgo hemorrágico).

Se realizó un análisis de regresión logística con el programa SPSS®v15 calculándose la odds ratio (OR) y el intervalo de confianza 95%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 1.233 pacientes. El 3%(37) desarrollaron algún EH durante 2017 (1,1 evento/paciente). De los 1.196 pacientes que no habían desarrollado un EH se aleatorizaron 37.

La mediana de edad en el grupo de EH fue de 78 años (RIC: 70-83) versus 79 años (RIC: 69-84). El 67,6%(25) fueron hombres frente a un 54,1%(20) en el grupo control.

En el grupo de EH el 51,4%(19) de los pacientes tenían prescrito apixabán; 32,4%(12) dabigatrán y 16,2%(6) rivaroxabán. La mediana de fármacos concomitantes fue de 10 (RIC:9-13). En el grupo control el 51,4%(19) de los pacientes tenían prescrito apixabán; 21,6%(8) dabigatrán; 13,5%(5) edoxaban y 13,5%(5) rivaroxabán. La mediana de fármacos concomitantes fue de 9(RIC:6-11).

Se asociaron los factores de riesgo con la producción de un EH: tener edad avanzada [OR=1,13 (0,43-2,95)p=0,06]; IR [OR=1,66 (0,52-5,25) p=0,7]; IH [OR= 1,27(0,39-8,02)p=0,5]; presencia de interacciones [OR= 1,38(0,55-3,46)p=0,48] y cofactores de riesgo [OR=2,74(0,61-5,96)p=1,2].

Se observó al menos una interacción en el 52,7%(39) de los pacientes incluidos en ambos grupos de las cuales 89,7%(35) eran relevantes y 38,5%(15) sólo requerían monitorización.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la exposición a los FR y la producción de EH. Debido al pequeño tamaño muestral, sería necesario un estudio más amplio para conseguir resultados significativos.

El porcentaje de pacientes con interacciones entre el ACOD y la medicación concomitante es alto y hace necesario la revisión sistemática del tratamiento en estos pacientes.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1221. IMPLEMENTACION DE LA PRESTACION FARMACÉUTICA A UN CENTRO SOCIOSANITARIO.

AUTORES

MORA SANTIAGO MR, AGUILAR DEL VALLE E, DANI BEN ABDEL-LAH L
HOSPITAL CL. UNIV. V. DE LA VICTORIA. CAMPUS UNIV. TEATINOS S/N.

OBJETIVOS

Establecer un circuito para la implantación de la prestación farmacéutica a los centros sociosanitarios residenciales (CSSR) desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria de un hospital universitario, en cumplimiento del Decreto 512/2019, de 29 de diciembre, que incluya:

1. Prescripción médica electrónica (PEA) y validación farmacéutica.
2. Optimización de recursos económicos y de personal.
3. Adecuación de la atención farmacéutica al paciente crónico.

DISEÑO

Se proyectan las siguientes intervenciones

- Instalación de la aplicación de prescripción electrónica, parametrización de la aplicación, gestión de pacientes manual, en el centro piloto.
- Selección, adecuación y definición de Alternativas terapéuticas equivalentes, en la GFT del Hospital, para definir la Guía Farmacoterapéutica de residencia.
- Realizar la prescripción electrónica, en la aplicación de los residentes.
- Validación farmacéutica de las prescripciones médicas.
- Definición de Stocks adecuado para el botiquín. Implantación del circuito de solicitud mediante aplicación web, fijando el martes como día de solicitud. Adecuación del envío para mantener la cadena de frío.
- Selección, adquisición y adecuación de los carros de unidosis por paciente. Etiquetado de cajones por cama e identificación, mediante etiquetas removibles.
- Selección, adquisición y adecuación de los cajones precintados de botiquín Contratación de empresa de transporte para envío al centro (80 km)

CIRCUITO Y ETAPAS

Prescripción médica y la validación farmacéutica

Se diseñan dos circuitos diferenciados para residentes asistidos o válidos.

1. Envío de medicación semanal a residentes asistidos.

Mediante un carro de unidosis semanal, en el CSSR les preparan a diario pastilleros para su administración.

2. Envío de tratamientos mensuales a los residentes válidos.

Los residentes válidos se agrupan en cuatro envíos, coincidiendo con el envío semanal. Para preservar su autonomía se envían envases mensuales.

La preparación de los tratamientos mensuales y el llenado del carro semanal se realiza mediante armario automatizado, el martes por la noche. La revisión y los cambio de medicación, el miércoles por la mañana. Una empresa de transporte lo recoge el jueves y lo entrega e el CSSR

IMPLANTACIÓN

1. Julio/2017 Primera etapa, Envío de medicación semanal a residentes asistidos.
2. Enero/2018 Segunda etapa, Envío de tratamientos mensuales a los residentes válidos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Desde que se implantó el circuito, hemos validado las prescripciones de 125 residentes (36 mujeres y 89 hombres), con una media de edad de 72 años [61-95].

Enviados 48 carros de medicación semanal, para residentes asistidos

Suministradas 48 reposiciones de Botiquín

Enviados 136 tratamientos mensuales, para los residentes válidos

Limitaciones

Al realizarse el envío semanalmente, debemos asegurar la disponibilidad en el botiquín del CSS para cubrir cualquier necesidad de medicación urgente.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es aplicable a cualquier servicio de farmacia de hospital que gestione la medicación de un CSS o residencia, que implante la prestación farmacéutica, mejorando la seguridad del paciente, y preservando la autonomía de los residentes válidos.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1242. ANALISIS DE LA MEDICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTI-TUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

RUIZ SÁNCHEZ S, GARCÍA MARTINEZ E, GARCÍA GÓMEZ C, BLÁZQUEZ ABELLÁN G, MARCO DEL RÍO J, SÁNCHEZ RUBIO F, PÉREZ ALPUENTE I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. HERMANOS FALCO, 37. ALBACETE



OBJETIVOS

Describir los fármacos asociados al riesgo de caídas (FARC) en pacientes ancianos polimedicados y evaluar los tratamientos prescritos de todos los pacientes ingresados en un centro sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional y descriptivo realizado en febrero de 2018 en un CSS con 231 residentes. Se realizó una validación farmacoterapéutica del tratamiento crónico prescrito a los residentes. Para identificar los medicamentos susceptibles de contribuir al riesgo de caídas, así como su grado de riesgo, se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando como palabras clave "falls AND older adults AND drugs". Las variables registradas fueron: edad, sexo, paciente polimedicado (aquel con 4 o más fármacos prescritos), número de líneas de tratamiento, grupo farmacoterapéutico (GFT), principio activo, FARC y nivel de riesgo del FARC (clasificándose como riesgo medio o alto).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la búsqueda bibliográfica, se identificaron 74 principios activos correspondientes a 14 GFT, de ellos 5 se consideraron de alto riesgo y el resto de riesgo bajo. El 61% de los sujetos eran mujeres y el 39% hombres. La edad promedio fue de 88 años. 210 de los 231 (90.9%) eran pacientes polimedicados. El 96.1%, tenía al menos un FARC y el 38.1% llevaban prescritos 3 o más. 55(23.8%) residentes contaban con 2 FARC prescritos, 49(21.2%) con 3 FARC, 37(16.0%) con 4 FARC, 27(11.7%) con 5 FARC, 17(7.3%) con 6 FARC y 7(3.0%) pacientes con 7 o más FARC. El paciente con más FARC contaba con 9 prescripciones.

Los GFT identificados fueron: parasimpaticomiméticos antiparkinsonianos, antagonistas del calcio, alfa bloqueantes, anticolinérgicos antiespasmódicos, diuréticos, antiepilépticos, antidepresivos, antipsicóticos, miorelajantes de acción central, benzodiazepinas, ansiolíticos no benzodiazepínicos, opioides, digitálicos y nitratos.

A continuación se muestran los GFT y principios activos prescritos con mayor frecuencia. Fármacos del SNC:

antidepresivos 86(37.2%) pacientes, de los que 61(26.4%) eran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina considerados de alto riesgo, benzodiazepinas 88(38.1%) pacientes de las que 16(6.9%) eran benzodiazepinas de larga duración consideradas de mayor riesgo, ansiolíticos no benzodiazepínicos 132(57.14%), de ellos la trazodona 98(42.4%) fue el más usado seguido de clometiazol 25(10.8%) y zolpidem 9(3.9%), antipsicóticos 72 (31.2%) pacientes y los inhibidores de la acetilcolinesterasa en 35(15.2%).

Fármacos empleados en patología cardiovascular: diuréticos 134(58.0%) de los cuales 106(45.9%) eran diuréticos del asa considerados de alto riesgo, antagonistas del calcio 52(22.5%) de ellos el amlodipino 51(22.1%) fue el más prescrito, alfa bloqueantes 33(14.3%), nitratos 18(7.8%) de alto riesgo y digoxina, sólo prescrita en 3(1.3%) de los residentes.

Dentro del resto de GFT, los opioides 7(3.0%) de alto riesgo por la sedación que producen, baclofeno 8(3.5%), antiespasmódicos anticolinérgicos (tolterodina y solifenacina) 9(3.9%) considerados de riesgo por el estar asociados con deterioro cognitivo y funcional.

Conclusión

Existe una elevada prevalencia de prescripción de medicamentos susceptibles a aumentar el riesgo de caídas en el CSS analizado. El farmacéutico, gracias al conocimiento y análisis de estos fármacos, podría contribuir a reducir su prescripción y mejorar su uso.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1301. DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL TRATAMIENTO CON SACUBITRIL/VALSARTAN

AUTORES

MARRERO ÁLVAREZ P, IBÁÑEZ COLLADO C, AMADO GUIRADO E, MORROS PEDROS R, PEPIÓ VILAU BÍ JM, OMS ARIAS M, CLOPÉS ESTELA A

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. C/GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES 587. BARCELONA

OBJETIVOS

Implementación y seguimiento de una estrategia para asegurar la adecuación del tratamiento de sacubitrilo/valsartan en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la continuidad asistencial del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Seguimiento durante 2017 del uso de sacubitrilo/valsartan por una Comisión Farmacoterapéutica (CFT) única de una institución pública sanitaria multicéntrica (292 equipos de atención primaria y 8 hospitales), que atiende aproximadamente a 5,6 millones de habitantes. La CFT está compuesta por un equipo pluridisciplinar que representa a atención primaria (AP), atención especializada (AE) y ámbito penitenciario.

Tras la discusión y posicionamiento del fármaco (inicio de tratamiento en AE y continuidad en AP), se diseñaron 7 indicadores de consumo (3), adecuación (3) y seguridad (1), así como el método de integración tecnológica entre niveles.

Los indicadores diseñados fueron:

-C1: pacientes con sacubitrilo/valsartan.

-C2: envases de sacubitrilo/valsartan dispensados, total y por dosis (de inicio 24/26 o 49/51 y dosis objetivo 97/103).

-C3: gasto público de sacubitrilo/valsartan (descontada la aportación del usuario).

-A1: pacientes con sacubitrilo/valsartan sin diagnóstico de ICC.

-A2: pacientes con sacubitrilo/valsartan que no cumplen criterios de inicio (*)/total pacientes con sacubitrilo/valsartan.

(*) ICC NYHA diferente a 2-3, fracción eyección ventricular (FEVE) > 35% y péptido natriurético tipo B (PNB) < 150pg/ml o pro-PNB < 500pg/ml.

-A3: pacientes con algún criterio de no continuidad (**)/total pacientes con sacubitrilo/valsartan.

(**) Diagnóstico registrado de angioedema, filtrado glomerular < 30ml/min/1,73 m², potasio < 3,5 o > 5,4 mmol/L o tensión arterial sistólica ≤100mmHg.

-S1: pacientes con sacubitrilo/valsartan y tratamiento contraindicado según ficha técnica.

Los indicadores de consumo se analizaron de forma anual. El resto de indicadores se implantaron en julio de 2017 en la estación clínica de AP, donde el profesional visualiza las alertas y puede realizar las acciones oportunas. El análisis de los indicadores se realizó en julio y en diciembre de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2017 se trataron 1.806 pacientes con sacubitrilo/valsartan, de los cuáles permanecían activos 1.299 a 31/12/2017, 75,8% hombres y 29,0% > 75 años.

Se dispensaron 11.557 envases y la distribución por dosis fue: 24/26 un 55,9% (6.459), 49/51 un 27,1% (3.131) y 97/103 un 17,0% (1.967), lo que supuso un gasto público anual de 1.600.895€.

Respecto a los indicadores de adecuación, 25,2% (327) de los pacientes no tenía registrado diagnóstico de ICC (27,4% inicialmente). El indicador de inicio de tratamiento no se pudo medir adecuadamente por falta de registro en AP del PNB y pro-PNB. Por último, el 25,8% (335) de los pacientes tenía algún criterio de no continuidad de tratamiento con sacubitrilo/valsartan (26,9% inicialmente). En relación al indicador de seguridad, el 1,4% (18) de los pacientes presentaba alguna contraindicación a sacubitrilo/valsartan (1,8% inicialmente).

Los indicadores han permanecido estables durante el período analizado. Los resultados indican que es necesario mejorar los registros de diagnóstico y analíticos para continuar la estrategia de adecuación del uso del fármaco, además de añadir herramientas de ayuda a la prescripción y reforzar la información a los profesionales.

Finalmente, están planificadas mejoras para la integración tecnológica de los tratamientos iniciados en AE y continuados en AP, con el objetivo de solventar las deficiencias detectadas en el registro y globalmente favorecer la continuidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1304. ESCITALOPRAM Y PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT: ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

TALLÓN MARTÍNEZ JC, LARROSA ESPEJO I, FERNÁNDEZ RUIZ-MORÓN A, HERNÁNDEZ TAPIAS S, MANZANO LORENZO R, RODRÍGUEZ DEL RÍO E, SÁENZ DE TEJADA M, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. C/ PROFESOR MARTIN LAGOS. MADRID

OBJETIVOS

El síndrome del QT largo (SQTL), caracterizado por una prolongación del intervalo QT, puede ser el origen de Torsades de Pointes (TdP), una taquicardia ventricular asociada a muerte súbita.

Puesto que los ancianos son una población especialmente susceptible al SQTL medicamentoso, nuestro objetivo es valorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones para escitalopram, con riesgo de producir SQTL dosis dependiente para este tipo de población, donde los episodios depresivos son especialmente prevalentes, así como hallar el porcentaje de pacientes que se encuentran con una combinación de escitalopram y otros fármacos susceptibles de producir SQTL. También valorar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte de los prescriptores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se registraron los pacientes mayores de 65 años en tratamiento con escitalopram entre septiembre de 2017 y febrero de 2018 ingresados en unidades con sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en un hospital de tercer nivel, utilizando la aplicación informática Farmatools® (módulo de Unidosis). Se recogieron las variables sexo, edad, dosis de escitalopram, fármacos que también pueden producir TdP e intervenciones del farmacéutico y su grado de aceptación.

Utilizamos las recomendaciones dadas para población anciana por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, a través de una nota de seguridad, siendo la dosis máxima 10 mg al día. Para establecer el riesgo de otros medicamentos para producir TdP empleamos la información recogida en el Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra (Vol. 21, Nº 1 enero-marzo 2013)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron 129 pacientes en tratamiento con escitalopram, el 65,9% (85) mujeres, con una mediana de edad de 82 años (RIC 72-87). Un 25,6% (33) tenía prescrita una dosis superior a 10 mg al día: el 55% una dosis diaria de 20 mg y el 45% restante una dosis de 15 mg al día; además, un 15,2% tenía prescrito concomitantemente un fármaco con riesgo de producir TdP (azitromicina, moxifloxacino o flecainida) y un 42,4% un fármaco con posible riesgo de producirlo (quetiapina, mirtazapina, ondansetron o levofloxacino).

Respecto a la dosis de escitalopram, se realizó una intervención farmacéutica en el 57,6% (19) de estos pacientes, aceptándose en el 63,2% (12), con reducción de dosis a 10 mg al día.

Conclusiones

El envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades asociadas hace necesario un mayor seguimiento de los tratamientos con el objetivo de disminuir los problemas relacionados con la medicación, especialmente en pacientes ancianos y polimedicados. El cumplimiento de las recomendaciones realizadas por organismos estatales y comunitarios es de vital importancia para una farmacoterapia segura y eficaz. En nuestro estudio, en un 25,6% de los pacientes no se seguían las recomendaciones sobre la dosificación de escitalopram. La intervención del farmacéutico tuvo una buena aceptación (63,2%), mostrándose la validación farmacéutica como una herramienta útil en la adecuación de los tratamientos a dichas recomendaciones. Además, más de la mitad de estos pacientes estaba en tratamiento concomitante con otros fármacos que podrían haber incrementado el riesgo de SQTL, siendo necesaria una mayor monitorización del paciente.



CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1307. HERRAMIENTA INTEGRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES

ANDRÉS ROSADO A, LORENZO GIMENEZ S, ALONSO GRANDES E, PEDRAZA CEZÓN LA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO. AVENIDA DEL AMAZONAS CENTRAL S/N. MADRID

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta integrada en la historia clínica electrónica (HCE) para la conciliación del tratamiento en los pacientes ubicados en el Servicio de Urgencias (SU) pendientes de ingreso a una unidad de hospitalización.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de conciliar el tratamiento crónico de los pacientes en el punto de transición entre el SU y el ingreso a planta. Para ello, se elaboró una herramienta integrada en la HCE, la cual permite el registro sistematizado de la información y la comunicación entre los profesionales. La herramienta, consiste en un formulario denominado “Conciliación de la medicación al ingreso”, organizado en 16 pestañas. La primera pestaña, está compuesta por los campos: fuentes de información (listado desplegable (LD)) e interacciones relevantes (texto libre). Las restantes pestañas son iguales, una por cada fármaco, y están compuestas por los siguientes campos: especialidad y dosis (buscador), vía de administración (LD), pauta (LD), tipo de discrepancia (LD) y recomendación farmacoterapéutica (texto libre). En cada una de estas pestañas hay un campo a cumplimentar por el médico para la aclaración de las discrepancias detectadas. El formulario permanece activo durante todo el proceso de hospitalización del paciente.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó en 3 etapas:

1. Diseño del formulario.
2. Diseño del circuito de trabajo.
3. Sesiones de formación a médicos y enfermeras/os del SU.

El circuito de trabajo establecido fue el siguiente: de los pacientes pendientes de ingreso, el farmacéutico elabora el historial farmacoterapéutico completo a través de la revisión de la HCE, historia de atención primaria (HORUS) y entrevista a los pacientes y/o familiares. El listado completo, lo registra en el formulario ubicado en la HCE y lo compara con la prescripción vigente al ingreso, indicando de cada fármaco las discrepancias detectadas. Estas discrepancias se clasifican como: justificadas (por condición clínica o documentadas) o en discrepancias no justificadas (DNJ) (requieren aclaración). Estas últimas, se comunican al médico a través de una alerta en la HCE. Una vez recibida la alerta, el médico revisa el formulario, y acepta o rechaza las discrepancias.

IMPLANTACIÓN

Se realizaron sesiones formativas en el SU y Medicina Interna. La actividad se inició en diciembre de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde diciembre de 2017 hasta marzo de 2018, se realizó la conciliación de la medicación a 419 pacientes pendientes de ingreso, de un total de 559, con una media de edad de 75,2 años (DE 14,5, mínimo 19 y un máximo de 98). Se evaluaron 3.067 fármacos, siendo la media de fármacos crónicos por paciente de 7,3.

Se detectaron 379 DNJ en 113 de los 419 pacientes conciliados (27%). De ellas, 304 (80,2%) corresponden a omisión de medicación, 40 (10,6%) diferente dosis/frecuencia/vía, 26 (7%) inicio de medicación y 9 (2,4%) a otras DNJ. El número de discrepancias aceptadas fue de 236 (62,3%).

El circuito está condicionado al horario de presencia física del farmacéutico (de lunes a viernes), por lo que se producen pérdidas de pacientes que ingresan fuera de este horario y no pueden ser conciliados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta herramienta se considera de fácil extrapolación a otros centros, siempre que se disponga de HCE que permita la realización de formularios.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1346. ADECUACIÓN DEL AJUSTE POSOLÓGICO EN INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS.

AUTORES

ALVAREZ NONAY A, MENDOZA ACOSTA I, YUSTE GUTIERREZ AM, LAVANDEIRA PEREZ M, BLANCO CRESPO M, PEREZ MAROTO MT, HORTA HERNANDEZ A, PAREDERO DOMINGUEZ JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Los anticoagulantes orales directos (ACOD) han supuesto un cambio en la práctica del tratamiento anticoagulante. Su eliminación por vía renal hace necesario un ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal. Dabigatrán está contraindicado en filtrados glomerulares (FG) menores de 30ml/min y edoxabán, apixabán y rivaroxabán están contraindicados en FG menores de 15ml/min.

Los objetivos de este estudio son: evaluar el perfil de los pacientes polimedicados (más de 10 principios activos) en tratamientos con ACOD en un área de salud. Describir la prevalencia de IR en estos pacientes y evaluar la adecuación del ajuste posológico de los ACOD en esta situación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo llevado a cabo de enero a septiembre de 2017.

Se incluyó a todos los pacientes polimedicados en tratamiento con ACOD del área de salud.

Los datos se obtuvieron del programa de explotación de datos de la receta dispensada (Digitalis®) y de la historia clínica electrónica Mambrino XXI®.

Variables recogidas: edad, sexo, FG (CKDEPI) de las 3 últimas analíticas, ACOD y posología prescrita, número de principios activos concomitantes.

Para valorar si el ajuste de dosis por IR era adecuado se siguieron los criterios establecidos por las fichas técnicas de la Agencia Española del Medicamento. Se consideró que se requería ajuste de dosis para rivaroxabán, apixabán y edoxabán en presencia de FG entre 49-15 ml/min y FG entre 49-30 ml/min para dabigatrán. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 1.230 pacientes anticoagulados con ACOD, 151 pacientes eran polimedicados; 84(56%) hombres. La mediana de edad fue de 80 años (RIC: 75-85).

Las prescripciones de ACOD se distribuyeron en: apixabán 76 pacientes (50%), dabigatrán 40 (27%), rivaroxabán 26 (17%) y edoxabán 9 (6%). La mediana de principios activos por paciente fue de 12 (RIC: 11-15). El FG medio fue de $59 \pm 18,5$ ml/min. El 14,5% de los pacientes presentaban IR (FG < 49ml/min).

El 9% de los pacientes tratados con apixabán presentaban IR, de éstos al 14% no se les había realizado el ajuste de dosis por IR correspondiente. De los pacientes en tratamiento con dabigatrán, el 20% presentaban IR y el 100 % tenía un adecuado ajuste posológico

En el caso de los pacientes tratados con rivaroxabán, 11,5% presentaban IR y el 33% no tenía un ajuste adecuado. El 44% de los pacientes tratados con edoxabán presentaban IR, de éstos al 50% no se les había realizado ajuste posológico por IR.

Conclusiones

La gran mayoría de los pacientes polimedicados anticoagulados con ACOD son de edad avanzada y de éstos un porcentaje no desdeñable presenta IR. Se ha observado que existe una tasa importante de prescripciones de ACOD que requerirían realizar ajuste posológico. Es importante tomar conciencia de la necesidad de realizar controles periódicos de la función renal en los pacientes polimedicados de edad avanzada para monitorizar éstos tratamientos y prevenir complicaciones.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1359. IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDADES FÍSICAS Y/O COGNITIVAS INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES

ROCA MONTAÑANA A, GEA RODRÍGUEZ E, PÉREZ-RICART A, GIL MÁÑEZ E, PÉREZ-FELIU A, PRATS BARRULL G
HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL. C/ ESCALLS, 14. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Objetivo

Describir la implantación de un servicio de atención farmacéutica (SAF) con pacientes con discapacidades físicas y/o cognitivas en una institución y provisión de medicamentos.

DISEÑO

Diseño

Reuniones entre la dirección del centro, enfermería, médico responsable, informática y Servicio de Farmacia (SF):

1. Identificación de las necesidades del centro.
2. Identificación de las oportunidades de mejora aportadas por el SF.
3. Creación de circuitos relacionados con la gestión integral del medicamento: sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), mantenimiento del estoc del centro, gestión de entrega y devolución de medicación, permisos en días ausentes y caducidades.
4. Creación de procedimientos normalizados de trabajo (PNT), planillas de petición de medicamentos de estoc y multidosis y planillas de justificación del uso de medicamentos del estoc.
5. Formación al médico prescriptor, especialmente en prescripción electrónica asistida (PEA) y en la guía farmacoterapéutica (GFT).
6. Formación a enfermería en la correcta gestión del medicamento, administración de medicamentos, procedimientos elaborados y registro electrónico.
7. Adecuación del centro receptor: separación de productos sanitarios y medicamentos, retirada de medicación habitual del paciente, incorporación de nevera y caja de seguridad para estupefacientes.
8. Adecuación de la estructura del SF.
9. Adecuación y optimización de tratamientos según eficacia y seguridad: incorporación de especialidades farmacéuticas, adecuación a la GFT, horarios, eliminación de medicamentos con escaso valor terapéutico.
10. Diseño del transporte de los cajetines de medicación individualizados de los pacientes al centro, situado a 10 km del SF mediante cajas selladas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Un día a la semana: preparación de los tratamientos semanales y reposición de estoc.

Diariamente: validación farmacéutica, actualización de los tratamientos preparados, gestión de las devoluciones por paciente y dispensación de la medicación.



IMPLANTACIÓN

Inicio: octubre 2017- enero de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

37 pacientes, 34 (92%) de los cuales adoptaron el modelo de AF. Los pacientes incluidos, 56% hombres, con una edad media de 43,5 [15-78] años. 76,5% con alteraciones psíquicas y 23,5% psíquicas y motoras. Un 35% presentaban patologías dermatológicas, 35% cardiovasculares, 29% respiratorias y 8,8% óseas. Un 62% presentaban estreñimiento, 14,7% disfagia y uno llevaba gastrostomía.

8,5 [3-18] medicamentos/paciente. Grupos terapéuticos mayoritarios: psicolépticos (28%), antiepilépticos (12%), laxantes (11%), analgésicos (10%), productos dermatológicos (6%), antiácidos/antiulcerosos (6%). Principios activos mayoritarios: paracetamol (7%), omeprazol (5%), diazepam (5%), carbamazepina (3%), levomepromazina (3%) y biperideno (3%). Vía de administración: oral (85%), tópica (5%), nebulizada (5%) y otras (5%).

93 intervenciones farmacéuticas (IF) ligadas a la prescripción, en un 81% de los pacientes. IF fueron: 44% intercambios terapéuticos, 25% seguridad, 13% indicación, 9% adecuación horarios, 9% adecuación posológica y forma farmacéutica. Se realizaron 21 procedimientos para la implantación del SAF, 7 relacionados con la prescripción, 7 ligados al uso racional del medicamento y 7 de distribución y logística. Tipos de procedimientos: 10 acciones, 6 documentos y 5 circuitos.

Limitaciones

-No aceptación de cambios de medicación por parte del paciente psiquiátrico o la familia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

-Instituciones socio-sanitarias en funcionamiento dónde se desarrolle una transformación de la cultura de efectividad y seguridad del proceso del medicamento con un SAF, SDMDU y PEA.

CLASIFICACIÓN: CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

1415. MANEJO DEL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA ¿CÓMO NOS HEMOS COORDINADO?

AUTORES

PORTILLO HORCAJADA L, CASADO REINA C, GARCIA YUBERO C, DIAZ CIRUJANO AI, HERREROS FERNANDEZ ML, VALBUENA GARRIDO MT, GARCIA DE SANTIAGO B, MARTINEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA. PASEO DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS

Establecer estrategias coordinadas entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) para mejorar el manejo del tratamiento de asma infantil.

DISEÑO

Para mejorar el uso de Antagonistas del Receptor de Leucotrienos (ALT) en el manejo del asma infantil, en nuestra Comunidad se mide el porcentaje de niños ≥ 5 años tratados con ALT versus al total antiasmáticos (Indicador-ALT). En nuestro área con 35 centros de salud (CS) y 2 hospitales, se objetivó diferencias entre el valor medio del Indicador-ALT de los 15 CS que derivan a uno de los hospitales respecto al valor medio de los 20 CS que derivan al otro hospital (63,4% vs 41,7%). Esta diferencia fue consistente al analizar los datos intrahospitalarios (73,4% vs 47,8%), evidenciándose un posible impacto de la prescripción del primer hospital en su ámbito de AP. Esta información fue expuesta en la Comisión de Continuidad Asistencial en Farmacoterapia (CCAF), debatiéndose posibles causas y planteándose por tanto posibles puntos de mejora asociados a la coordinación interniveles.

Se creó un grupo de trabajo formado por pediatría y farmacéutico de AP y alergólogo, pediatra y farmacéutico de AH. El grupo elaboró documentos unificados para ambos ámbitos, tanto para profesionales: "Criterios de derivación a AH y de seguimiento en ambos ámbitos", "Algoritmo de tratamiento" y "Procedimiento para e-consulta entre AP/AH", como para pacientes: "Generalidades del Asma" y "Corticofobia". Para evaluar el impacto se compara el indicador "Indicador-ALT" (pre y postimplantación), se evalúa los criterios de derivación a AH mediante un formulario incorporado en Historia clínica y se analizan los resultados de una encuesta pre y postimplantación a los 6 meses enviada a profesionales de pediatría-alergia de AP/AH.

CIRCUITO Y ETAPAS

Fase 1. Detección del problema y análisis de situación.

Fase 2. Abordaje multidisciplinar AP/AH y elaboración de documentos de trabajo.

Fase 3. Difusión e implantación.

Fase 4. Análisis del impacto y mejora continua.

IMPLANTACIÓN

Se difundió la información en una jornada para profesionales de ambos ámbitos y se implantó en junio/2017

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El "Indicador-ALT", comparando los resultados acumulados a diciembre/2016 vs diciembre/2017, mejora 14,67 puntos en AH (50,76% vs 36,09%) y 5,52 puntos en AP (50,83% vs 45,31%).

Se analizan 148 formularios que recogen los criterios de derivación, estando el 70% correctamente derivados.

Se reciben 8 e-consultas, ninguna relacionada con el manejo del asma infantil.

La encuesta preimplantación fue contestada por 41 profesional (61% enfermería, 36,6% pediatras/alergólogos) y el 95% consideró la iniciativa muy interesante o interesante.

Se recibieron 38 encuestas postintervención (71 % pediatras-alergólogos AP/AH): el 55,3% de los encuestados no acudió



a la jornada, aunque un 71,1% conocía la existencia de los documentos. En los comentarios se destacó la necesidad de complementar con formación posterior.

Limitaciones

De la cumplimentación de las encuestas se desprende una escasa difusión de la información. La evolución del indicador en AP no es tan marcada, probablemente porque desde el Hospital al estar integradas en el grupo los miembros de los 2 servicios de Alergia y Pediatría el efecto es más directo y es más fácil de abordar las primarias recetas, mientras que el impacto en AP afecta a los inicios y cambios de tratamiento.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Modelo de coordinación entre niveles asistenciales aplicable.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

5. RETIRADA DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO: CÓMO Y CUANDO

AUTORES

MORENO LUCAS S, PEREIRA - MC, DOMÈNECH CALPENA C, GRIFOL PORTA M, ROMAN GUERRERO A, RUBIO DALMAU A, CAÑADA CODINA N
CENTRO INTEGRAL DE SALUD COTXERES. AVENIDA BORBÓ, 18- 30. BARCELONA

OBJETIVOS

- Revisar los tratamientos crónicos para comprobar si la indicación de inhibidores de la bomba de protones (IBP) sigue vigente y valorar una posible retirada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se procedió a una revisión sistemática por parte del farmacéutico y el geriatra de los pacientes en tratamiento activo con IBP. Esta revisión tuvo lugar en dos tiempos: en la conciliación de medicación al ingreso y durante la estancia en nuestro centro.

Se confirmaron los antecedentes recogidos durante la anamnesis con aquellos proporcionados por la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC)- historia electrónica que agrupa el conjunto de documentos e informes médicos generados durante los procesos asistenciales de un paciente- y se revisó la presencia de tratamientos gastrolesivos. Se confrontaron posteriormente estos datos a un algoritmo de desprescripción publicado en la bibliografía y adaptado a las necesidades y a la tipología de pacientes de nuestro centro, con el objetivo de:

- Confirmar la indicación del IBP.

- Si ausencia de indicación, proceder a una retirada progresiva del tratamiento para minimizar la posible reaparición de síntomas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el 2017, se detectaron 357 pacientes en tratamiento con omeprazol ingresados en nuestro centro. De ellos, se pudo suspender el tratamiento a 58 pacientes. De los IBPs retirados, el 17.24% lo fueron en la conciliación de medicación al ingreso por ausencia de diagnóstico asociado, el 31.03% en una segunda revisión durante el ingreso por el mismo motivo, finalmente en un 51.72% de los casos el tratamiento correspondía a una prescripción como prevención de gastropatía secundaria a fármacos que se pudo suspender tras revisar tratamiento y aplicación del algoritmo.

En los 299 casos restantes, el tratamiento con IBP correspondía a una indicación terapéutica (úlceras pépticas en tratamiento, antecedentes de hemorragia digestiva) o un objetivo profiláctico (tratamientos con AINEs o antiagregantes gastrolesivos).

Conclusiones

La prescripción inadecuada de IBPs es frecuente en la población anciana, dada la asociación entre una mayor polimedicación y comorbilidad de estos pacientes respecto a la población general. La revisión sistemática de estos tratamientos, planteándose su indicación y la fecha final de los mismos es esencial para evitar la prolongación de tratamientos innecesarios. Es recomendable proporcionar al paciente información verbal y escrita sobre su tratamiento y la posible retirada, para tener su complicidad y mediante decisiones compartidas, garantizar el éxito de la intervención.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

6. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

AUTORES

MORENO LUCAS S, PEREIRA - MC
CENTRO INTEGRAL DE SALUD COTXERES. AVENIDA BORBÓ, 18- 30. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantación de reuniones conjuntas entre el farmacéutico y el geriatra para realizar una adecuación del tratamiento farmacológico basándose en un modelo de atención centrada en la persona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron dos cortes transversales espaciados en el tiempo en una unidad de psicogeriatría de 36 pacientes. Se incluyeron aquellos pacientes con ≥ 7 fármacos, no se definieron criterios de exclusión. En reuniones conjuntas, el

farmacéutico y el geriatra establecieron un plan terapéutico individualizado y realizaron una revisión sistemática de los tratamientos. Se procedió según un modelo centrado en la persona, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos del paciente (prevención, alargar supervivencia o control de síntomas), la adecuación del tratamiento a los diagnósticos y las características de los fármacos (duplicidades, interacciones, efectos secundarios).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se seleccionaron un total de 20 pacientes, en los cuales se había realizado al ingreso una primera valoración con revisión de la polifarmacia por parte de geriatría.

Los pacientes seleccionados presentaron una edad media de 83,6 años, con dependencia moderada-grave para las actividades básicas diarias (Barthel previo medio de 42,5/100), comorbilidad significativa (Charlson medio 3,1) y deterioro cognitivo con frecuente trastorno de conducta (Geriatric depression scale (GDS) 4,7, Pfeiffer al ingreso 7,44, Neuropsychiatric Inventory (NPI) 27,15). El tratamiento en domicilio de estos pacientes incluía un promedio de 11,35 fármacos.

En los tratamientos de estos 20 pacientes, se detectaron 49 fármacos inapropiados según criterios de Beers, y 37 según criterios Stopp/Start.

Se realizaron 40 intervenciones efectivas para optimizar los tratamientos. La valoración geriátrica y la posterior colaboración entre farmacia y medicina dieron lugar a una retirada total de 4,76 fármacos por paciente, de los cuales 1.9 (el 39.91%) se retiraron tras la intervención conjunta entre farmacéutico y geriatra, siendo los grupos terapéuticos más implicados los psicofármacos (57.5%) y los tratamientos cardiovasculares (17,5%); el resto (25%) correspondería principalmente a Inhibidores de la bomba de protones y antiagregantes.

Conclusiones

La colaboración entre medicina y farmacia para la realización de valoraciones centradas en la persona con un triple enfoque, y la revisión de los tratamientos farmacológicos ha permitido disminuir la carga de polifarmacia de los pacientes incluidos respecto a una valoración geriátrica clásica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

51. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS AL INGRESO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

AUTORES

GARAY SARRÍA C, CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, SANGRADOR RASERO AM, MARTÍN VEGA MÁ, ALONSO PERALTA C, FERNÁNDEZ CORDÓN A, CASANOVA VÁZQUEZ J, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

La implantación de un programa de conciliación de medicación al ingreso y al alta hospitalaria es también una oportunidad para la optimización del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes y el aumento de la seguridad, gracias a la presencia continuada de un farmacéutico en la planta de hospitalización y su integración en el equipo asistencial. El objetivo del estudio fue evaluar el número y tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas por el farmacéutico responsable de la conciliación y atención farmacéutica en un Servicio de Cirugía Cardiovascular, así como su grado de aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron de forma prospectiva todas las intervenciones realizadas entre diciembre/2017 y abril/2018, indicando el tipo y motivo de intervención, fármacos implicados, aceptación y resolución de las mismas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron 137 intervenciones:

- 31 (22,6%) recomendaciones sobre la forma de administración de los fármacos, principalmente para mejorar la absorción. Los fármacos más frecuentemente implicados fueron los preparados de hierro II de administración oral, ácido fólico y fluorquinolonas.
- 29 (21,2%) sugerencias sobre suspensión o cambio de tratamiento por interacciones. Los fármacos más frecuentemente implicados fueron antidepresivos y estatinas.
- 26 (19%) recomendaciones de cambio de dosis (principalmente por sobredosificación), no relacionadas con ajuste por insuficiencia renal; mayoritariamente digoxina, escitalopram y antibacterianos como piperacilina-tazobactam.
- 12 (8,8%) sugerencias sobre suspensión por duplicidad terapéutica (principalmente ansiolíticos, como lorazepam o bromazepam).
- 11 (8%) sugerencias de suspensión o cambio de tratamiento por riesgo de efectos adversos en relación con recomendaciones de ficha técnica o alertas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que en algunos casos se notificó al médico de Atención Primaria (MAP). Los grupos farmacológicos más comunes fueron los antidiabéticos inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT-2), como dapagliflozina o canagliflozina.
- 10 (7,3%) recomendaciones en cuanto a la vía de administración (principalmente metoclopramida, haloperidol e insulinas).
- 5 (3,6%) recomendaciones a pacientes sobre suspensión de productos de herboristería o suplementos alimenticios por interacciones con la medicación.
- 4 (2,9%) ajustes de dosis por insuficiencia renal (principalmente analgésicos opiáceos como tramadol).
- 3 (2,2%) cambios de presentación comercial para un mejor ajuste de dosis.
- 3 (2,2%) casos en que se requirió promover la adherencia de los pacientes al tratamiento.
- 3 (2,2%) recomendaciones en cuanto a la introducción de alergias/intolerancias de los pacientes en el programa de prescripción electrónica.

El grado de aceptación (considerándose como tal la modificación, por parte del facultativo, de la pauta tras la aclaración con el farmacéutico) fue del 80,3%, si bien el 44,4% de las no aceptadas fueron justificadas según criterio médico. Debe tenerse en cuenta que un 37% (10/27) de las intervenciones no aceptadas estaban dirigidas al MAP. La tasa de resolución de las incidencias que motivaron las intervenciones fue del 87,6%.

Conclusiones

La presencia continuada en la planta de hospitalización de un farmacéutico repercute en una mayor seguridad de los pacientes, ya que permite detectar y corregir posibles errores de medicación, así como proporcionar una información farmacoterapéutica completa tanto a otros profesionales sanitarios como a los propios pacientes, con una elevada tasa de aceptación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

53. SISTEMA BÁSICO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA VERSUS PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA AVANZADA DE TRATAMIENTOS ONCOESPECÍFICOS: PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS DURANTE SU USO SIMULTÁNEO

AUTORES

CARBALLO MARTÍNEZ N, GARCIA PARICIO R, FERRANDEZ QUIRANTE O, DE ANTONIO CUSCÓ M, ECHEVERRIA ESNAL D, NAVARRETE ROUCO E, ACIN GARCÉS P, CONDE ESTÉVEZ D
HOSPITAL DEL MAR. Pº MARITIMO DE LA BARCELONETA, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Los problemas relacionados con la medicación (PRMs) tienen especial importancia en Oncología dado el escaso margen terapéutico de los fármacos antineoplásicos y su potencial toxicidad.

La prescripción electrónica se ha establecido como una herramienta importante para minimizar los PRMs y mejorar la seguridad del uso de medicamentos. Además, los avances en Oncología requieren una mejora en los sistemas de prescripción existentes a medida que crece el número y la complejidad de los esquemas de tratamiento.

El objetivo de este estudio fue caracterizar y comparar los PRMs identificados por un farmacéutico especializado en Oncología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel durante Octubre 2016-Agosto 2017.

Se recogieron todos los PRMs detectados durante la validación farmacéutica de la quimioterapia.

Los PRMs fueron detectados mediante la utilización simultánea de un sistema tradicional de prescripción electrónica (PET) (Reflection for Unix and Digital v 8.00.076) y un sistema de prescripción electrónica avanzada (PEA), durante la fase de implantación del mismo.

Los PRMs fueron caracterizados de acuerdo a la clasificación de Ruths et al.1

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Ordenes médicas validadas: 7458 (2165 PET + 5295 PEA). PRMs identificados: 125 (1,68%).

PRMs PET 43 (34,4%) versus PEA 81 (64,8%): hombres 30 (69,8%) vs 60 (74,1%) (p=0,609); edad media 63,1 (IC95%: 59,7-66,5) vs 64,7 (IC95%: 61,8-67,6) (p=0,330); pacientes ambulatorios 41 (95,3%) vs 81 (100%) (p=0,118); pacientes hospitalizados 2 (4,7%) vs 0 (0%) (p=0,118); carcinoma colon 18 (41,9%) vs 29 (35,8%); mama 4 (9,3%) vs 4 (4,9%) (p=0,447); pulmón 4 (9,3%) vs 15 (18,5%) (p=0,175); vejiga 6 (14,0%) vs 0 (0,00%) (p=0,001).

Los PRMs asociados a PET fueron 1,99% (43/2165) y 1,53% (81/5295) asociados a PEA (23,1% menos). Treinta y cinco (28%) de los PRMs fueron incidencias asociadas con el uso del sistema de prescripción.

Tipos de PRM:

Logísticos: PET 8 (18,6%) vs PEA 2 (2,5%) (p=0,003); error informático involuntario: 1 (2,3) vs 3 (3,7) (p=1,000); principio activo (p.a.) innecesario: 12 (27,9) vs 14 (17,3) (p=0,167); p.a. inexistente: 1 (2,3) vs 1 (1,2) (p=1,000); p.a. contraindicado: 2 (4,7) vs 1 (1,2) (p=0,276); p.a. inadecuado: 1 (2,3) vs 1 (1,2) (p=1,000); infradosificación: 3 (7,0) vs 9 (11,1) (p=0,746); sobredosificación: 1 (2,3) vs 8 (9,9) (p=0,161).

PRM relacionados con el ajuste de dosis por diferentes factores: aclaramiento creatinina: 2 (4,7) vs 11 (13,6) (p=0,216); parámetros hematológicos: 1 (2,3) vs 1 (1,2) (p=1,000); datos antropométricos: 0 (0,0) vs 6 (7,4) (p=0,092).

PRM relacionados con la propia prescripción electrónica: dosis: 4 (9,3) vs 11 (13,6) (p=0,487); frecuencia: 2 (4,7) vs 1 (1,2) (p=0,276); vía de administración: 2 (4,7) vs 0 (0,0) (p=0,118); duración: 0 (0,0) vs 2 (2,5) (p=0,543); discordancia curso clínico-prescripción: 0 (0,0) vs 6 (7,4) (p=0,092); fármaco/esquema: 2 (4,7) vs 1 (1,2) (p=0,276); datos antropométricos: 1 (2,3) vs 3 (3,7) (p=1,000).

El 100% de los PRMs detectados fueron corregidos.

Conclusiones

-La PEA se asocia con aproximadamente un 23% menos de PRMs, no obstante, se han originado nuevos PRMs derivados de un uso inadecuado de este sistema.

-El farmacéutico clínico ejerce un papel crucial evitando que estos PRMs lleguen al paciente y así no comprometer la efectividad y tolerancia de los tratamientos oncoespecíficos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**56. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LA FICHA TÉCNICA DE LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA****AUTORES**

DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GARCÍA GIL S, RAMOS RODRÍGUEZ J, CALZADO GÓMEZ G, GONZÁLEZ GARCÍA J, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El fentanilo oral de liberación inmediata (FLI) está indicado en el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes oncológicos que reciban terapia de mantenimiento con opioides desde, al menos, una semana antes. Debido al incremento del uso de este fármaco fuera de su indicación, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publica una nota informativa alertando de este hecho. A raíz de la misma, nos planteamos realizar este trabajo cuyo objetivo es analizar en nuestro hospital el grado de adecuación de las prescripciones de FLI a la indicación descrita en la ficha técnica (FT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de tres meses de duración, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en nuestro Hospital a los que se le prescribió FLI entre diciembre de 2017 y febrero de 2018. Las características de los pacientes, el diagnóstico y los opiáceos prescritos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica almacenada en SAP®. El análisis de la adecuación se realizó en base a las indicaciones recogidas en la FT del FLI.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio, fueron incluidos 75 pacientes, de los cuales el 60% eran oncológicos (58% mujeres; edad media 61,6 años [35-85]): en el 69% de estos pacientes se encontró una prescripción no ajustada a las indicaciones de la FT: el 45'2% (n=14) no recibían tratamiento de mantenimiento previo con otros opioides, mientras que el 54'8% (n=17) restante eran pacientes a los que se les dispensó FLI antes de que cumpliesen una semana con tratamiento de mantenimiento.

En el restante 40% de las prescripciones sobre pacientes no oncológicos (53% mujeres; edad media 72,3 años [33-94]), las indicaciones para las que se prescribió este fármaco fueron:

- Dolor por fracturas óseas: 46'7% (n=14)
- Dolor por hernias discales: 13'3% (n=4)
- Disnea: 13'3% (n=4)
- Otros: 20% (n=8)

Con el presente trabajo hemos querido analizar las prescripciones de FLI en nuestro Hospital. Los resultados obtenidos muestran, que menos del 20% de las prescripciones de FLI se ajustan a las indicaciones descritas en la actual FT, lo que pone de manifiesto la necesidad de validar las dispensaciones de estupefacientes en el ámbito hospitalario para prevenir los posibles casos de abuso y dependencia a estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**102. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS DURANTE UNA ROTACION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****AUTORES**

IBARROLA IZQUIERDO I, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, MARTINEZ AGUIRRE I, DOMINGUEZ MENENDEZ JA, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVDA. DE MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Describir las actividades realizadas, registrar, analizar y evaluar las intervenciones de un farmacéutico residente de cuarto año integrado en el Servicio de Medicina Interna (MDI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo en un hospital universitario de tercer nivel. Se registraron y clasificaron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas en una unidad de hospitalización de 40 camas de MDI durante un periodo de 7 semanas entre noviembre y diciembre de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se realizaron 158 intervenciones (4,9 intervenciones/día).

51 intervenciones estuvieron relacionadas con la prescripción: se realizaron 28 intercambios terapéuticos o ajustes de presentación de los fármacos prescritos, se detectaron 10 errores de prescripción por mal uso/desconocimiento del programa informático, 8 intervenciones relacionadas con horario incorrecto de fármacos y en 5 ocasiones ayuda en la prescripción.

46 intervenciones relacionadas con la monitorización o el seguimiento de fármacos: 19 ajustes de fármacos en insuficiencia renal, 11 seguimiento parámetros analíticos relacionados con fármacos (ej plaquetas-linezolid, creatinfosfoquinasa-daptomicina...), 9 relacionadas con interacciones de medicamentos (detección, o revisión para descartarlas o proponer una alternativa válida), 5 propuestas de terapia secuencial, 4 monitorización farmacocinética de antibióticos o digoxina, 3 revisión de sospecha de reacciones adversas a medicamentos (memantina, exemestano, rivastigmina).

Además, se resolvieron 28 consultas del personal médico, relacionadas tanto con medicamentos (dosis, disponibilidad, equivalencias...) como con la nutrición artificial y la prescripción al alta. Se realizó la conciliación del tratamiento al ingreso en 16 pacientes mediante entrevista clínica con ellos o su cuidador. Se detectaron 12 errores de medicación (8 dosis o frecuencia incorrecta, 1 vía incorrecta, 1 duplicidad, 1 inicio de tratamiento indicado, 1 duración excesiva).

Conclusiones

El mayor número de intervenciones realizadas estuvo relacionado con la prescripción electrónica, seguido de monitorización y seguimiento farmacológico y resolución de consultas.

El alto número de intervenciones muestra que la integración del farmacéutico en la planta de hospitalización facilita la detección, prevención y resolución de errores relacionados con los medicamentos.

La presencia física de un farmacéutico en MDI aumenta la confianza y facilita la comunicación y aceptación por parte de los médicos y enfermería de las intervenciones farmacéuticas, además de permitir resolver las dudas y emitir recomendaciones en el momento de la prescripción, agilizando el proceso y evitando posibles errores relacionados con los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

114. RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

AUTORES

VELASCO COSTA J, GONZALEZ MATAS JM, SANCHEZ FLORES MD, SAEZ SAEZ C, DE CONCEPCION SALESA MA, MARTINEZ DE GUZMAN M

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA. C/ LORCA 58. MURCIA

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos de la implantación de un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP) en un hospital psiquiátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS

En 2011 se implantó SiNASP, un sistema de notificación y registro de incidentes desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El cuestionario de notificación es auto-administrado, voluntario, anónimo y con acceso a través de la intranet del hospital. Recoge información de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y contiene herramientas para facilitar su utilización.

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos del análisis de las notificaciones recibidas desde la implantación en 2011 hasta diciembre de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se notificaron 211 incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes del hospital psiquiátrico o de alguno de sus recursos. El 94.3% (199) aconteció en la hospitalización, siendo enfermería el grupo profesional que más notificaciones realizó (53.1%), seguido del personal médico (33.2%). El 59.0% (124) de los incidentes llegaron al paciente y, de éstos, el 32.0% (40) provocaron algún tipo de daño.

Para determinar el riesgo de un incidente se utiliza la matriz de gravedad SAC (Severity Assesment Code), en la que se valora la gravedad de las consecuencias para el paciente y su frecuencia de aparición. El 41.2% (87) de los incidentes se consideraron sin riesgo para el paciente, 20.9% (44) de riesgo bajo, 26.5% (56) de riesgo medio y 11.4% (24) de riesgo alto. Ninguno de ellos comprometió la vida del paciente, aunque el 19.0% (40) causó daño temporal y precisó intervención.

El tipo de incidente registrado con más frecuencia está relacionado con la medicación (22.4%), seguido por problemas de infraestructura (13.5%), comportamiento alterado/agresivo (13.1%), gestión organizativa/recursos (7.7%), fugas (6.6%) y caídas (4.6%).

Como resultado de la gestión de las notificaciones, se emprendieron acciones de mejora y minimización de riesgos para todos los incidentes. Se realizaron 6 análisis causa-raíz (ACR) para analizar las causas subyacentes de los problemas de seguridad, lo cual permitió implantar planes de reducción de riesgo. También se revisaron y actualizaron protocolos y procedimientos, se resolvieron problemas relacionados con la infraestructura del centro, se elaboraron boletines informativos para difundir los resultados del SiNASP entre los sanitarios y se realizaron sesiones formativas para personal de nueva incorporación.

En comparación con la media de todos los centros que usan SiNASP, el número de notificaciones por 100 camas fue de 211 en nuestro centro, frente a 96.6 de media nacional.

Conclusiones

- Enfermería es el colectivo que más notifica, debiéndose potenciar la notificación de incidentes entre todo el personal sanitario.
- La creación de grupos de trabajo multidisciplinares para realizar ACR favorece una cultura de seguridad y aprendizaje, estrategia más efectiva y duradera para la prevención de errores.
- El análisis de los incidentes nos ha posibilitado introducir cambios en nuestro entorno y mejorar el proceso asistencial, en consonancia con una reorientación sanitaria como recomienda la estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

145. MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

AUTORES

PARRO MARTÍN MÁ, ZARATE SÁEZ C, DELGADO SILVEIRA E, MUÑOZ GARCÍA M, SÁNCHEZ CATELLANO C, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el manejo preoperatorio de los pacientes ingresados con fractura de cadera y fibrilación auricular no valvular (FA) en tratamiento con anticoagulantes orales. Conocer la prevalencia de complicaciones hemorrágicas, cardiovasculares y mortalidad en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel desde enero 2016 a junio 2017. Se seleccionaron pacientes con una edad ≥ 70 años, ingresados por fractura de cadera, con FA en tratamiento anticoagulante y sin anemia en los 6 meses previos. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), unidad de ingreso, tipo de fractura, tratamiento anticoagulante, administración y dosis de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y vitamina K al ingreso, valores de hemoglobina e INR al ingreso, necesidad de transfusiones sanguíneas, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria. Se definió anemia grave, como una determinación de Hb < 8 g/dl. Se comparó el desarrollo de complicaciones con las dosis administradas de heparinas, con la administración o no de vitamina K y con el tratamiento con acenocumarol o con los nuevos anticoagulantes orales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 79 pacientes con una edad media de $86,4 \pm 5,3$ años y el 64,6% fueron mujeres. El 89,6% ingresaron en la Unidad de Orto geriatria. Según el tipo de fractura fueron: pertrocantérea 48,1%, subcapital 44,4%, persubtrocantérea 5,1%, subtrocantérea 2,5%. La distribución según el tratamiento anticoagulante fue: 82,1% acenocumarol, 5,1% dabigatrán, 5,1% enoxaparina, 3,8% apixabán, 2,6% rivaroxabán y un 1,3% en combinación acenocumarol y enoxaparina. Todos los pacientes recibieron HBPM en las primeras 24 horas. De ellos el 89,9% recibieron dosis terapéuticas, aunque el 53,9% presentaban un INR en rango o sobredosificado. El 46,8% recibieron vitamina K, siendo esta administrada en las primeras 24 horas.

La prevalencia de anemia grave fue del 20,3%. Precisaron trasfusión pre o intraquirúrgica de 1 a 4 concentrados el 38% y postquirúrgica el 32,9%. Otras complicaciones desarrolladas fueron: hematoma perilesional (55,7%), ICC (32,9%), FA rápida (30,4%), hemorragia digestiva (3,8%), ictus (1,3%), isquemia arterial aguda (1,3%), infección precoz de herida quirúrgica (1,3%), siendo la mortalidad del 8,9%.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de complicaciones en función de la administración de heparina a dosis profiláctica o terapéutica, ni en función de la administración o no de Vitamina K. Tampoco hubo diferencias en cuanto a las complicaciones en función del tratamiento con acenocumarol o con los nuevos anticoagulantes orales.

Conclusiones

En todos los pacientes ingresados por fractura de cadera y con FA anticoagulada se hizo terapia puente de anticoagulación, a pesar de que en más de la mitad se objetivó un INR elevado. Por ello, protocolizar el manejo de la anticoagulación en las primeras 24 horas desde su llegada al hospital, podría mejorar los resultados en salud y la seguridad del paciente. Por otra parte el manejo de la vitamina K se hizo correctamente.

En cuanto a las complicaciones, uno de cada cinco pacientes ingresados presentó anemia grave y casi dos tercios de la muestra precisaron transfusión intrahospitalaria.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

160. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS ESCALONADOS DE DOLOR INFANTIL

AUTORES

VALDERREY PULIDO M, GARRIDO CORRO B, VICENTE SANCHEZ S, GARCIA SOLER JI, SÁEZ GARRIDO M, MATEO CARMONA J, OLMOS JIMENEZ R, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Implantación de protocolo escalonado de dolor infantil postoperatorio en un hospital de tercer nivel.

DISEÑO

El protocolo se ha parametrizado en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) Silicon® una vez consensuadas las pautas entre Farmacia y Anestesia y con ayuda de los servicios quirúrgicos implicados. Consta de cinco escalones de dolor diferenciados en dosis (miligramo/kilogramo de peso real [mg/kg]) y frecuencia por grupo poblacional (neonatos [< 1 mes], lactantes [1-22 meses] y pediátricos [22 meses hasta 14 años]) según las últimas Guías de Práctica Clínica. En todos los escalones se prescribe protección gástrica, analgesia de rescate y fármacos para prevenir y/o revertir posibles efectos adversos de los fármacos prescritos y recomendaciones específicas para enfermería.

1º escalón: metamizol, paracetamol, ibuprofeno o ketorolaco cada 8 horas (y uno de ellos alterno como rescate).

2º escalón: metamizol + paracetamol pautados alternos, perfusión continua (PC) de metamizol o ketorolaco.

3º escalón: tramadol+metamizol o tramadol+ketorolaco en PC o analgesia controlada por el paciente (PCA).



4º escalón: morfina en PC o PCA.

5º escalón: elastómeros con levobupivacaína con/sin fentanilo.

CIRCUITO Y ETAPAS

El médico prescribe un protocolo en la PEA, el farmacéutico valida la prescripción, y enfermería obtiene: instrucciones de preparación y administración, etiquetas identificativas por paciente de las PC y PCA, y registra cada administración electrónicamente.

Etapa 1: Elaboración de escalones del dolor entre el Servicio de Anestesia y Farmacia.

Etapa 2: Consenso con los servicios implicados para valorar el grado de dolor de cada postoperatorio.

Etapa 3: Inclusión de los protocolos por edad y escalón en la PEA.

Etapa 4: Sesiones prácticas formativas a facultativos y enfermeros sobre los protocolos a implantar.

Etapa 5: Inicio de prescripción de protocolos.

IMPLANTACIÓN

Los protocolos se activaron para su prescripción el 30 de Marzo de 2018 y se ha implantado en todo el Hospital Infantil, aunque principalmente se pautan en las Unidades de cirugía y reanimación.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde el 30 de marzo al 30 de abril de 2018 se han pautado 36 protocolos del dolor infantil. Cirugía pediátrica ha prescrito 23, otorrinolaringología 10 y traumatología 3. El 47,2% han sido del primer escalón, 44,4% del segundo, 5,6% del tercero y 2,8% del quinto. Los protocolos más prescritos son: metamizol + paracetamol alterno 33,3%, metamizol 25,0% y paracetamol 22,2% del total de los protocolos.

El 94,4% de las prescripciones han sido a niños pediátricos y el 5,6% a lactantes. La duración media de los tratamientos ha sido de 2,61 (1-8) días.

A pesar de la aparente facilidad de cargar los protocolos, pueden generarse alertas de dosis máximas que enlentecen la prescripción en los niños con pesos superiores a 40-50 kg, ya que la dosificación viene determinada del protocolo en mg/kg generándose alertas de dosis excedidas y obligando al facultativo a redondear cada línea a la dosis máxima permitida. Esto, pese a ser una medida de seguridad, puede generar fatiga u omisión de alertas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La estandarización del manejo del dolor aporta seguridad y calidad en la asistencia del paciente pediátrico y los protocolos son fácilmente parametrizables en la PEA. En nuestro Centro, se está valorando extrapolar el protocolo adaptándolo a pacientes adultos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

235. ADECUACIÓN DE LA TAXONOMÍA DE CLASIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DEL GRUPO RUIZ-JARABO 2000 A LOS ERRORES DETECTADOS EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS

AUTORES

FARRÉ AYUSO E, MULLERA MARTÍ M, GÓMEZ PÉREZ B, CODINA JANÉ C
HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA. VILLARROEL 170, 08036. BARCELONA

OBJETIVOS

El área de ensayos clínicos (AEC) de un servicio de farmacia (SF) es un área especialmente vulnerable a los errores de medicación (EM) por sus características diferenciales con el área asistencial. El objetivo de este estudio es comprobar si la actualización de la clasificación de EM del grupo Ruiz-Jarabo 2000 describe adecuadamente los EM detectados en un AEC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los EM notificados por el personal del AEC de un SF durante el período enero2012-enero2017 mediante notificación voluntaria en un hospital de tercer nivel. Se clasificaron según gravedad, proceso donde se produjo el error y tipo de error según la taxonomía del grupo Ruiz-Jarabo 2000. Se valoraron las dificultades encontradas durante el proceso de clasificación y la necesidad de creación de nuevas categorías para describir detalladamente los errores notificados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron y clasificaron 150 EM. Según gravedad, el 54,7%(n=82) no alcanzó al paciente y el 45,3%(n=68) alcanzó al paciente sin causar daño, correspondiendo a categoría C (alcanzó al paciente sin producirle daño) el 33,3%(n=50) y el 12%(n=18) a categoría D (alcanzó al paciente sin producirle daño pero precisó monitorización). La principal dificultad fue la distinción entre categoría C y D ya que, por el hecho de participar en un ensayo clínico (EC), los pacientes habrán tenido cierto grado de monitorización. Para establecer un criterio, la distinción se realizó en base a si, como consecuencia del error, se pudo haber modificado la rama (ej. estudios doble ciego), dosis (ej. dosis ciega) o medicamento. Si, al contrario, el medicamento implicado era correcto, pero no el número de kit, lote o EC, fue considerado como categoría C (ej. estudios abiertos).

Respecto al proceso, los más frecuentemente notificados fueron: "Dispensación" (37,3%;n=56), "Prescripción" (18,0%;n=27) y "Preparación en farmacia" (16,0%;n=24). Por la idiosincrasia de los EC se añadieron las siguientes categorías: "Transcripción al sistema de contabilidad" (10%;n=15), "Sistema automático de gestión de suministro de medicamentos (IVRS/IWRS)" (8,7%;n=13), "Recepción" (6%;n=9) y "Visita de inicio" (2%;n=3).

Según tipo de error, "Medicamento erróneo" (ME) (40%;n=60), "Otros" (26%;n=39) y "Errores de preparación/manipulación/acondicionamiento" (15%;n=22) fueron los más frecuentes. Dentro de ME, hubo 39 EM de "Transcripción/incompleta/administración de un medicamento incorrecto", que fue necesario subclasificar en nuevas subcategorías: "Número de kit, lote o presentación incorrecta" (n=21), "Ensayo erróneo" (n=15) y "Rama errónea" (n=3). También

se creó la categoría “Prescripción incompleta/incorrecta” dentro de ME, mayoritariamente por errores en el código del EC, número de kit o por prescripción de medicación asistencial en lugar de EC. Dentro del apartado “Otros” se creó un apartado denominado “Errores relacionados con los EC que incluía “Desviación de protocolo EC” (n=17), “Transcripción incorrecta de los datos en los registros de contabilidad” (n=16), “Error en el proceso de recepción” (n=2) y “Discrepancia IVRS/IWRS versus prescripción”(n=2). Los EM de “Medicamento deteriorado”(n=18) se desglosaron en “Caducado”(n=10), “Mal conservado”(n=6) y “Cuarentena”(n=2).

En conclusión, aunque la clasificación del grupo Ruiz-Jarabo 2000 permite clasificar los EM relacionados con los EC no los permite definir con exactitud debido al diferente circuito, características y requerimientos de los medicamentos en investigación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

287. REDUCCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ISOAPARIENCIA EN DIFERENTES FORMAS FARMACÉUTICAS

AUTORES

RUEDA NAHARRO A, GARCÍA MARCO D, MARTÍNEZ CAMACHO M, DE LA CRUZ PALLARES C, MORENO-VENTAS MORALES V, CALDERÓN MUÑOZ F
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. CARRETERA DE LA PERALEDA S/N. TOLEDO

OBJETIVOS

La isoapariencia es la similitud en el nombre, acondicionamiento o etiquetado de medicamentos diferentes. Los errores asociados con la isoapariencia son más comunes de lo que pueda parecer, y puede conducir a errores tanto en la dispensación como en la administración de los medicamentos. Nuestro objetivo es reducir errores generados por la isoapariencia de los medicamentos.

DISEÑO

Se implantan tres proyectos relacionados con la seguridad y reducción de la isoapariencia.

1º: “Dale color a tu dosis unitaria”. Este sistema se basa en el reetiquetado de dosis unitarias mediante etiquetas con diferentes colores y formatos. Reduce así isoapariencia generada por los propios servicios de farmacia al reenvasar medicamentos.

2º: “Dale color a tus medicamentos peligrosos”: este proyecto se basa en la mejora de la identificación y diferenciación de medicamentos peligrosos por medio de un sistema informatizado que añade símbolos a cada forma farmacéutica de medicamentos peligrosos comercializados en España. La situación actual es inadecuada para algunos trabajadores y debido a esto, es necesario actuar de forma rápida, fácil y con sistemas informáticos y protocolos de actuación que ayuden a evitar problemas asociados a la manipulación de los medicamentos peligrosos.

3º: “Dale color a tus inyectables”: este proyecto se ha comenzado a desarrollar a raíz de errores producidos por administración de medicamentos inyectables erróneos por similitud entre sí. Se elaboran etiquetas con colores, más visuales para reducir la isoapariencia entre algunas de estas presentaciones, como MEPIVACAINA al 1% y 2% de NORMON®, o entre SULMETIN® Y EUFILINA®, facilitando la diferenciación entre estos medicamentos y minimizando así errores en la manipulación, administración, además de facilitar el trabajo del personal de enfermería.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Identificación de especialidades que necesitan reetiquetado.
- Asignarla a uno de los tres proyectos.
- Diseñar etiqueta.

IMPLANTACIÓN

- Formación al personal auxiliar del servicio de farmacia para que etiquete las diferentes especialidades con las etiquetas correspondientes.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El proyecto “Dale color a tu dosis unitaria”, debido a su elevado grado de aceptación del sistema por los hospitales como por su reconocimiento por diferentes asociaciones, se muestra como un sistema eficiente al disminuir la probabilidad de errores de medicación por isoapariencia de medicamentos, además de reducir costes de material y personas necesarios para la elaboración de dosis unitarias. En cuanto al proyecto “Dale color a tus medicamentos peligrosos”, la implantación ha sido exitosa, adhiriéndose varios hospitales, además de la satisfacción del personal manipulador de nuestro centro, ya que se reducen tanto los problemas asociados a los medicamentos peligrosos como la conflictividad laboral de los medicamentos. El tercer proyecto se ha implantado recientemente en las unidades de UVI y quirófano de nuestro hospital, con satisfacción del personal que diferencia las presentaciones que creaban confusión.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los proyectos “Dale color a tu dosis unitaria” y “Dale color a tus medicamentos peligrosos” están disponibles través de la Sociedad Castellano-Manchega de Farmacia Hospitalaria, para su implantación en los hospitales que lo deseen. Por el contrario, “Dale color a tus inyectables” se encuentra en periodo de implantación, pero también se hará extensivo a los hospitales que estén interesados en un futuro.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

307. USO DE PALIPERIDONA A DOSIS SUPERIORES A LAS ESTABLECIDAS EN FICHA TÉCNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

DE MIGUEL GAZTELU M, SANCHEZ RUIZ DE GORDOA M, JUANGARCIA SOLA A, DE LA RIVA BOHIGAS R, PRECIADO GOLDARACENA J
CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. AVENIDA VILLAVA Nº53. NAVARRA

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: la Paliperidona Depot es un fármaco indicado en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o con risperidona. Tal y como se describe en ficha técnica las dosis recomendadas de mantenimiento mensuales se establecen entre 75mg-150mg, sin señalar en ningún momento que se pueda superar ese rango superior de 150 mg.

OBJETIVOS: describir el caso de un paciente en tratamiento con Paliperidona 200 mg mensuales en monoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

se revisó la evolución del paciente mediante Historia Clínica Informatizada versión 5.17.6 y programa Lamia Atención Primaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Paciente de 44 años válido para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que en el año 2010 es derivado a su Centro de Salud Mental (CSM) por alucinaciones. Es diagnosticado de Trastorno de Ideas Delirantes instaurando tratamiento con Risperidona 2mg/día.

Deja de acudir a consulta de CSM, hasta que en 2014 ingresa en Unidad de Psiquiatría de Agudos (UPA) con un cuadro psicótico diagnosticado como Esquizofrenia Paranoide, iniciando tratamiento con Paliperidona 6mg/24horas. Tras tres semanas de tratamiento el paciente continúa con alucinaciones y se decide retomar el tratamiento inicial con Risperidona 3mg/12horas, con el que es dado de alta para ser controlado desde su CSM en Julio de 2014.

Desde su derivación al CSM el paciente refiere falta de energía, torpeza motora, xialorrea y disartia que relaciona con risperidona por lo que se cambia el tratamiento a Aripiprazol 15mg-0-5mg.

El paciente se mantiene estable con este tratamiento hasta Septiembre de 2017, que ingresa de nuevo en la UPA para adecuación de tratamiento por descompensación psicopatológica. Se decide cambio de tratamiento a Paliperidona 6mg/12 horas, estabilizándose adecuadamente y valorando el cambio a la presentación Depot para facilitar cumplimiento de cara al alta del paciente. Así pues, es dado de alta a la Unidad de Media Estancia (UME) para valorar respuesta al tratamiento instaurado con Paliperidona 150 mg cada 3 semanas. Durante su ingreso se adapta correctamente pero siguen destacando los síntomas negativos, por lo que se añade Olanzapina 5mg-5mg-10mg a su tratamiento base. Ante la evolución de su patología y considerando que el paciente precisa de continuidad de cuidados se deriva a UME en el programa de hospitalización completa.

Durante su ingreso en la UME su adaptación es correcta pero destacan los síntomas negativos, por lo que se decide retirar Olanzapina y aumentar la dosis de Paliperidona depot a 200 mg /3 semanas. Tres meses después el paciente se encuentra colaborador, ha mejorado su ABVD, ha disminuido de peso, participa en talleres y actividades y disfruta de permisos de fin de semana y vacaciones. Actualmente se mantiene con Paliperidona 200mg/ 3 semanas.

Conclusiones

la dosis máxima descrita para Paliperidona Depot puede no ser suficiente para ciertos pacientes. Paliperidona Depot podría utilizarse en monoterapia a dosis superiores a las indicadas en ficha técnica, obteniendo una mejoría clínica significativa y sin aparentes efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

310. EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS; PLANES DE MEJORA

AUTORES

LARRABEITI ETXEBARRIA A, MONTOYA MATELLANES J, GOITIA RUBIO V, NÚÑEZ DE SOLOGUREN M, RAMON RIGAU N, RUIZ DE AZÚA GARCÍA V, LAS HERAS ZAPATA K, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-TXAGORRITXU. C/ JOSE ATXOTEGI SN. ÁLAVA

OBJETIVOS

Evaluar las intervenciones farmacoterapéuticas y su grado de aceptación para revisar la calidad del proceso y su posterior optimización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante el periodo comprendido entre febrero de 2017 a febrero de 2018. En nuestro hospital disponemos del programa de prescripción electrónica eOsabide en el que reflejamos las intervenciones realizadas por el farmacéutico a modo de alerta en la línea de la prescripción. Estas intervenciones se registraron, además, en el programa Isofar®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este periodo de tiempo se registraron 1038 intervenciones. El 18.6% de las intervenciones estuvieron relacionadas con "eficacia", el 77.0% con "seguridad" y 4.4% con "otros". En el análisis global fueron aceptadas el 57.2% de las intervenciones, no aceptadas el 28.0% y se asignaron como no valorables el 14.8%. Los cuatro servicios clínicos con más intervenciones fueron medicina interna (13.8%), respiratorio (11.8%), digestivo (10.6%) y cardiología (8.3%). El grado



de aceptación de las intervenciones realizadas en el servicio de medicina interna fue del 60.1%, del 56.6% en respiratorio, 57.3% en digestivo y del 50.0% en el servicio de cardiología. Las intervenciones realizadas principalmente durante este periodo de tiempo son, en orden decreciente, 1ª “Aspectos sobre la cumplimentación de la orden médica” (29.4%) 2ª “Modificación de dosis” (27.4%) 3ª “Suspensión de medicamento” (16.2%) y 4ª “Modificación de frecuencia” (14.3%). El resto de intervenciones supusieron individualmente entre el 1-5% (“Solicitud de cambio de medicamento”, “Inicio de tratamiento”, “Modificación de horario”, “Cambio de vía o forma farmacéutica”, etc.). El tipo de intervención mayoritaria “Aspectos sobre la cumplimentación de ordenes médicas” se debe principalmente a la detección del PRM “Detección de error” (98.7%), relacionado con la conciliación de la medicación. Las intervenciones sobre “Modificación de dosis” se dividen en “Dosificación excesiva” (69.4%) y “Dosificación insuficiente” (30.6%). Las peticiones de “Suspensión de medicamentos” llevan en su mayoría asociados PRM como “Duplicidad terapéutica” (66.7%), “Medicamento no indicado: innecesario o no efectivo” (13.1%), “Alergia” (8.4%), “Contraindicación” (4.8%) o “Duración excesiva del tratamiento” (4.2%). De estas intervenciones estudiadas, “Suspensión de medicamento” fue la más aceptada con un 74.4% de aceptación, mientras que “Aspectos sobre la cumplimentación de ordenes médicas” la que menos con un 43.6%. Las intervenciones farmacéuticas aumentan la seguridad y calidad asistencial disminuyendo los problemas relacionados con medicamentos.

Hemos identificado al Servicio de Medicina Interna como el servicio con mayor índice de intervenciones y grado de aceptación, relacionado con una participación común en proyectos como el de Conciliación al Ingreso. Los resultados nos orientan a la necesidad de establecer un sistema automático de registro de las intervenciones, unido al programa de prescripción electrónica, con el objetivo de reducir barreras en la revisión de las intervenciones y potenciar así su grado de aceptación.

Por otro lado, la intervención más realizada “Aspectos sobre la cumplimentación de la orden médica” es la menos aceptada, por lo que también se debería estudiar la relevancia terapéutica de nuestras intervenciones con objeto de realizar un trabajo diario más eficaz.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

338. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA PERIOPERATORIA EN UNA CONSULTA DE ANESTESIA

AUTORES

MORENO DIAZ R, GOMEZ DEL VAL A, RODRÍGUEZ VARGAS B, MATILLA GARCÍA E, APEZTEGUIA FERNÁNDEZ CA, SANTAOLALLA GARCÍA I, BAUTISTA SANZ MP, DEL HOYO ESTEBAN L
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA. AVENIDA NUEVE DE JUNIO, 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adecuación de las recomendaciones perioperatorias sobre la medicación crónica, en comparación con las recomendaciones de la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEAR) así como las descritas por Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) en 2017. Todas ellas encaminadas a reducir la morbimortalidad del paciente quirúrgico. Objetivo secundario: definir líneas de mejora local en el manejo farmacoterapéutico perioperatorio de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de las recomendaciones proporcionadas a los pacientes atendidos en la consulta de preanestesia sobre el manejo farmacoterapéutico en el periodo perioperatorio, durante un periodo de dos semanas. Se incluyeron pacientes con tratamientos crónicos de medicamentos independientemente del tipo de cirugía al que iban a ser sometidos o servicio clínico de procedencia.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con medicamentos para procesos agudos, pacientes sin tratamiento crónico o cuyo grupo terapéutico no apareciera descrito en las guías de recomendación. También fueron excluidos aquellos pacientes sin informe de recomendación perioperatorio del servicio de anestesia.

El documento de Osakidetza venía a completar información en las recomendaciones de la SEAR sobre ciertos grupos terapéuticos. Se emplearon ambos documentos puesto que el Servicio de Anestesia de nuestro hospital seguía las recomendaciones de la SEAR. Para la recogida de datos, se revisó la historia clínica electrónica, Selene® y los informes preanestésicos contenidos en ella.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 258 pacientes, de los cuales fueron incluidos 121. El 56 % fueron mujeres con una media de edad de 61 años. El 83 % de los pacientes iban a ser intervenidos por el servicio de oftalmología, cirugía, traumatología, otorrinolaringología y digestivo. Fueron valoradas 398 recomendaciones terapéuticas que corresponden a unos 3,2 fármacos por paciente. En el 80 % (318) de las recomendaciones preanestésicas proporcionadas hubo concordancia con las recomendaciones de la SEAR y la revisión de Osakidetza. Respecto a las recomendaciones discrepantes, el 81% (62) se concentraron en 7 grupos de fármacos: IECAs, ARA II, diuréticos, antidiabéticos (excluyendo metformina e IDPP-4 con correcto manejo en el 80% de los casos), antigotosos, antidepresivos tricíclicos y AINEs. Los 5 primeros representaron el 87% (54) de ellas. Destaca la falta de adhesión a las recomendaciones para el manejo de los antigotosos (0%), analgésicos (0%), análogos GLP 1 (0%) y los diuréticos, medicamentos con alta tasa de prescripción y cuya falta de concordancia en las recomendaciones se produjo en el 87% de los pacientes.

Como líneas de mejora se propuso dar a conocer los resultados al servicio de anestesia para grupos de medicamentos con baja adhesión a las recomendación, así como colaborar en aspectos formativos e informativos centrados en aquellos grupos de fármacos cuyo manejo perioperatorio no había sido óptimo.



Conclusiones

Hubo concordancia entre las recomendaciones de los anestesiólogos en el preoperatorio y las guías de recomendación. No obstante, el farmacéutico aflora puntos críticos en la cadena de uso del medicamento y posee la habilidad colaborativa necesaria para trabajar con servicios clínicos y mejorar la seguridad, proporcionando así una mayor calidad en la atención sanitaria.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

342. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA: DEL PLAN A LA ACCIÓN

AUTORES

MONTOYA MATELLANES J, LARRABEITI ETXEBARRIA A, QUINTANA BASTERRA A, ELGUEZABAL ORTUZAR I, MARTINEZ GOROSTIAGA J, NÚÑEZ DE SOLOGUREN M, RAMÓN RIGAU N, MARTÍNEZ MARTÍNEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA - TXAGORRITXU. JOSE ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Valorar las incidencias analizadas por el grupo de seguridad de Farmacia de una Organización Sanitaria Integrada (OSI), tras ser informadas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se evaluaron las incidencias de seguridad registradas en el sistema de notificación de problemas de seguridad SNASP, desde su creación en octubre de 2015 hasta abril de 2018. SNASP es una herramienta corporativa que permite notificar incidentes de seguridad a todos los profesionales de la organización. Se trata de un sistema de carácter voluntario, anónimo o nominativo, no punitivo y confidencial, que permite un análisis para el aprendizaje y la implantación de mejoras a nivel local. El formulario a rellenar incluye campos de cumplimentación voluntaria (notificador, factores contribuyentes y hechos que hayan contribuido a disminuir la gravedad) y campos de cumplimentación obligatoria (lugar de notificación, fecha y origen del incidente, descripción, valoración de si el incidente era prevenible y su alcance). En base a la finalidad del sistema y al contexto legal, son objeto de notificación en el SNASP: cuasi incidentes (no llegan al paciente) e incidentes sin daño (llegan al paciente sin causar daño). Los incidentes relacionados con la Farmacia fueron analizados por el grupo de seguridad de Farmacia compuesto por: 3 farmacéuticos, 2 técnicos y la supervisora de Farmacia. Este grupo elabora una clasificación de aquellos incidentes que presentan características comunes buscando patrones de causas que faciliten las propuestas de soluciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De octubre de 2015 a abril de 2018 el grupo de seguridad de Farmacia ha analizado un total de 245 incidentes de seguridad. El total de notificaciones se divide en 163 (66.5%) cuasi incidentes y 82 (33.5%) incidentes sin daño. De todos los episodios notificados han sido cerrados 220 (89.4%) habiendo realizado propuestas de mejora, mientras que continúan abiertos 25 (10.6%) pendientes de acción por parte del grupo. A 235 incidentes notificados se les asociaron en el momento de la comunicación un total de 522 factores contribuyentes. Los 6 factores contribuyentes más habituales en orden decreciente son: 1º Fármacos -25.5%- (etiquetado, envases similares, nombres similares...); 2º Recursos Humanos -11.7%- (valoración competencia antes de asignar tareas, planes de contingencia, reparto de cargas de trabajo...); 3º Formación/Aprendizaje -11.1%- (programas de formación, planes de acogida...); 4º Comunicación entre profesionales -10.7%- (verbal, confusa, tardía, problemas con la terminología, abreviaturas...); 5º Trabajo en equipo -8.1%- (asignación de responsabilidades/supervisión, búsqueda de ayuda...); 6º Protocolos -7.3%- (existencia o no, difusión...).

Los sistemas de registro sirven para recopilar información de los incidentes ocurridos y permiten aprender de los fallos que se detectan.

A raíz de la detección de los principales factores contribuyentes, desde el Servicio de Farmacia se trabaja en una mejor identificación de los fármacos y en mejorar la organización y formación del personal.

Pese al interés creciente en relación a la seguridad, se debe continuar trabajando en sensibilizar respecto a la importancia de la notificación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

354. ANGIOEDEMA Y DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADOS AL COLORANTE AMARILLO ANARANJADO EN UNA PACIENTE CON ALERGIA AL ACIDO ACETILSALICILICO

AUTORES

ALDAVE COBOS P, ELIZONDO RIVAS G, MONTESERIN GARRASTATXU I, PINILLA LABRERO G, CALVO ARBELOA M, DE LA RIVA BOHIGAS R, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir las características, gravedad y causalidad de una sospecha de reacción adversa asociada al colorante amarillo anaranjado S (E-110) en una paciente pediátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisa la historia clínica de la paciente, se recogen los datos demográficos, clínicos y su medicación actual. Para el análisis de la causalidad se utiliza el algoritmo de Karch y Lasagna modificado del Sistema Español de Farmacovigilancia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Paciente de 10 años de edad con antecedentes médicos de interés de celiaquía y alergia al ácido acetilsalicílico según informe de alergología. En marzo del 2018 el médico de atención primaria le prescribe omeprazol por reflujo gastroesofágico. A los cinco días del inicio, comienza con angioedema, dificultad respiratoria y tos. La pediatra, a través de una consulta telefónica, comunica el caso al Centro de Farmacovigilancia de la comunidad autónoma. Tras revisar la historia clínica y hacer un seguimiento personal del caso, se observa que la paciente solamente ha tomado omeprazol antes de la aparición de las reacciones adversas y se descarta una causa alternativa no medicamentosa que explique la sintomatología descrita. En la ficha técnica del omeprazol administrado se detalla que contiene colorante amarillo anaranjado como excipiente y se advierte que puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Ante la sospecha de que las reacciones adversas hayan sido producidas por el colorante E-110, se suspende el medicamento con resolución de la sintomatología. En la evaluación del caso se aplica el algoritmo de Karch y Lasagna modificado, clasificándose la relación causal entre el medicamento sospechoso y la reacción adversa como probable. Se recomienda sustituir el medicamento por otro con el mismo principio activo pero exento de dicho excipiente.

Conclusiones

El colorante amarillo anaranjado S (E-110) es un excipiente azoico de declaración obligatoria. Aunque tradicionalmente se han considerado inertes, muchos excipientes tienen actividad farmacológica y pueden causar reacciones adversas. El colorante amarillo anaranjado forma parte de un gran número de medicamentos y puede producir reacciones alérgicas y asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Así pues, en estos pacientes se recomienda evitar medicamentos que contengan en su composición dicho colorante.

Ante la presencia de síntomas de hipersensibilidad en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico es importante realizar una revisión del tratamiento farmacológico y descartar la presencia de E-110.

La notificación de sospechas de reacciones adversas constituye una potente herramienta para identificar y prevenir riesgos potenciales derivados de los medicamentos, incluidos sus excipientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

368. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA CONOCER LA TOXICIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB Y PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

CORDERO GUIJARRO A, ARIAS MOYA MA, CASTILLO BAZÁN E
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. AVDA REYES CATÓLICOS, 2. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el perfil de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y la adherencia en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en tratamiento con nintedanib y pirfenidona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal unicéntrico con reclutamiento prospectivo, basado en una encuesta (previa firma de un consentimiento informado) a pacientes con FPI cuando acuden al Servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel. La duración de recogida de datos fue de un mes (abril de 2018).

Se encuestó sobre las RAM frecuentes recogidas en ficha técnica: trastornos gastrointestinales, de sangrado, cutáneos y aumento de las transaminasas hepáticas (ASAT y ALAT). En total fueron 21 preguntas con respuestas binarias/grado de intensidad sobre toxicidad y adherencia (test de Morisky-Green).

Los datos se introdujeron en una base de datos Excel y se realizó un estudio básico de estadística descriptiva.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos del hospital donde se realizó estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El total de pacientes tratados en el hospital del estudio han sido 42. En el inicio del estudio había 22 activos, de los cuales se obtuvo una muestra de 19 sujetos: 4 con nintedanib y 15 con pirfenidona.

El 95% de los pacientes fueron hombres, con una media de edad de 72 años (SD=8.1) y una mediana de tiempo en tratamiento de 16 meses (intervalo intercuartílico: [7.6; 23.5]).

Por grado de intensidad decreciente, las RAM detectadas fueron:

- Cansancio (78.9%): nintedanib (50%), pirfenidona (86.7%). Intensidad alta en 3 casos.
- Pérdida de peso (57.9%): nintedanib (75%), pirfenidona (53.3%). Intensidad alta en 2 casos.
- Disminución del apetito (42.1%): nintedanib (25%), pirfenidona (46.7%).
- Diarrea (36.8%): nintedanib (50%), pirfenidona (33.3%).
- Náuseas: solo en pacientes con nintedanib (50%).
- Erupción cutánea y mareos solo en pacientes con pirfenidona (33.3% y 13.3% respectivamente).
- Otras RAM menos frecuentes: dolor abdominal, hemorragias, retraso en la cicatrización y aumento de las enzimas hepáticas.
- Ningún paciente presentó vómitos ni angioedema.

El promedio de RAM/paciente fue de 3, con un error estándar (SD) de 1.6, siendo muy similar con ambos medicamentos: 3.25 en nintedanib (SD=2.4) y 3 en pirfenidona (SD=1.4).

En cuanto a la adherencia, el 89.5% de los pacientes encuestados lo son.

De los pacientes a los que se les había suspendido la medicación previamente a la encuesta, la presencia de RAM fueron las causantes de la finalización del tratamiento en 4/8 pacientes con nintedanib (diarrea, alteración de transaminasas y



mareo); y 7/12 pacientes con pirfenidona (pérdida de peso, alteraciones hepáticas y erupción cutánea).

Conclusiones

A pesar de que el número de pacientes es pequeño y desigual entre ambos grupos, con los datos obtenidos podemos afirmar que los pacientes encuestados toleran bien su tratamiento, ya que no son muchas las RAM que presentan y la mayoría de intensidad baja. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las RAM son una causa altamente frecuente de suspensión de tratamiento, por lo que deben vigilarse estrechamente. Además cabe destacar que son pacientes muy adherentes al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

388. TOXICODERMIA INDUCIDA POR PACLITAXEL

AUTORES

CASTAÑEDA MACÍAS I, ALVARADO FERNÁNDEZ MD, MURILLO IZQUIERDO M, DONOSO RENGÍFO MC, RENDÓN DE LOPE L, VÁZQUEZ REAL M, JIMÉNEZ GUERRERO L
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA. DOCTOR FEDRIANI.

OBJETIVOS

Analizar la posible relación de causalidad entre la administración de paclitaxel y la generación de eventos adversos de tipo dérmico en pacientes con cáncer de mama .

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis de los casos de reacciones adversas dérmicas tras infusión de paclitaxel detectados en abril de 2018 en unidad de día de oncología .

Los datos clínicos se obtuvieron a partir de la historia clínica digitalizada. Se realizó una búsqueda en Medline para determinar si existían casos similares descritos en la bibliografía, además de consultar la Ficha Técnica (FT) de paclitaxel. Para establecer si la reacción estaba causada por el fármaco se utilizó el algoritmo de Naranjo, que consta de 10 preguntas que pretenden determinar si existe una relación causal fármaco-reacción adversa(RA).

Las preguntas son: 1. ¿Existen notificaciones concluyentes sobre esta reacción?; 2. ¿Se produjo la RA después de administrar el fármaco sospechoso?; 3. ¿Mejoró tras suspender la administración del fármaco o tras administrar un antagonista específico?; 4. ¿Reapareció la RA tras re-administración del fármaco?; 5. ¿Existen causas alternativas que podrían haber provocado la reacción?; 6. ¿Reapareció la RA tras administrar placebo?; 7. ¿Se detectó el fármaco en sangre en concentraciones tóxicas?; 8. ¿Fue la reacción más severa al aumentar la dosis o menos severa al disminuirla?; 9. ¿Tuvo el paciente alguna reacción similar causada por el mismo fármaco u otro semejante en cualquier exposición anterior?; 10. ¿Se confirmó el acontecimiento adverso por cualquier tipo de evidencia objetiva?. En función de las respuestas se asigna una puntuación que establece que la relación de causalidad es definida (≥ 9), probable (5-8), posible (1-4) o dudosa (≤ 0).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron 3 casos de toxicidad dérmica, los 3 pacientes eran mujeres con una media de edad de $66 \pm 2,9$ años. Las reacciones descritas en historia clínica fueron eritema en manos, erupción cutánea y prurito en manos y pies. Los esquemas de tratamiento prescritos fueron paclitaxel semanal (66,6%) y paclitaxel semanal+trastuzumab subcutáneo+pertuzumab (33,4%). La toxicidad presentada precisó reducción de dosis en un paciente y retirada del fármaco en otro . En el tercer paciente la toxicidad ocurrió el último día del tratamiento.

La evaluación mediante el algoritmo de Naranjo establece una relación causal definida en 1 paciente (33,4%)[Resultados: 1.(+1); 2.(+2); 3.(+1); 4.(+2); 5.(+2); 6(0); 7(0); 8(+1); 9(0); 10(+1)]. Y en el 66,6 % restante como probable con los siguientes resultados: [Resultados:1.(+1); 2.(+2); 3.(0); 4.(+2); 5.(+2); 6(0); 7(0); 8(0); 9(0); 10(+1)] y [Resultados:1.(+1); 2.(+2); 3.(0); 4.(+2); 5.(-1); 6(0); 7(0); 8(0); 9(+1); 10(+1)]

Conclusiones

Según el algoritmo de Naranjo, podemos establecer que paclitaxel sería la causa definida de las reacciones adversas dérmicas en el 33,4% de los pacientes y la causa probable en el 66,6% restante, realizando la comunicación de las mismas al centro de farmacovigilancia de nuestra comunidad, mediante tarjeta amarilla. Es importante destacar la importancia del seguimiento y notificación de reacciones adversas por parte del farmacéutico de hospital, para así preservar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

402. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: PERFIL DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS

AUTORES

FERNANDEZ MORATO J, SERRANO BARRENA D, ALONSO CASTELLS P, ROIG PEREZ S
CENTRO MÉDICO TEKNON (GRUPO QUIRÓNSALUD). VILANA, 12. BARCELONA

OBJETIVOS

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) estableció una lista de MAR en los hospitales. Nuestro centro dispone de un protocolo de MAR enfocado fundamentalmente en la correcta identificación, preparación y administración de estos fármacos.

El objetivo de este estudio fue analizar los Problemas Relacionados con la prescripción de MAR (PRMAR) y describir el perfil de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo en un hospital privado de 300 camas acreditado por la Joint Commission International entre el periodo 2014-17. Se registraron el total de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) detectados con IF mediante la validación diaria de la prescripción médica de todos los pacientes ingresados. Datos recogidos: demográficos, tipo de paciente (médico, quirúrgico, crítico), grupo de MAR según listado ISMP, tipo de PRM (efectividad, indicación y seguridad) y aceptación de la IF. Se empleó el test de Chi cuadrado para establecer el tipo de PRM, unidad de ingreso y grupo de edad asociado a cada uno de los MAR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Total de PRM con IF: 1758. PRMAR: 199 (11,3%), correspondientes a 187 pacientes con edad media de 63 años (DE = 18,5) y 97 (51,9%) mujeres. La distribución de los PRMAR según tipo de paciente fue de 118 (59,3%) médicos, 72 (36,2%) quirúrgicos y 9 (4,5%) críticos.

Los grupos terapéuticos que principalmente estuvieron implicados en los PRMAR fueron: 97 (49%) heparinas de bajo peso molecular (HBPM), 48 (24,1%) citostáticos, 13 (6,5%) anticoagulantes orales, 11 (5,5%) hipoglucemiantes orales, 7 (3,5%) cloruro sódico hipertónico, 6 (3%) opiáceos y 5 (2,5%) insulinas.

HBPM: 38 (7,4%) PRM indicación vs. 59 (4,7%) PRM efectividad/seguridad ($p=0,027$), 58 (8,7%) unidad de ingreso quirúrgica vs. 36 (3,6%) unidad de ingreso médica ($p < 0,001$). Anticoagulantes orales: 6 (1,6%) PRM efectividad vs 7 (0,5%) PRM indicación/seguridad ($p=0,026$), 10 (1,2%) pacientes > 65 años vs. 3 (0,3%) pacientes < 65 años ($p=0,035$). Hipoglucemiantes orales: 10 (1,2%) PRM seguridad vs. 1 (0,1%) PRM indicación ($p=0,0045$), 10 (1,2%) pacientes > 65 años vs. 1 (0,1%) paciente < 65 años ($p=0,0041$). No hubo diferencias estadísticamente significativas para el resto de grupos de MAR.

Aceptación de las IF: 195 (98,1%) PRMAR vs. 1466 (94%) resto de PRM ($p=0,021$).

Estos resultados muestran que casi la mitad de las IF realizadas con los MAR se centra en las HBPM, especialmente en la indicación de tromboprolifaxis en el paciente postquirúrgico. Asimismo, en pacientes mayores de 65 años la prescripción de anticoagulantes orales e hipoglucemiantes orales se asocia a PRM de efectividad y PRM de seguridad, respectivamente.

Debido a la relevancia clínica de los PRMAR, las IF realizadas tuvieron un elevado grado de aceptación y éste fue significativamente mayor que para el resto de las IF.

A partir del análisis de estos datos se han diseñado medidas adicionales de soporte al clínico para la pauta de los MAR en la prescripción electrónica.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

403. DETERMINACIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR

AUTORES

LARROSA GARCÍA M, GÓMEZ GANDA L, LALUEZA BROTO P, MESTRE TORRES J, VILLAR CASARES MDM, GARCÍA GARCÍA S, JUÁREZ GIMÉNEZ JC, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. P^º VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La prescripción de fármacos anticolinérgicos es frecuente en ancianos, población especialmente susceptible a sus efectos adversos, destacando el aumento de riesgo de caída y fractura de fémur (FF). Se han desarrollado escalas para medir la carga anticolinérgica (CA), definida como el efecto anticolinérgico acumulado de los fármacos administrados.

Primario. Determinar la CA de pacientes que sufrieron FF utilizando escalas validadas.

Secundario. Comparar las escalas ADS y DBI en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario que incluyó pacientes mayores de 65 años que ingresaron durante mayo-junio 2017 por FF. Se excluyeron traumatismos mayores, fracturas patológicas, alteraciones del metabolismo óseo y pronósticos infaustos.

Se recogió información biodemográfica, clínica y farmacoterapéutica a partir de la historia clínica electrónica, el programa de prescripción electrónica (Silicon[®]) y la entrevista clínica con el paciente.

Se utilizaron las escalas validadas Anticholinergic Drug Scale (ADS) y Drug Burden Index (DBI) para determinar la CA.

Se utilizó mediana y rango intercuartílico para describir resultados, t-Student para comparar grupos y Chi-cuadrado para comparar las escalas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de comparación de grupos según CA. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Se usaron tests paramétricos/no-paramétricos según la distribución de los datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 93 pacientes (81% mujeres) con una edad de 85 (80-89) años, un Índice de Charlson de 6 (5-7) y un filtrado glomerular al ingreso de 61 (48-77) ml/min. El 37% de pacientes vivía en residencia, 34% en domicilio acompañado y 29% en domicilio solo.

Un 69% de los pacientes presentaron polifarmacia y un 16% polifarmacia extrema, siendo benzodiazepinas (41%) y antidepresivos (31%) los anticolinérgicos más empleados.

Según la escala ADS, 29 pacientes tuvieron CA nula, 22 baja, 20 media y 22 alta; según DBI, 23 pacientes tienen CA nula, 1 baja, 31 media y 38 alta. Según las escalas, un 71-77% de los pacientes presentaron CA. El porcentaje de pacientes con CA alta fue de 40,9% según DBI y 23,7% según ADS; todos los pacientes con CA alta según ADS estaban incluidos en esta categoría según DBI.

Los pacientes con polifarmacia presentaron CA estadísticamente superior según las escalas ADS ($p=0.001$) y DBI ($P=0.003$). No se observaron diferencias de edad, índice de Charlson o filtrado glomerular entre los pacientes que presentaron CA y los que no; tampoco entre los pacientes con o sin CA alta. Las escalas distribuyeron los pacientes de forma diferente ($p < 0.001$) en los subgrupos CA nula, baja, media y alta. Aun así, el 52% de casos se clasificaron de forma coincidente en ambas escalas. La coincidencia de escalas se presentó predominantemente en los grupos CA alta (42.6%) y nula (39.6%). Se concluye que un 71-77% de los pacientes que sufrieron FF estaban expuestos a CA, por lo que se debe valorar el riesgo de FF al prescribir anticolinérgicos a ancianos. La CA se relaciona con la polimedicación y es superior en nuestra población que en otras poblaciones geriátricas descritas. Las escalas ADS y DBI no son comparables; ADS es más específica y DBI más sensible para identificar pacientes con CA alta.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

418. ESTABILIDAD Y PERÍODO DE VALIDEZ DE LOS MEDICAMENTOS LÍQUIDOS ORALES MULTIDOSIS.

AUTORES

PERELLO ALOMAR C, SALVA LILLO E, BARCELO SANSO F, DO PAZO OUBIÑA F, CONTRERAS NOGALES AM, FERNANDEZ GARCIA MI, GOMEZ ZAMORA M, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA. DE VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Conocer la estabilidad y establecer el periodo de validez para el uso de los medicamentos líquidos orales multidosis. Asignar un plazo de máxima utilización para aquellos medicamentos de los que no se disponga de información. Promover el uso seguro de los medicamentos líquidos orales multidosis una vez abiertos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtuvo un listado de los medicamentos con presentación líquida oral multidosis disponibles en un hospital universitario de tercer nivel del sistema de gestión SAP. Se revisaron las fichas técnicas en el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) y en la aplicación de Gestión de medicamentos en situaciones especiales. Si la ficha técnica no estaba disponible, se consultó el prospecto en la base de datos BotPLUS. Cuando la información no estaba disponible, se realizó una consulta telefónica o por correo electrónico al laboratorio fabricante. Por último, en aquellos medicamentos de los que no se obtuvo información, se asignó un período de utilización máximo según las recomendaciones del Grupo de Farmacotecnia de la SEFH (Boletín Vol 4. Nº 1 enero – abril 2015), al igual que se aplican a las fórmulas magistrales líquidas orales elaboradas en el Servicio de Farmacia, teniendo en cuenta: condiciones de conservación, período de validez en envase cerrado y presencia o ausencia de conservantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el hospital se dispone de 78 medicamentos líquidos orales multidosis. Se pudo consultar su ficha técnica en el CIMA en 75 casos, una en la base de datos de medicamentos en situaciones especiales y en dos casos no estaba disponible, por lo que se consultó el prospecto en Botplus. Se obtuvo la información requerida de 44 medicamentos (43 de la ficha técnica y 1 del prospecto). Para los 34 restantes, se realizó una consulta al laboratorio fabricante y se obtuvo información de 13 medicamentos. La mediana (mínimo, máximo) de días de estabilidad una vez abiertos los envases ha sido de 30 días (1, 720). En 5 presentaciones, el laboratorio garantiza que se podrán utilizar hasta la fecha de caducidad indicada en el envase si se cumplen las condiciones de conservación de la ficha técnica. Para los 21 medicamentos de los que no se disponía de información, se asignó un período de utilización máximo en base a las recomendaciones del grupo de Farmacotecnia de la SEFH: 30 días (18 medicamentos) o 14 días (3, sin conservantes). Con la información recopilada se elaborará material divulgativo de consulta para las unidades de enfermería, con información sobre la conservación y las recomendaciones de plazo de máxima utilización de los envases una vez abiertos.

En el 56% de los medicamentos líquidos orales multidosis disponibles en el hospital, la información sobre su estabilidad en uso viene recogida en la ficha técnica. En los medicamentos en los que esta información no constaba en la ficha técnica, en un 38% se obtuvo información por escrito del laboratorio fabricante y en el 62% se recomendó un plazo de utilización máximo tras su apertura por parte del Servicio de Farmacia. Disponer de esta información contribuye al uso seguro de medicamentos líquidos orales multidosis.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

422. FORMACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES

AUTORES

GOMEZ SANCHEZ A, EGUILUZ SOLANA M, LOPEZ GOMEZ C, MUÑOZ GOMEZ-MILLAN I, MORENO SANTAMARIA M, GARRIDO SILES M, ARENAS VILLAFRANCA JJ, TORTAJADA GOITIA B
HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A-7, KM. 187. MÁLAGA

OBJETIVOS

La formación del personal que elabora medicamentos estériles es fundamental, recomendándose la validación de la técnica aséptica con medio de cultivo como parte de la formación práctica. Nuestro objetivo es describir el proceso formativo llevado a cabo y los resultados iniciales obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El farmacéutico imparte periódicamente un curso teórico, evaluando los conocimientos. Realiza una evaluación inicial de las habilidades psicomotoras mediante observación directa durante la preparación estéril, comunicando los errores detectados y cómo evitarlos, cumplimentando un check-list con los resultados. Posteriormente realiza una segunda



validación, consistente en la simulación de una preparación de riesgo medio empleando medio de cultivo líquido según lo establecido por la USP 797 (un frasco de 100ml de TSB se reparte mediante un sistema de gravedad en dos bolsas; con una jeringa se hacen 4 trasvases de una bolsa a otra; finalmente se preparan 10 jeringas de 10ml extrayendo 5ml de cada bolsa, cerrándose con tapón) y un control de dedos de guante con medio de cultivo sólido TSA, bajo observación directa y cumplimentación del check-list. Las muestras se envían a Microbiología para su incubación durante 14 días a 25-35°C y análisis. Registramos los resultados en un Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 24 evaluaciones iniciales, con un resultado medio en el check-list de 8,14 sobre 10 (mínimo 6,5; máximo 10). La segunda validación se realizó a 10 personas, con un resultado medio de 8,8 sobre 10 (mínimo 7,14; máximo 10), mejorando la puntuación en 0,66 puntos. Los dedos de guante resultaron contaminados en 4 personas y las jeringas con TSB en un solo caso.

Se detectaron 118 errores sobre 1085 posibles. Los más frecuentes fueron: “No minimiza número de veces que saca las manos de la campana” (11%), “No desinfecta/renueva guantes cuando saca las manos de la campana” (11%), “No desinfecta/limpia material en la pre-sala” (7,6%), “No inspecciona productos intermedios/final” (7,6%), “No renueva guantes entre preparaciones, desinfectando previamente las manos” (7,6%), “No dirige puntos críticos hacia el filtro HEPA” (5,9%), “No coloca los papeles en fundas de plástico” (3,4%), “No se coloca guantes para limpiar e introducir el material en la campana” (3,4%), “No limpia la superficie de trabajo según lo establecido” (3,4%), “No evita movimientos bruscos en la campana” (3,4%), “No evita salpicaduras” (3,4%), y “No maneja conexiones asépticamente” (3,4%)

Los errores más graves fueron: “No realiza correcto lavado/desinfección de manos”, “No limpia la superficie de trabajo según lo establecido”, “No introduce correctamente el material en la campana”, “No renueva guantes ó los desinfecta antes de iniciar la elaboración”, “No minimiza número de veces que saca las manos de la campana”, “No manipula ordenadamente el material dentro de la campana”, “Puntos críticos no dirigidos al filtro HEPA”, “No desinfecta caucho de los viales/cuello de las ampollas”, “No maneja conexiones asépticamente”, “Si hay sospecha de contaminación, no descarta el producto”, y “No renueva guantes entre preparaciones, desinfectando previamente las manos”.

La formación continuada teórico-práctica del personal que prepara medicamentos estériles permite detectar errores en la técnica aséptica y corregirlos, garantizando la seguridad y calidad de las preparaciones estériles.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

435. GRAVEDAD DE LOS ERRORES DE CONCILIACIÓN EN PACIENTES MAYORES QUE SE PRODUCEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

MONTERO LLORENTE B, TALADRIZ SENDER I, MUÑOZ GARCÍA M, MONTERO ERRASQUIN B, ESPADAS HERVÁS N, ÁLVAREZ DÍAZ A, DELGADO SILVEIRA E, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM 9.100. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la gravedad de los errores de conciliación (EC) producidos en el Servicio de Urgencias en pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos de Geriatría.

Describir la incidencia de los EC detectados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, llevado a cabo en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría entre el 1 de octubre de 2017 y el 31 de marzo de 2018. Se excluyeron los pacientes en cuidados paliativos o que iniciaron sedación, y los pacientes sin prescripción electrónica de medicación en el Servicio de Urgencias.

Se comparó el tratamiento crónico recogido por el farmacéutico en la entrevista al paciente y/o cuidador principal, o disponible en el informe de la residencia en los pacientes institucionalizados, con el tratamiento prescrito en el Servicio de Urgencias.

Se elaboró una hoja de recogida de datos en Excel con las siguientes variables: edad, sexo, número de patologías crónicas, número de medicamentos crónicos, polifarmacia (si ≥ 5 medicamentos crónicos), tipo de discrepancia (justificada que no requiere aclaración o no justificada que requiere aclaración/EC), tipo de EC según el Documento de Consenso en Terminología y Clasificación de los Programas de Conciliación de la Medicación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (omisión de medicamento, inicio de medicamento, diferente dosis/frecuencia/vía de administración, omisión de dosis/frecuencia/vía de administración, medicamento equivocado), si el error alcanzó al paciente o no, y su gravedad. Para esta última variable se utilizó la clasificación del NCCMERP con la colaboración de un facultativo especialista en Geriatría.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 302 pacientes, 204 mujeres (61,6%), con una edad media de 92,5 \pm 3,9 años. La mediana de patologías crónicas fue 6 (0-13) y de medicamentos crónicos 8 (1-24), siendo polimedicados 247 pacientes (81,8%).

Se detectaron 255 EC en 131 pacientes (43,4%), con una media de EC por paciente de 1,9 \pm 1. Respecto a la gravedad de los EC detectados, 110 (43,1%) se clasificaron como categoría C, 106 (41,6%) como categoría D y 39 (15,3%) como categoría E. Considerando los 215 EC que alcanzaron al paciente (84,3%), 91 errores (42,3%) fueron clasificados como categoría C, 89 (41,4%) como categoría D y 35 (16,3%) como categoría E.

Los EC más frecuentes fueron: 123 errores por omisión de medicamento (48,2%), 64 errores por diferente dosis (29,8%) y 30 errores por inicio de medicamento (13,9%).



Conclusiones

En casi la mitad de los pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos de Geriátrica se detecta al menos un EC, siendo los más frecuentes los errores por omisión de medicamento.

En referencia a la gravedad de los EC encontrados, la mayoría no son detectados a tiempo y alcanzan al paciente, no causando daño (categoría C), requiriendo monitorización y/o intervención para evitar el daño (categoría D) o, en menor medida, causando un daño temporal (categoría E).

Estos resultados reflejan la necesidad de implantar programas de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario y en el Servicio de Urgencias, y así impedir que los EC lleguen al paciente y le ocasionen un daño evitable.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

437. ANÁLISIS DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CEFAZOLINA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN

AUTORES

ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, RODRIGUEZ FERRERAS A, MARTÍNEZ TORRÓN A, MENARGUEZ BLANC R, ARIAS MARTÍNEZ A, CARRILES FERNANDEZ C, ALAGUERO CALERO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA, S/N, 33011 ., ASTURIAS

OBJETIVOS

La cefazolina es uno de los antibióticos más utilizados para la profilaxis quirúrgica y según las guías la duración no debe ser superior a 24 horas. Es necesario ajustarse a estas recomendaciones para evitar complicaciones infecciosas así como la aparición de resistencias.

El objetivo de este trabajo es analizar la reducción en la duración del uso de cefazolina como profilaxis perioperatoria tras la implantación de un protocolo de utilización y la intervención farmacéutica en la validación de la prescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo de todos los pacientes tratados con cefazolina en profilaxis perioperatoria entre septiembre de 2017 y marzo de 2018. El farmacéutico, como miembro activo de la Comisión de Infecciones, expuso ante el resto de miembros para su posterior difusión a los diferentes Servicios la protocolización en el sistema electrónico de prescripción de la indicación de cefazolina para su utilización en profilaxis quirúrgica: como dosis única y cada 8 horas con una duración máxima de 24 horas. Así mismo, los farmacéuticos encargados de la validación realizaron un seguimiento de los tratamientos con cefazolina, interviniendo de forma oral y escrita en aquellos cuya duración era superior a 24 horas para la rectificación de la indicación por parte del facultativo. Se comparó un periodo bimensual pre y otro post-protocolización: septiembre-noviembre 2017 y enero-marzo 2018. Las indicaciones de cefazolina y su duración se obtuvieron del programa de prescripción electrónica. Se consideraron como intervenciones aceptadas aquellas en las cuales la indicación se interrumpió en las siguientes 24 horas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el primer periodo hubo 1.512 prescripciones de cefazolina y 1.673 en el segundo. La distribución de indicaciones por días de duración en el primer periodo fue: 1.378 \leq 1 día (91,2%) y 133 > 1 día (8,8%). Dentro del 8,8% de duración > 24 horas: 53 (40%) duraron 2 días, 21 (16%) 3 días y 59 (44%) > 3 días.

En el segundo periodo: 1.546 \leq 1 día (92,4%) y 126 > 1 día (7,5%). Dentro del 7,5% de duración > 24 horas: 52 (41,3%) duraron 2 días, 30 (23,8%) duraron 3 días y 44 (34,9%) > 3 días.

Se realizaron 46 intervenciones, aceptándose 25 (54,3%); 14 indicaciones (30,4%) se interrumpieron en las primeras 12 horas. En 6 casos (13%) el paciente fue de alta en las siguientes 48 horas post-intervención. De las no aceptadas, 7 (15,2%) se interrumpieron en menos de 48 horas.

Las indicaciones con una duración \leq 1 día se incrementaron un 1,2% en el segundo periodo. Aquellas cuya duración era > 3 días disminuyeron un 10,9%.

El elevado porcentaje de indicaciones con duración \leq 1 día en el primer periodo y el escaso margen de mejora observado en el segundo sugieren, en general, un uso aceptable de cefazolina como profilaxis quirúrgica. Así mismo, la notable reducción en las indicaciones con duraciones superiores a las recomendadas, refuerza el importante papel del farmacéutico en el seguimiento y validación de los tratamientos antibióticos.

La protocolización basada en sistemas de prescripción electrónica y las herramientas para detectar tratamientos con una duración excesiva son herramientas fundamentales para la correcta utilización de medicamentos optimizando los recursos disponibles.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

475. ESTUDIO DE SEGURIDAD DE IPILIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES

BLANCO SÁNCHEZ G, GONZÁLEZ-HABA PEÑA E, REVUELTA HERRERO JL, AMOR GARCÍA MA, MELGAREJO ORTUÑO A, PERNÍA LÓPEZ MS, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46, 28007 MADRID. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es analizar la seguridad de ipilimumab, fármaco inmunoterápico frente al antígeno 4 del linfocito T citotóxico, en la práctica clínica habitual.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de todos los pacientes adultos tratados con ipilimumab desde la inclusión del fármaco en el centro hasta marzo de 2018. Se excluyeron a todos los pacientes tratados con el fármaco en contexto de ensayo clínico y acceso expandido. Se recogieron las variables demográficas de edad y sexo, y variables farmacoterapéuticas como diagnóstico, número de líneas de tratamiento previas y posteriores si las hubiera, número de ciclos administrados, y efectos adversos según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v4.03). Todo ello se obtuvo de la historia clínica electrónica (HP-HCIS) y del Sistema de Información para la Gestión integral de la Farmacia Hospitalaria (FARHOS®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvo una muestra de 30 pacientes, 17 de ellos mujeres, con media de edad de $59,39 \pm 15,87$ años. Todos ellos habían sido diagnosticados de melanoma avanzado. 12 pacientes no habían recibido ninguna línea de tratamiento previa, 12 una línea, 5 dos líneas y 1 paciente había recibido tres líneas. Los pacientes recibieron una media de 2,7 ciclos de ipilimumab. En 10 pacientes no se notificaron efectos adversos relacionados al fármaco. 11 pacientes experimentaron efectos adversos grado (G) 1, con 8 casos de prurito, 4 casos de astenia, 1 de diarrea, 1 de rash y 1 de hipotiroidismo. 9 pacientes sufrieron efectos adversos G2, de los cuales destaca el prurito (4 pacientes), la diarrea (3 pacientes), la astenia (2 pacientes) y la hipertransaminemia (2 pacientes). 9 pacientes sufrieron efectos adversos G3, destacando 4 casos de diarrea, 2 de enterocolitis autoinmune, 1 de poliartropatía, 1 de anemia, 1 de hipotiroidismo, y 1 caso de mucositis. Por último, solo 1 paciente experimentó un efecto adverso de G4 (enterocolitis autoinmune). En general, 3 pacientes requirieron tratamiento con corticoides para el manejo de la toxicidad. Tras la suspensión de ipilimumab, 8 pacientes recibieron una línea de tratamiento posterior, y 2 pacientes dos líneas. De los 30 pacientes, 5 están vivos a final del estudio, aunque ninguno continúa en tratamiento con ipilimumab.

Como conclusión, cabe destacar que ipilimumab fue un fármaco bien tolerado, con un tercio de los pacientes sin experimentar reacciones adversas atribuibles al mismo. Aproximadamente un 65 % de los pacientes experimentaron efectos adversos leves (G1-2), de los cuales la toxicidad cutánea fue lo más prevalente, seguido de la astenia y la diarrea. Por otro lado, un tercio de los pacientes sufrieron efectos adversos G3-4, siendo lo más común la diarrea seguida de la enterocolitis autoinmune. Por tanto, podemos concluir que nuestros datos de práctica clínica habitual se asemejan a la literatura existente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

481. MONITORIZACIÓN DE LA CREATINQUINASA DURANTE EL TRATAMIENTO CON DAPTOMICINA

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA A, RUIZ GÓMEZ A, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, GALINDO RUEDA MDM, DE LA CRUZ MURIE P, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Se han observado incrementos de los niveles de creatinquinasa (CK) en el plasma asociados a miopatía durante el tratamiento con daptomicina. El objetivo de este estudio fue analizar las medidas de monitorización de daptomicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado durante un periodo de seis meses (Octubre 2017–Marzo 2018) de todos los pacientes tratados con daptomicina, en un hospital de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, duración del tratamiento, dosis prescrita/kg, niveles de CK, fecha de extracción de niveles de CK, aclaramiento de creatinina (ClCr) al inicio del tratamiento según la fórmula de Cockcroft-Gault, medicación concomitante asociada a miopatía.

Para analizar la adecuada monitorización de la daptomicina se utilizaron las recomendaciones de la ficha técnica (FT) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios:

- Medir la CK en plasma al inicio del tratamiento y al menos una vez/semana en todos los pacientes durante la terapia.
- Medir al menos las dos primeras semanas c/2-3 días en pacientes con un riesgo incrementado de desarrollar miopatía: ClCr < 80ml/min, tratamiento con medicamentos asociados a miopatía (estatinas, fibratos y ciclosporina).
- Si los niveles iniciales de CK son > 5 veces al límite superior de la normalidad, deben monitorizarse más de una vez/semana.

Se usaron como fuentes de datos el programa de prescripción electrónica, el programa de historia clínica y el sistema de gestión de laboratorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio 27 pacientes fueron tratados con daptomicina, 19 hombres y 8 mujeres. La mediana de edad fue de 60 años (26-88).

La mediana de duración del tratamiento fue de 6,06 días (rango 1,06-37,12).

La dosis media prescrita/kg de peso fue de 8,08 mg/kg.

Se realizaron niveles de CK en 19 pacientes (70,37%), siendo la media de CK 136,02U/L.

A los 27 pacientes del estudio se les debió medir el nivel de CK al inicio del tratamiento y al menos una vez/semana. Sin embargo, a 18 pacientes (66,67%) no se les midió en ningún momento la CK, a cuatro se les midió al inicio, a la semana de tratamiento y regularmente (14,81%), a uno al inicio y a la semana de tratamiento (3,70%), a uno solamente al inicio (3,70%), a uno solamente a la semana de tratamiento (3,70%) y a otro regularmente, pero no al inicio (3,70%).

17 pacientes se consideraron de riesgo al recibir tratamiento con daptomicina (62,96%): siete pacientes por insuficiencia renal (IR) y tratamiento con estatinas (41,17%), tres por IR (17,65%), seis por tratamiento con estatinas (35,29%) y uno por tratamiento con estatinas y ciclosporina (5,88%).



De los 17 pacientes de riesgo, a dos se les midió la daptomicina 2-3 veces/semana (11,76%).

La monitorización de la CK se realiza solo en 1/3 de los pacientes tratados en este hospital y el criterio de la misma no sigue las recomendaciones de la FT de la daptomicina.

La mayoría de los pacientes considerados de riesgo no están estrechamente monitorizados, como indica la FT.

Es necesaria una intervención proactiva desde el Servicio de Farmacia al inicio y durante el tratamiento con daptomicina, en los que se informe de la correcta monitorización dada la importancia del riesgo de miopatía.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

484. EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN INTRAHOSPITALARIA DE FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: ¿USO O ABUSO?

AUTORES

ARRIETA LOITEGUI M, CARO TELLER JM, ROSAS ESPINOZA C, CANALES SIGUERO MD, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, ORTIZ PÉREZ S, GONZÁLEZ SEVILLA M, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIV. 12 DE OCUTBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Las formas de liberación inmediata de fentanilo están indicadas en el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes oncológicos que ya reciben opiáceos como analgesia de base. Recientemente la AEMPS ha alertado de un aumento de las prescripciones fuera de ficha técnica (FFT), con un riesgo de abuso y dependencia mayor en estos pacientes en los que no se respetan las condiciones de uso autorizadas.

El objetivo principal del estudio es analizar la evolución de la utilización intrahospitalaria de fentanilo de liberación inmediata FFT en un hospital de tercer nivel. Los objetivos secundarios son conocer las indicaciones FFT y la analgesia de base que recibían estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se compararon las prescripciones de fentanilo de liberación inmediata de los pacientes hospitalizados durante el año 2014 y el año 2017. Se recogieron las siguientes variables a través de la historia clínica electrónica (HCE): sexo, edad, Unidad de Hospitalización, indicación de fentanilo de liberación inmediata y analgesia de base. Adicionalmente se revisaron los informes de alta para conocer si el opioide era mantenido en domicilio. El estudio de asociación entre las variables cualitativas se calculó mediante el test de la χ^2 . El análisis se realizó con el paquete estadístico Minitab®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

314 pacientes fueron incluidos (61,1% hombres), con una edad media de 64,4±16,6 años.

En el año 2014 hubo 154 prescripciones en 120 pacientes, mientras que en 2017 242 en 194 pacientes (0,35 prescripciones/100 ingresos en 2014 vs 0,54 en 2017), suponiendo un incremento relativo del 54%. Las Unidades de Hospitalización en las que se prescribió con mayor frecuencia fueron Oncología (60,4% en 2014 vs. 41,3% en 2017), Cirugía (16,3% vs. 27,7%) y Medicina Interna (14,3% vs. 15,3%).

El porcentaje de indicaciones FFT fue de 22,1% en 2014 vs 31,8% en 2017 (p= 0,034). Las indicaciones FFT más frecuentes en el año 2014 fueron: 61,8% cura de úlceras y heridas (n=21), 20,6% dolor crónico (n=7) y 8,8% control del dolor postquirúrgico (n=3). En el año 2017 las indicaciones FFT más frecuentes fueron: 61% cura úlceras y heridas (n=47), 23,4% dolor crónico (n=18) y 5,2% dolor asociado a traumatismos (n=4).

Al alta, el 35,3% de los pacientes que utilizaban fentanilo de liberación inmediata FFT en 2014 continuó con dicho tratamiento en domicilio, frente al 29,9% en el año 2017.

En relación a la analgesia de base, en 2014 el 11,7% de los pacientes con fentanilo de liberación inmediata no tenían pautado un opiáceo (n=18), frente al 20,7% en 2017 (n=50).

El uso de fentanilo de liberación inmediata en el ámbito hospitalario ha sufrido un aumento considerable desde el año 2014, así como su uso fuera de las indicaciones autorizadas.

Un elevado número de pacientes continúan en su domicilio con el tratamiento a estudio, por lo que la implantación de programas de seguimiento de utilización de opioides en coordinación con Atención Primaria puede ser una estrategia para racionalizar su uso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

499. DOSIFICACIÓN DE GANCICLOVIR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SEGÚN CKD-EPI

AUTORES

PALACIO LACAMBRA ME, SUÑÉ NEGRE JM, MONTORO RONSANO JB
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La estimación de la función renal debe ser lo más precisa posible para ajustar correctamente la dosis de los fármacos, especialmente los que se eliminan vía renal como el ganciclovir. La ecuación CKD-EPI ha demostrado ser más precisa que Cockcroft-Gault y MDRD para evaluar la función renal, por ello es la fórmula de elección según las principales organizaciones internacionales. Sin embargo, a día de hoy no hay datos respecto al ajuste de dosis de fármacos por CKD-EPI. El objetivo del presente estudio es establecer las recomendaciones de dosificación de ganciclovir para CKD-EPI en pacientes con insuficiencia renal (IR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, transversal y unicéntrico que incluyó todos los pacientes adultos tratados con ganciclovir IV y con monitorización de niveles plasmáticos entre 2004 y 2015 en un hospital de tercer nivel. Los pacientes se agruparon según estadiaje renal, siguiendo la clasificación KDIGO del año 2012 y la fórmula CKD-EPI, y se estimó el aclaramiento (Cl) de ganciclovir medio para dicho estadiaje según el modelo de Sawchuck-Zaske modificado. A partir de la dosis habitual de ganciclovir (5 mg/kg) y el Cl de ganciclovir medio en pacientes con función renal normal, se determinó la nueva dosis de ganciclovir para cada uno de los estadios de IR, teniendo en cuenta la relación $AUC=D/Cl$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

100 pacientes fueron incluidos en el estudio (edad media: 55.2 ± 14.6 años, 67 hombres). La dosis media de ganciclovir fue de 4.4 ± 1.7 mg/kg y las concentraciones plasmáticas pico y valle medias fueron de 8.6 ± 3.6 y 1.8 ± 1.4 mcg/ml, respectivamente. La tasa de filtración glomerular (TFG) media estimada por CKD-EPI fue de 92.3 ± 36.4 ml/min/1.73m². El Cl de ganciclovir medio fue de 2.0 ± 1.4 ml·kg/min. Las nuevas recomendaciones de dosificación de ganciclovir según CKD-EPI fueron para una TFG (en ml/min/1.73m²) ≥ 90 : 5 mg/kg, TFG 60-89: 3 mg/kg, TFG 30-59: 1.5 mg/kg y TFG 15-29: 0.5 mg/kg.

Conclusiones

La dosificación de ganciclovir por CKD-EPI difiere de la dosificación por Cockcroft-Gault que recomienda la ficha técnica actual [aclaramiento de creatinina (ClCr, en ml/min) > 70 : 5 mg/kg, ClCr 50-69: 2.5 mg/kg, ClCr 25-49: 1.5 mg/kg y ClCr 10-24: 0.625 mg/kg] para todos los estadios. Teniendo en cuenta que CKD-EPI es la herramienta más precisa para estimar la función renal y universalmente utilizada en la práctica clínica, actualizar el ajuste de dosis de fármacos en IR mediante dicha fórmula es esencial para evitar errores de dosificación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

502. REACCIÓN ADVERSA LETAL ASOCIADA A TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, MARTÍNEZ DÍAZ C, GIL SIERRA MD, CAMEAN CASTILLO M, SALMERÓN NAVAS FJ, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, PALOMO PALOMO C, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Describir la evolución clínica y notificación de una reacción adversa (RA) con desenlace fatal asociada a pembrolizumab en paciente diagnosticado de carcinoma epidermoide.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente varón de 75 años, ingresado con cuadro agresivo de lesiones dérmicas tras recibir una primera dosis de pembrolizumab hace 14 días para su diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante con metástasis costal. Ante la sospecha por los clínicos (oncólogo, internista y dermatólogo) de una posible RA a pembrolizumab, en el Servicio de Farmacia Hospitalaria se consultó la ficha técnica (FT) y ensayos pivotaes en búsqueda de referencias, así como información sobre el paciente en la Historia Clínica Única Digital (DIRAYA®). Se aplicó el algoritmo de naranjo para evaluar la causalidad de la RA como segura, probable, posible o improbable. También se realizó una notificación de la RA al centro de farmacovigilancia (FV) autonómico, además del seguimiento farmacoterapéutico del cuadro clínico del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la primera dosis de pembrolizumab, se observó cuadro agresivo de lesiones compatible con necrólisis epidérmica tóxica (NET) y síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), con extensión corporal casi completa de predominio en tronco, con afectación palmoplantar y mucosa, con Nikolski positivo y cuadro sistémico asociado (síndrome febril, fracaso renal agudo, hiperpotasemia por lisis celular). Tras valoración por servicio de dermatología se recomendó ingreso en medicina interna, iniciándose tratamiento con esteroides parenterales, enoxaparina, cobertura antibiótica con ceftriaxona y linezolid, clorfeniramina, sedación con midazolam y morfina, sulfadiazina argéntica por vía tópica y fórmula magistral de lidocaína viscosa al 2% preparada en el Servicio de Farmacia Hospitalaria. Tanto en FT como en los ensayos consultados apareció descrito el SSJ y NET como una RA asociada a pembrolizumab de muy escasa frecuencia y elevada gravedad. Al aplicar el algoritmo de naranjo a este caso se determinó que la RA se debió de forma probable a la administración de pembrolizumab, por lo que se realizó una notificación de la RA al centro de FV autonómico mediante el formato de tarjeta amarilla. A lo largo de la hospitalización, el paciente presentó evolución desfavorable y mal pronóstico, con piel escaldada con denudación en toda la espalda y regiones axilares, y zonas parcheadas en abdomen, tronco anterior, brazos y nalgas. Se comunicó el caso a la unidad de quemados del hospital de referencia, que aconsejó las pautas de curas apropiadas a los recursos disponibles en el hospital de ingreso. A los 33 días después de la administración del pembrolizumab, y tras 13 días de ingreso hospitalario, se produjo una sepsis fulminante que llevó a la muerte del paciente.

Conclusiones

1) Los fármacos inmunooncológicos pueden producir RA de gran gravedad, llegando incluso a producir la muerte, por lo que la FV desempeña un papel fundamental en este tipo de tratamientos. 2) Se notificó una RA de SSJ y NET asociada a pembrolizumab, clasificada de muy escasa frecuencia según información descrita en FT y en la bibliografía consultada. 3) La FV permite a los profesionales sanitarios tener más datos sobre este fármaco para un uso más seguro en el futuro.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

509. RELEVANCE OF THE INTERACTION BETWEEN PACLITAXEL AND CLOPIDOGREL IN CLINICAL PRACTICE.

AUTORES

LABEAGA BERAMENDI Y, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, PAMPÍN SÁNCHEZ R, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, CARBAJALES ÁLVAREZ M, DURÁN ROMÁN C, AYASTUY RUIZ A, RODRÍGUEZ DE CASTRO B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS, 395,. ASTURIAS

OBJETIVOS

Paclitaxel is mainly eliminated by CYP2C8 in the liver, which is strongly inhibited by the clopidogrel metabolite acyl- β -D-glucuronide. This can lead to increased paclitaxel toxicity. The aim of the study is to assess the clinical relevance of the interaction between Paclitaxel and Clopidogrel.

MATERIALES Y MÉTODOS

A retrospective observational study was performed between January 2014 and April 2018 in a tertiary hospital. All patients who were administered a combination of paclitaxel and clopidogrel were included. To identify the patients who were treated with both drugs, the electronic medical record and the chemotherapy database were checked. In order to assess the clinical relevance of the interaction, the gender, age, cancer type, regimen, paclitaxel dose, cumulative paclitaxel dose, blood tests (Hb, neutrophil count, platelets, etc), ECOG performance status and any adverse events identified by the physician were extracted from the clinical records prior and subsequent to the combined administration of clopidogrel and paclitaxel. The incidence of adverse events (AE) was analysed according to the criteria NCI-CTCAE, including the discontinuation rate due to AE. These rates were compared with AEs' frequency described on Paclitaxel' SPC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A total of 7 patients (57% men) treated with paclitaxel and clopidogrel concomitantly were identified, with a mean age of 65 years old (range 54-73) and ECOG performance status of 1. The therapeutic regimens used were carboplatin + paclitaxel 50 mg/m² weekly (n=2; non-small cell lung cancer), carboplatin + paclitaxel every 3 weeks (n=2, dosing at 175 mg/m² for ovarian cancer and 200 mg/m² for non-small cell lung cancer) and paclitaxel 100 mg/m² weekly (n=3 for breast cancer, pancreatic adenocarcinoma and head and neck cancer). Each patient was administered 7 cycles (range 3-14), with an average cumulative dose of 1036 mg of paclitaxel per patient. The only drug used during chemotherapy treatment that could influence CYP2C8 was clopidogrel. Blood cell counts at baseline were normal for all the patients, with preserved renal and hepatic function.

According to clinical implications of paclitaxel-clopidogrel coadministration, three patients experienced neutropenia and leucopenia (43% during the study period vs 28% on the SPC), two of them grade 2 and one grade 3. One patient developed thrombocytopenia and six anemia (14% and 64% during the study period vs 11% and 86% on the SPC, respectively).

None of the patients required treatment discontinuation due to AEs. There was no need to reduce paclitaxel dose or skip/postpone a course of treatment. According to the physician's evaluation, hematological toxicity (of any grade) was developed in 100% of the cases, but none experienced peripheral sensory neuropathy (0% vs 25-85% according to the SPC). The ECOG performance status changed during co-administration only in one case, worsening from 1 to 2.

Drug-drug interaction between clopidogrel and paclitaxel was not associated with a clinically relevant increased risk of neuropathy or neutropenia, according to the low rate of AE observed during the study period. Nevertheless, further research is needed due to study limitations (interindividual variability, different regimens and doses of paclitaxel used and few patients analysed).

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

527. CLASIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA

AUTORES

PARRO MARTÍN MA, MUÑOZ GARCÍA M, DELGADO SILVEIRA E, SÁNCHEZ CASTELLANO C, DOMÍNGUEZ PÉREZ F, MARTÍN- ARAGÓN S, BERMEJO BERMEJO T
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS

Analizar y clasificar los errores de medicación (EM) que tienen lugar durante la transición asistencial del paciente de cirugía ortopédica y traumatológica (COT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de 5 meses de duración en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaban a cargo de COT de lunes a viernes, en la Unidad de Hospitalización de Traumatología (UHT). La recogida de datos se realizó en: Urgencias, Unidad de Reanimación y Post-anestesia (URPA) y UHT. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo). Para detectar los EM el farmacéutico revisó el proceso de conciliación al ingreso en Urgencias-URPA, Urgencias-UHT o URPA-UHT, y los procesos de prescripción, validación, dispensación y registro de administración del tratamiento de los pacientes durante el ingreso. Para la clasificación de los EM se utilizó la clasificación Ruíz Jarabo y los fármacos implicados se clasificaron según el nivel de riesgo de provocar daño al paciente en el ámbito hospitalario según la clasificación publicada por un grupo investigador de nuestro centro¹. No se analizaron los errores con una frecuencia inferior al 5%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 422 pacientes, de los cuales el 31,3% presentaron algún error. La edad media de los pacientes fue de 84,4 ± 14,7 años, el 64,4% fueron mujeres.

Se revisaron 4.710 líneas de tratamiento. El 64,2% de los errores fueron de conciliación, el 29,5% de prescripción, el 3,7% de administración, un 1,5% de validación y un 1,2% de dispensación. Los errores de administración, validación y dispensación fueron inferiores a un 5%, por lo que no se analizaron.

El error de conciliación más frecuente fue la omisión de un medicamento necesario (76,2%), seguido de dosis incorrecta (9,9%) y medicamento erróneo (9,3%). Los fármacos más frecuentemente implicados fueron los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (5,9%) y las Benzodiazepinas (5,9%), seguidos de los Inhibidores de la recaptación de serotonina (4,1%), Antidepresivos tricíclicos (4,1%) y Vitamina D y análogos (4,1%). Todos ellos clasificados de riesgo medio, salvo la Vitamina D y análogos de riesgo bajo.

El error de prescripción más habitual fue frecuencia de administración errónea (48,1%), seguido de duración de tratamiento incorrecta (19,0%). Los fármacos más frecuentemente implicados fueron las Cefalosporinas de primera generación (18,9%), Antitrombóticos, heparinas y derivados (12,6%), Antieméticos (11,4%) y Otros analgésicos y antipiréticos (10,1%). Todos ellos clasificados de riesgo medio salvo los antitrombóticos y heparinas de riesgo alto.

Conclusiones

Un tercio de los pacientes presentaba algún EM, destacando los errores de conciliación y, dentro de ellos, los debidos a la omisión. Los EM debidos a los fármacos con mayor riesgo de provocar daño al paciente han ocurrido principalmente en el proceso de prescripción, por lo que sería necesario establecer medidas de seguridad para interceptarlos antes de que lleguen al paciente.

Los EM debidos a los fármacos con riesgo medio se produjeron tanto en el proceso de conciliación como de prescripción.

Bibliografía

1. Vicente Oliveros N, Pérez Menéndez Conde C, Álvarez Díaz AM, Bermejo Vicedo T, Martín-Aragón Álvarez S, Montero Errasquín B, et al. Grading the potential safety risk of medications used in hospital care. *Farm Hosp.* 2018;42(2):53-61.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

535. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA REDUCCIÓN DE ERRORES DE PREPARACIÓN DE CARROS DE DOSIS UNITARIAS

AUTORES

ZAMORA FERRER E, RUIZ CALDES MJ, BOSÓ RIBELLES V, FELGUERA BASCUÑANA R, LÓPEZ CANTÓN S, AUSINA AUSINA MJ, GARCÍA PELLICER J, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LA FE. BOULERVAR SUR. VALENCIA

OBJETIVOS

El carro centinela (CC) es un procedimiento de mejora del proceso farmacoterapéutico que se lleva a cabo en el Servicio de Farmacia (SF) y que consiste en la revisión semanal de un carro elegido aleatoriamente, antes de subir a la correspondiente Unidad de Hospitalización (UH), para registrar los errores de preparación e instaurar medidas de mejora. Tras analizar los errores de preparación, se decidió realizar sesiones formativas al personal encargado del llenado con el fin de reducir al mínimo estos errores. El objetivo de este trabajo fue comparar los errores de preparación de carros antes y después de la intervención educativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron 12 CC antes de la intervención (primer trimestre de 2017) y 12 CC después de la intervención (primer trimestre de 2018). Se incluyeron todas las UH que tenían un solo reparto de carros diario. La intervención consistió en sesiones formativas semanales (abril-diciembre 2017) impartidas por la farmacéutica de dosis unitarias (DU) con ayuda de una presentación de diapositivas, a todo el personal que estaba ese día trabajando en el área. Las sesiones se repitieron periódicamente para asegurar la asistencia máxima del personal. Los títulos fueron: circuito de dosis unitarias; antineoplásicos orales; hemoderivados; medicación controlada; medicación no incluida en guía; software de armarios automatizados; programa de gestión; programa de prescripción electrónica y dispensación por ventanilla. Para los resultados se consideró que sobraba medicación si había más unidades preparadas que prescritas, o si había medicación que no llevaba prescrita el paciente. Se consideró que faltaba medicación si en el cajetín había menos unidades preparadas que prescritas. Se consideró error de identificación que los datos de la etiqueta del cajetín estuvieran cortados o fueran diferentes al listado de llenado. Se consideró error de dosis si aparecía un medicamento de dosis diferente a la prescrita. No se encontraron más tipos de errores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los 12 CC analizados antes de la intervención hubo 113 líneas con algún error (en 58 sobraba medicación, en 40 faltaba, 13 de identificación, 2 de dosis) de las 3499 líneas revisadas, lo que supuso una tasa de error del 3,23%. En los 12 CC analizados después de la intervención hubo 66 líneas con algún error (en 35 sobraba medicación, en 27 faltaba, 4 de identificación) de las 3031 líneas revisadas, lo que supuso una tasa de error del 2,18%, inferior a la del periodo previo a la intervención (diferencia del 1,05%; p=0,01; test de Fischer). Por tanto, la formación del personal contribuyó a reducir los errores de preparación en un 32,5%.

Desde el área de DU del SF, se debe procurar una tasa de error mínima en la preparación de carros de DU. Gracias a la automatización de la preparación se han reducido los errores, sin embargo todavía existen. La rotación de la plantilla y la elevada carga de trabajo en el área pueden ser la causa. No obstante, la formación continua y la implicación del personal mejoran la calidad de la preparación de carros de DU.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**572. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS****AUTORES**

GUERRA GONZÁLEZ M, FERRERAS LÓPEZ N, DEL POZO RUIZ J, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, ORTEGA VALÍN L, SAÉZ VILLAFANE M

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON. ALTOS DE NAVA, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Los medicamentos biológicos (MB) son fármacos con un perfil de seguridad diferente a los medicamentos tradicionales y sujetos a controles especiales en materia de seguimiento y farmacovigilancia. Su uso está experimentando una creciente expansión a un perfil de pacientes cada vez más diverso. La notificación espontánea de reacciones adversas a medicamentos (RAM) es un método eficiente pero lacrado por una marcada infranotificación. Se pretende incrementar la farmacovigilancia sobre MB.

DISEÑO

Para facilitar la notificación los servicios de Farmacia, Reumatología, Dermatología y Digestivo diseñaron un impreso en el que el profesional recoge datos demográficos del paciente, diagnóstico y fecha, comorbilidades/alergias, descripción de la RAM, fecha de inicio, severidad, fármaco, suspensión o no de este, fecha de inicio y fin del tratamiento, desenlace de la RAM y medicación concomitante. Posteriormente se añadió lote y caducidad del medicamento, a sugerencia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H). El cumplimiento completo de impreso no era imprescindible, siendo únicamente necesaria la identificación del paciente y de la RAM. El impreso estaría fácilmente disponible en las consultas y los controles de enfermería. Esos datos servirían para la posterior documentación por parte del farmacéutico a través de la historia clínica. Se pactó un retorno de información a los servicios implicados.

CIRCUITO Y ETAPAS

- El profesional sanitario que detecta una RAM envía el impreso al Servicio de Farmacia, que completa la información necesaria para una correcta documentación.
- Los datos se recogen en un gestor de datos diseñado al efecto y se notifica la RAM al SEFV-H.
- Semestralmente se realiza un análisis de los datos recogidos, y se elabora un informe con los resultados que se envía a los servicios interesados.

IMPLANTACIÓN

La implantación se inició en 2015, incluyéndose inicialmente Reumatología, Dermatología y Digestivo y ampliándose posteriormente a Inmunología y Cirugía General.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En el período 2015-2017 se notificaron 75 RAM correspondientes a 72 casos: 18 (2015), 25 (2016) y 29 (2017). Reumatología detectó 34 RAM, Dermatología 7, Digestivo 29, Farmacia 3 y otros servicios 2. Por severidad: 13 muy grave, 32 grave, 26 moderada, 7 leve/muy leve. Por tipo: infeccioso (26), neoplasias(16), piel (9), sistema nervioso (5) y locales (5).

La participación ha sido creciente durante tres años, se ha ampliado el número de servicios y se ha generado una conciencia e interés por la farmacovigilancia. Los resultados han sugerido el estudio de nuevas intervenciones, como una especial supervisión de la profilaxis infecciosa o un registro exhaustivo de casos de neoplasias.

Se detecta subjetividad en la valoración de la gravedad de la RAM y una notificación preferente de las graves. El circuito exige gran dedicación del Servicio de Farmacia, como contrapartida de la facilitación y de la centralización de la información.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El programa es fácilmente aplicable a otros servicios al no requerir recursos materiales y ser percibido por los médicos como una aportación positiva y sencilla a su actividad clínica, al tiempo que promueve una cultura de seguridad en el uso de los MB.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**581. VARICELA EN PACIENTE TRATADO DE HEPATITIS C****AUTORES**

GIL SIERRA MD, TÉLLEZ PEREZ F, RÍOS SANCHEZ E, BRICEÑO CASADO MDP, SALMERÓN NAVAS FJ, CAMEAN CASTILLO M, ALEGRE DEL REY EJ, BORRERO RUBIO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665;. CÁDIZ

OBJETIVOS

El inicio de tratamiento del virus de hepatitis C (VHC) puede producir reactivación de infecciones latentes mediante un síndrome de reconstitución inmune. Los farmacéuticos y médicos que atienden a pacientes con tratamiento de VHC deben estar alerta ante esta posibilidad. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia clínica en un paciente tratado de VHC con diagnóstico posterior de infección por virus varicela-zoster.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 39 años y 70 kg de peso con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) estadio A3, VHC genotipo 1b, fibrosis F0 y EPOC fenotipo enfisema sin seguimiento ni tratamiento para ninguna patología. Precisó ingreso hospitalario por insuficiencia renal y síndrome nefrótico. El paciente refirió malestar general con mialgias y presentó anemia normocroma normocítica, hipokalemia, hipoproteinemia e hipoalbuminemia severa. Se realizó biopsia renal

con diagnóstico anatómico-patológico de glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a VHC. Tras 11 días de hospitalización, se estabilizó al paciente y se procedió al alta hospitalaria. El facultativo infectólogo prescribió darunavir 800 mg + raltegravir 800 mg diarios para tratar el VIH y ombitasvir 12,5 mg/paritaprevir 75 mg/ritonavir 50 mg (2-0-0) + dasabuvir 250 mg (1-0-1) durante 12 semanas como tratamiento del VHC. El servicio de farmacia realizó el seguimiento del paciente usando Historia Clínica Única Digital de Andalucía (DIRAYA®) y el programa de prescripción electrónica asistida (Dominion Farmatools®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una semana antes de finalización del tratamiento de VHC, el paciente acudió a urgencias debido a dolor lumbar de 3-4 días de evolución asociado a erupción cutánea vesiculopapular en diferentes estadios con extensión por todo el cuerpo, respetando palmas y plantas. En la analítica presentó CD4 = 137 células/mm³, además de carga viral de VIH y VHC indetectables. El paciente refirió sensación disneica, tos y expectoración escasa. Tanto el farmacéutico del área de pacientes externos como el médico infectólogo asociaron la reactivación del virus varicela-zoster al síndrome de reconstitución inmune desencadenado por el tratamiento de VHC. Se administró perfusión de tramadol 300 mg/día como tratamiento de dolor lumbar (sin éxito) y aciclovir intravenoso ajustado a función renal, manteniéndose el tratamiento frente a VIH y VHC. Posteriormente, se usó cloruro mórfico en perfusión a 6 ml/hora. Dos días después del ingreso, el paciente presentó insuficiencia respiratoria aguda y falleció a las pocas horas. La autopsia confirmó la infección por virus varicela-zoster como causa del exitus.

Conclusiones

1. La administración del tratamiento para el VHC (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir) desencadenó un síndrome de reconstitución inmune que produjo la reactivación de infección por virus varicela-zoster, llegando a producirse exitus.
2. Se confirmó la infección por virus varicela-zoster como causa de muerte mediante autopsia.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

614. ESTUDIO DE FARMACOVIGILANCIA EN LOS TRATAMIENTOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C. MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AUTORES

JOFRÉ PERALTA A, JOFRÉ PERALTA A, URDA ROMACHO J, MARTOS ROSA A, MARTINEZ DE LA PLATA JE, CASTRO VIDA MA, MORALES MOLINA JA, ACOSTA ROBLES PJ
HOSPITAL DE PONIENTE. CTRA. DE ALMERIMAR, 31. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de las combinaciones de antivirales de acción directa (AAD) para el virus de la hepatitis C (VHC). Detectar las reacciones adversas del medicamento (RAM) fuera de ficha técnica de los AAD y notificarlas al centro de farmacovigilancia si es necesario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional. Datos recogidos: número de pacientes tratados con AAD, edad, sexo, combinación de AAD utilizada y RAM. Se incluyeron en el estudio los pacientes que iniciaron tratamiento para VHC en el año 2017 en un hospital de tercer nivel. Se realizó una entrevista al inicio de tratamiento para informar al paciente sobre su tratamiento con AAD, recogida de datos del paciente y en la que se resolvieron dudas para evitar interacciones y alergias medicamentosas y realizar el tratamiento adecuadamente. Además se facilitó el número de teléfono y horario de la consulta para cualquier cuestión sobre el tratamiento recibido incluida la anotación de RAM. La segunda entrevista se realizó aproximadamente al mes de iniciar los AAD para reforzar la adherencia y anotar las RAM. Se revisaron las fichas técnicas de los medicamentos para notificar las RAM no registradas en ficha técnica, al centro de farmacovigilancia. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de salud y del programa informático de pacientes externos de la consulta de farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Pacientes tratados de VHC: 81(37% mujeres), la edad media fue 52 [33-76] años.

20 pacientes recibieron ledipasvir/sofosbuvir (LED/SOF), solo 1(5%) presentó RAM que fue cefalea. 6 pacientes recibieron LED/SOF junto a ribavirina, 4(66%) presentaron RAM (2(33,33%) cansancio, 2(33,33%)cefalea Y 1(16%) confusión). 22 pacientes recibieron elbasvir/grazoprevir, 9(41%) presentaron RAM (3(13,6%) cefaleas, 3(13,6%) nauseas, 3(13,6%) cansancio, 1(4,5%) prurito, 1(4,5%)insomnio Y 1(4,5%) ansiedad). 9 pacientes recibieron sofosbuvir/velpatasvir(SOF/VEL), sólo 1(11%) presentó RAM que fue cansancio. 4 pacientes recibieron (SOF/VEL) junto a ribavirina, no presentaron RAM. 3 pacientes recibieron glecaprevir/pibrentasvir(GLEC/PIB), ninguno presentó RAM. 3 pacientes recibieron sofosbuvir/daclatasvir (SOF/DAC), 2(66,6%) presentaron RAM (1(33,3%) cefaleas y 1(33,3%) dolor en extremidades inferiores). 4 pacientes recibieron SOF/DAC junto a ribavirina, 2(50%) presentaron RAM (1(25%) cefaleas, 1(25%) cansancio, 1(25%) dispepsias y 1(25%) prurito). 10 pacientes recibieron ombitasvir/peritaprevir/ritonavir/dasabuvir(OMB/PAR/RTV/DAS), 6(60%) presentaron RAM (2(20%)nauseas, 2(20%) cefaleas, 1(10%) prurito, 1(10%) cansancio, 1(10%) sequedad bucal, 1(10%) fotosensibilidad1(10%)insomnio y 1(10%)sequedad de piel).

Todas las RAM fueron leves/moderadas. Ninguna RAM obligó a abandonar el tratamiento.

No se detectó ninguna RAM fuera de ficha técnica, por lo que no se notificó RAM al centro de farmacovigilancia.

Conclusiones: Las combinaciones de AAD para VHC más seguras fueron SOF/VEL, GLEC/PIB y LED/SOF. Las combinaciones de AAD para VHC que presentaron mayor frecuencia de RAM fueron OMB/PAR/RTV/DAS y las que contenían ribavirina .

Los AAD presentaron un buen perfil de seguridad ya que ningún paciente tuvo que abandonar el tratamiento debido a RAM. La labor del farmacéutico en la farmacovigilancia es fundamental para mejorar la información sobre los medicamentos y la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

630. ACTUACIONES SOBRE MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ANTINEOPLÁSICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CONTRERAS NOGALES AM, FERNANDEZ GARCIA MI, PERIAÑEZ PARRAGA L, CANOREA DIAZ F, DEL AGUILA BUGNON S, RODRIGUEZ MUÑOZ PM, CARACUEL LOPERA S, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA DE VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

La publicación de la lista NIOSH y su aplicación por INSHT en España, ha provocado un cambio en el concepto de medicamento peligroso en su manipulación por el personal de enfermería encargado de su preparación(en Farmacia) y administración(en las plantas), así como en la formación del personal implicado en su manejo. El objetivo de este estudio es difundir las actividades seguidas en un hospital para la adecuación de procedimientos a la manipulación segura de medicamentos peligrosos a la lista NIOSH.

MATERIALES Y MÉTODOS

En mayo de 2017 se inició un programa formativo e informativo sobre Manejo seguro de Medicamentos Peligrosos en unidad de enfermería, llevado a cabo por el servicio de Prevención de Riesgos Laborales y el Servicio de Farmacia, en el que se informa al personal sanitario de novedades de lista NIOSH y medidas de protección necesarias para preparar, administrar y desechar medicamentos peligrosos.

Así mismo, se identificaron todos los medicamentos peligrosos existentes en los armarios automáticos de dispensación Pyxis® en planta, mediante etiquetas en las que se indica las precauciones que se tienen que tener a la hora de manipular estos medicamentos. Se elaboraron 3 tipos de etiquetas identificativas de color amarillo que se colocan de manera visible en cada ubicación del Pyxis® que contiene uno de estos medicamentos.

En unidades que no disponían de armarios Pyxis® se hizo una revisión de stock y se procedió a identificar con el mismo tipo de etiquetas los medicamentos peligrosos.

Por otra parte, se modificaron los procedimientos de trabajo de preparación de medicamentos peligrosos parenterales elaborados en cabina de flujo laminar vertical (CFLV), de forma que se incorporaran en todos los equipos de administración purgados con medicación y con un tapón de seguridad (Puresite®) para evitar posibles derrames. El aflibercept jeringa se modifica su preparación a una cabina CFLV. La oxitocina y el ácido zoledrónico que pertenecen a lista NIOSH3 se preparan en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH) con restricciones al personal en situación de riesgo reproductivo.

Se aportan los datos de elaboración de medicamentos peligrosos preparados en CFLV y CFLH del año 2017 recogidos por personal de enfermería

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han realizado 47 sesiones de formación para el personal, con carácter obligatorio, habiendo sido formadas 1081 personas, y realizándose un listado de las mismas.

Se han identificado por medio de etiquetas 555 medicamentos peligrosos ubicados en los armarios de dispensación de medicación Pyxis®

Todos los tratamientos de ciclosporina(454 unidades), cidofovir(1 unidad), foscarnet(210 unidades), ganciclovir(548 unidades) y tacrólimus(124 unidades) se preparan en CFLV y son dispensados con el sistema purgado con medicación y un tapón de seguridad que evita derrames. El aflibercept intravítreo en jeringas(1959 unidades) se prepara también en CFLV. La oxitocina(2554 unidades) y el ácido zoledrónico(52 unidades) se preparan en CFLH.

Conclusiones

La formación impartida en las sesiones, la identificación en Pyxis® y botiquines, y la preparación CFLV y CFLH de tratamientos peligrosos muestra la implantación del procedimiento de actuación en la elaboración y manipulación de medicamentos peligrosos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

633. IMPACTO EN EL TRABAJO EN LAS CABINAS DE FLUJO LAMINAR VERTICAL DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS NO ANTINEOPLÁSICOS SEGÚN LISTADO NIOSH

AUTORES

CONTRERAS NOGALES AM, FERNANDEZ GARCIA MI, PERIAÑEZ PARRAGA L, CANOREA DIAZ F, MATEOS ALVAREZ D, NAVARRO ASENSIO S, CERRILLO VALLEJO F, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA DE VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

La publicación de la lista NIOSH 2014 supuso un cambio en el concepto de medicación peligrosa, en su manipulación y preparación en los servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH). Se inicia un proceso de cambio que conlleva la preparación desde los SFH de gran parte de los medicamentos peligrosos en cabina de flujo laminar vertical (CFLV) para evitar la exposición del personal de Enfermería durante su preparación y administración en las unidades de hospitalización. El objetivo de nuestro estudio es calcular y evaluar el impacto que ha tenido sobre las CFLV la preparación de estos tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Evaluación retrospectiva de la preparación de medicamentos peligrosos en CFLV en un hospital de tercer nivel entre enero 2015 y diciembre 2017. El año 2014 se recogió como año control.



En el hospital se dispone de dos CFLV para la preparación de los medicamentos peligrosos estériles (antineoplásicos y no antineoplásicos), y una CFLV para la preparación de los medicamentos peligrosos no estériles.

El personal de enfermería recogió los datos relativos a las preparaciones en las CFLV de medicamentos peligrosos no estériles: aflibercept, ciclosporina, foscarnet, ganciclovir, micofenolato, tacrolimus y pentamidina, durante los años 2015-2017. La preparación de aflibercept intravítreo en la CFLV se inició en octubre de 2016 tras publicación de la nueva lista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) donde se incluyó por primera vez.

La fuente de datos es el sistema de registro propio de las CFLV y fueron explotados en Excel®. Así mismo, se compararon con los datos obtenidos del año 2014 en el que no se preparaba ningún medicamento de la lista NIOSH.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio se elaboraron 5.228 mezclas de medicamentos no antineoplásicos considerados peligrosos por la lista NIOSH en la CFLV. La distribución por años es 2014: 0 preparaciones; 2015: 334 preparaciones; 2016: 1598 preparaciones y 2017: 3296 preparaciones.

La presión asistencial en las CFLV es cada vez mayor y asumir toda la preparación de medicamentos peligrosos no antineoplásicos de las lista 1 y 2 NIOSH ha supuesto un reto para la organización. Estos datos irán en aumento con las actualizaciones de la lista NIOSH por lo que los resultados se irán incrementando.

La salud del personal de enfermería que se encarga de la preparación y administración de los tratamientos debe ser una prioridad para el Hospital y el hecho de asumir estas preparaciones en el SFH ofrece un incremento en la seguridad de los trabajadores, así como para los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

640. PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS EXTRAVASACIONES DE FÁRMACOS NO CITOTÓXICOS

AUTORES

SANMARTIN SUÑER M, SAGRERA FELIP C, MUSCHETTA X S, BRAVO RANCHAL E, LÓPEZ VIVANCOS J, GONZALEZ ENGOBRA R, TOMÀS PUIG R, VAL PRAT L
HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. JOSEP TRUETA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Definir y establecer un protocolo de prevención y actuación en caso de extravasación de fármacos no citotóxicos.

Este procedimiento aplica a todos los pacientes del hospital (adultos y pediátricos), en régimen de ingreso o ambulatorio a los que se les administra fármacos NO citotóxicos que puedan producir daño tisular en caso de extravasación.

DISEÑO

- 1.- Revisión bibliográfica.
- 2.- Identificación de los fármacos NO citotóxicos de riesgo que producen daño tisular en caso de extravasación incluidos en la guía del hospital.
- 3.- Definición de los mecanismos de daño tisular: a) compresión mecánica, b) hiperosmolaridad, c) vasoconstricción, d) pH no fisiológico.
- 4.- Definición de los factores de riesgo: a) paciente, b) lugar de inserción, c) elección catéter y técnica, d) dilución del fármaco.
- 5.- Clasificación de los fármacos de riesgo en tres categorías según el daño tisular producido en caso de extravasación (definición código de colores).
- 6.- Establecer medidas preventivas a la hora de administrar dichos fármacos: a) catéter, b) vasos a puncionar, c) vigilancia (sensaciones del paciente, observación, palpación y comparación con extremidad contraria).
- 7.- Definición de signos y síntomas de alerta ante la extravasación.
- 8.- Establecer medidas generales de actuación y medidas específicas cuando sea oportuno (definición de dosis y modo de administración de los antídotos).

CIRCUITO Y ETAPAS

- 1.- Evidencia de falta de conocimientos ante la identificación y el manejo de extravasaciones de fármacos no citotóxicos.
- 2.- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar dentro de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) (personal de enfermería, médico, seguridad del paciente y farmacia).
- 3.- Diseño y elaboración del protocolo.
- 4.- Definición de las medidas de prevención y actuación en caso de extravasación.
- 5.- Definición contenido kit extravasación y hoja de registro.
- 6.- Definición de material divulgativo: elaboración póster resumen con los fármacos de riesgo clasificados por códigos de colores, medidas de prevención y actuación (generales y específicas).
- 7.- Difusión del protocolo: sesión general, intranet y material divulgativo.

IMPLANTACIÓN

- 1.- Prevención: a) estandarización de perfusiones de fármacos de riesgo unificándolas en todo el hospital, b) protocolización perfusión drogas vasoactivas en UCI (concentraciones máximas por vía periférica), c) uso seguro de potasio, d) estandarización perfusión calcio intravenoso.
- 2.- Manejo extravasación: a) difusión del protocolo, b) distribución kits de extravasación, hoja de registro y material divulgativo.
- 3.- Concienciar al personal de la importancia de la prevención y de una rápida actuación en caso de extravasación.
- 4.- Incentivar la notificación en el portal de seguridad.



RESULTADOS Y LIMITACIONES

Utilización en un 90% de las perfusiones estandarizadas repercutiendo activamente en la prevención de eventos. Desde la creación del grupo de trabajo (10 meses) se han notificado 6 casos de extravasaciones, actuado en todas en menos de 12h, siguiendo siempre el protocolo; comparado con un único caso notificado previamente que evidencia la falta de conocimiento del tema.

Limitaciones: dificultad para consensuar medidas específicas de actuación: bibliografía de fármacos NO citotóxicos muy dispersa, pocas revisiones sistemáticas y éstas basadas en casos clínicos publicados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de este procedimiento puede ser de fácil aplicabilidad en cualquier hospital: material divulgativo muy visual, fácil identificación de los fármacos de riesgo y acceso rápido a la información para realizar una actuación inmediata.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

666. EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS INYECTABLES EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES.

AUTORES

FERNÁNDEZ CABALLERO R, MORENO GÓMEZ AM, PEDRAZA NIETO L, MARTÍN MUÑOZ R, ALONSO GARCÍA S, SÁNCHEZ GRANDE B, SÁNCHEZ ROMERO V, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE Nº88-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La preparación de medicamentos inyectables en zonas no estériles debe realizarse siguiendo criterios de seguridad establecidos, debido al riesgo de contaminación microbiológica.

El objetivo del presente estudio ha sido conocer las prácticas habituales de preparación de medicamentos estériles inyectables en las unidades de enfermería de nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión bibliográfica de las recomendaciones publicadas por organismos nacionales e internacionales. Se diseñó una encuesta considerando los criterios sobre prácticas seguras de manejo de inyectables del Centers for Disease Control and Prevention y de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos del Ministerio de Sanidad. Esta encuesta, de cumplimentación voluntaria y anónima, se distribuyó a través de la Dirección de Enfermería a una muestra representativa de enfermeras de diversas unidades asistenciales.

Se recogieron datos demográficos y sobre el perfil profesional de los participantes, así como 12 ítems sobre la frecuencia de aplicación de determinadas prácticas de preparación de inyectables: técnica aséptica, zonas de preparación, uso de viales monodosis y multidosis, tiempo de validez de las preparaciones y otras consideraciones específicas. Estos ítems se valoraron mediante una escala de Likert con cinco grados de respuesta (que oscilaban desde 1, siempre, hasta 5, nunca). Para facilitar su análisis, las respuestas se agruparon en 3 categorías: habitualmente (siempre, casi siempre), algunas veces y excepcionalmente (rara vez y nunca).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recogieron 110 encuestas cumplimentadas en un 93,6% por mujeres. La mediana (rango) de edad y años de ejercicio profesional fue de 45 (25-64) y 20 años (1-40), respectivamente. La distribución por tipos de unidad se correspondió con: 14,6% Unidades médicas, 9,1% Unidades quirúrgicas, 7,3% Pediatría, 10,9% Onco-Hematología, 9,1% Urgencias, 9,1% Intensivos, 11,8% Quirófanos/REA, 5,5% Endoscopias, 3,6% Radiología, y 19,1% otras/desconocido.

En cuanto al empleo de técnica aséptica en la preparación, un 87,1% de los encuestados manifestó realizar habitualmente una adecuada higiene de manos, si bien sólo un 39,7% refirió utilizar habitualmente guantes desechables y un 28,2% desinfectar las ampollas o superficies elastoméricas de los viales.

Un 58,1% indicó que excepcionalmente preparaba los medicamentos inyectables fuera del área específica de preparación y un 47,2% que administraba medicación preparada por otra enfermera.

En cuanto al periodo de validez de las preparaciones, el 91,0% de los encuestados confirmó que las administraba habitualmente en menos de 1 h desde la preparación.

Respecto del uso de especialidades monodosis y multidosis, un 13,7% de las enfermeras refirió utilizar especialidades monodosis habitualmente para más de un paciente y un 10,9% en alguna ocasión. Por otra parte, un 59,2% utilizaba viales multidosis habitualmente para más de un paciente y un 8,2% plumas multidosis.

Conclusiones

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto la variabilidad en la práctica habitual de preparación de medicamentos estériles inyectables en nuestro hospital, así como la falta de seguimiento de las recomendaciones establecidas.

Se evidencia la necesidad de proporcionar formación continuada al personal de enfermería respecto de los estándares de calidad para el manejo de los medicamentos estériles y la conveniencia de realizar controles periódicos para evaluar el cumplimiento de los mismos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**675. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SUGAMMADEX EN PACIENTES QUIRÚRGICOS****AUTORES**

CARRASCOSA PIQUER O, BARRERA PUIGDOLLERS MT, AGUADO JODAR A, MAYOL CABRÉ M, MONCHO RODRÍGUEZ JM

HOSPITAL DOS DE MAIG. C/DOS DE MAIG 301. BARCELONA

OBJETIVOS

- Determinar el perfil de los pacientes que han recibido sugammadex en nuestro centro.
- Estudiar el tipo de intervención quirúrgica donde se ha utilizado este fármaco.
- Valorar si la posología y la indicación son las adecuadas, según las recomendaciones de ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde se incluyen pacientes que han recibido tratamiento con sugammadex desde abril 2016 hasta febrero 2018.

Las variables registradas son: edad, sexo, peso, talla, comorbilidades, intervención quirúrgica, sistema de clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), indicación y dosis administrada. Los resultados se han analizado con el programa SPSS®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Durante el periodo de estudio, 683 pacientes fueron intervenidos con anestesia general en nuestro centro: el 17% (N=114) recibieron tratamiento con sugammadex, de los cuales 22 pacientes fueron excluidos del estudio por falta de datos.

Se incluyeron 92 pacientes: el 55%(N=51) fueron hombres y el 45%(N=41) mujeres, con una edad media de 62 años (D.E:18) y un índice de masa muscular (IMC) de 30 de media (D.E:6). El 74%(N=68) de los pacientes presentaban algunas de las siguientes comorbilidades: 47%(N=43) hipertensión arterial, 34%(N=31) dislipemia, 17%(N=16) diabetes, 13%(N=12) patologías relacionadas con el sistema nervioso central, 12%(N=11) arritmias, 12%(N=11) asma o EPOC y 10%(N=9) insuficiencia renal, entre otras. Un 26%(N=24) de los pacientes no presentaba comorbilidades destacadas. En relación con el procedimiento quirúrgico, el 57%(N=52) de los pacientes sufrieron una intervención relacionada con el aparato digestivo y el 10%(N=9) con traumatología. El 23%(N=21) fueron pequeñas cirugías, el 6% procedimientos diagnósticos y el 4% tiroidectomías. El 8%(N=7) de los pacientes se clasificó como ASA I, el 53%(N=49) como ASA II y el 39%(N=36) como ASA III.

La utilización de sugammadex se justificó en el 26%(N=24) de los casos por presentar alguna patología respiratoria; el 25%(N=23) se clasificó como vía aérea difícil; el 25%(N=23) presentó relajación neuromuscular residual, el 13%(N=12) obesidad mórbida y el 11%(N=10) restante por otras causas.

En el 96% (N=88) de los casos, la dosis total utilizada fue de 200 mg. Según el peso del paciente, el 84% (N=76) de los pacientes recibió dosis entre 2 y 4 mg/kg; el 3% (N=3) recibió dosis superiores a 4 mg/kg y el 13 % (N=12) recibió dosis inferiores a 2 mg/kg.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombres y mujeres en ninguna de las variables registradas.

Conclusiones

- El perfil de pacientes que se tratan con sugammadex en nuestro centro es paciente obeso, con una o varias comorbilidades asociadas. En la mayoría de los casos, estos pacientes presentan problemas relacionados con la vía aérea, que afectan al proceso de intubación traqueal. Es necesario ampliar el estudio para determinar si estos dos factores pueden aumentar las probabilidades de necesitar tratamiento con sugammadex.
- El tipo de intervención quirúrgica donde se ha utilizado son pequeñas cirugías o cirugías relacionadas con el aparato digestivo, mayoritariamente.
- En la mayoría de los casos, las dosis se adecuan a lo especificado en ficha técnica; pero es necesario implementar acciones de mejora y/o revisión del protocolo de utilización de sugammadex para evitar problemas relacionados con la medicación.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**698. ÁREA ESTÉRIL: PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL TÉCNICO MANIPULADOR****AUTORES**

RIUS PERERA J, GILBERT SOTUCA M, MARTÍNEZ SOGUES M, SANMARTIN TERCEIRO D, VALLEZ VALERO L, LLOP RIU E, MIRA PRIETO S, MANGUES BAFALLUY I

HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. AVDA. ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Definir el plan de formación continuada necesario del personal responsable de la manipulación y elaboración de mezclas intravenosas estériles del Servicio de Farmacia (SF).

DISEÑO

En el área estéril (AE) se preparan mezclas para administración parenteral (nutriciones parenterales, antineoplásicos, sueros específicos, medicamentos peligrosos entre otros) y administración ocular (colirios, inyecciones intravitreas, inyecciones intracamerulares,...).



Por ser una zona de trabajo compleja, se detectó la necesidad de realizar un programa de formación continuada acreditado para reciclar conocimientos, adquirir nuevos y estandarizar procesos para todo el personal del AE y así reforzar su seguridad y la del paciente.

El plan formativo fue desarrollado por farmacéuticos, personal de enfermería y técnicos FP2.

CIRCUITO Y ETAPAS

Las sesiones se realizaban todos los jueves de 12h a 13h para poder incorporar el personal del turno de mañana y el de tarde. Su duración era de 30 min por parte del ponente y de 15 minutos de debate y puesta en común de los temas discrepantes. En todas las sesiones se enfatizaba en la importancia de trabajar en condiciones de asepsia por ser el paciente el receptor final de la preparación.

Al finalizar cada sesión, se establecía si era necesaria alguna acción de mejora sobre el tema expuesto y se designaba una persona responsable de ejercer una propuesta. Las decisiones finales de la estandarización de procesos se tomaron por consenso entre todos. Al mismo tiempo se revisaban las tareas pendientes de las anteriores semanas y, si ya se habían resuelto, se daban por cerradas.

IMPLANTACIÓN

El curso de formación se realizó entre los meses de marzo y junio de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se realizaron un total de 13 sesiones en las que se abordaron 17 temas.

Los temas tratados fueron: Medicamentos citotóxicos y medicamentos peligrosos: definición e impacto laboral, Instalaciones para la reconstitución estéril de citotóxicos: requisitos de la unidad de preparación centralizada (UPC), Equipamiento de la UPC, Dispositivos especiales para proteger al personal que manipula citotóxicos: sistemas cerrados, Almacenamiento de antineoplásicos y preparación del material: técnica del semáforo, Extravasación de antineoplásicos, Protocolos Normalizados de Trabajo de una selección de medicamentos de elaboración compleja, Limpieza del área estéril, Preparación de ensayos clínicos, Taller teórico-práctico de la técnica de presión negativa en la manipulación de medicamentos y orden de aditivación de los macronutrientes y micronutrientes en la preparación de las nutriciones parenterales.

Se identificaron 28 acciones de mejora de las cuales el 50% (14) se habían resuelto al finalizar el curso. El 50% restante quedaron pendientes por implicar a personal externo al SF o necesitar más tiempo para su resolución.

La limitación más importante fue la complejidad para encontrar un horario óptimo sin que afectase a la actividad asistencial del SF y poder garantizar la asistencia al curso de un 80% del personal.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Necesidad de un reciclaje anual del personal manipulador.

Se favorece la motivación del personal manipulador por integrarlos en la toma de decisiones.

Se consigue estandarizar y protocolizar procesos con el consenso de todos los participantes con actitud activa e implantar cambios de mejora del área estéril.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

701. CALIDAD EN EL LLENADO DE CARROS DE UNIDOSIS DE MEDICACIÓN SEMANAL DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

LOPEZ LOPEZ MP, MORENO VILLAR A, RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN T, NACLE LÓPEZ I
HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ. AVENIDA DE LINARES S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Identificar, cuantificar y analizar los errores detectados durante el llenado de carros de medicación semanal de un Centro Sociosanitario, dependiente del Servicio de Farmacia de un hospital comarcal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desde Julio de 2017 hasta Marzo de 2018 de los errores detectados en la carga de carros semanales de unidosis en un Centro Sociosanitario con 97 camas distribuidas en tres plantas. La logística acordada con el Centro desde la entrada en vigor del RD 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, consiste en que los facultativos responsables, mediante prescripción electrónica asistida (PEA), prescriben y modifican los tratamientos, el farmacéutico hospitalario se encarga de su validación para su posterior preparación y envío semanal a través de un Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU). El circuito llevado a cabo fue: validación de los tratamientos de los residentes a través del programa de PEA APD-ATHOS- Prisma®, llenado semiautomático de los carros de medicación semanal a través de KARDEX TM, revisión de los cajetines contrastando su contenido con el listado de llenado semanal generado por el programa informático anteriormente descrito comprobando la coincidencia de los datos del residente y los medicamentos del cajetín. Por último, se analizaron los errores detectados. En el proceso de verificación se anotó en una hoja de cálculo los errores de llenado detectados, el total de líneas de prescripción y las unidades dispensadas. Los tipos de errores detectados se clasificaron en: medicamento en cajetín pero no en listado, medicamento en listado pero no en cajetín, cantidad incorrecta (por defecto o por exceso), dosis distinta a la pauta y medicamento erróneo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio se analizaron 117 carros de medicación semanal que incluyeron 20.381 líneas de prescripción y 185.927 unidades a dispensar correspondientes a 105 pacientes. Se detectaron 1.582 unidades que presentaban discrepancias con el tratamiento pautado (tasa de error 0,85%), de las que: 630 unidades (0,34%) se

dispensaron por defecto, 364 unidades (0,20 %) se dispensaron por exceso, 203 unidades (0,11%) aparecían en el listado de llenado de carros y no en cajetín, 133 unidades (0,07%) que aparecían en cajetín y no en el listado, 168 unidades (0,09%) correspondían a medicamentos erróneos y 84 unidades (0,045%) tenían una dosificación diferente a la pauta.

Conclusiones

La tasa de error encontrada fue de (0,85%), porcentaje muy parecido al referido por Font (0,8%) en 2006. Las mayores tasas de error se debieron a discrepancias por llenado de los cajetines con una cantidad incorrecta, esto puede deberse a que la preparación de medicación semanal supone un aumento en las unidades (múltiplos de 7 por cada línea de prescripción) respecto a la preparación de medicación diaria, lo que se puede traducir en una mayor complejidad en el llenado. La revisión y control del llenado de carros semanales de la residencia sociosanitaria permite registrar los errores que se comenten en la dispensación, para su posterior análisis, en un proceso de mejora continua de la calidad asistencial.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

727. USO SEGURO DE DARBEPOETINA EN ANEMIA POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, RETAMERO DELGADO A, PARÉS MARIMON RM, SANCHEZ FRESQUET X, SERRAIS BENAVENTE J, FERRANDEZ MARTÍ D

HOSPITAL DE IGUALADA, CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA. AVENIDA CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el uso seguro de darbepoetina en pacientes con insuficiencia renal crónica y anemia asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado en un hospital comarcal con un área de referencia de 110.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con darbepoetina a los que se les dispensó medicación en enero de 2017.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo y edad), estadio de insuficiencia renal según la Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) e inclusión o no en el programa de hemodiálisis.

De la última analítica disponible se obtuvo hemoglobina (Hb) (g/L), ferritina ($\mu\text{g/L}$), índice de saturación de transferrina (IST) y filtrado glomerular (fórmula CKD-EPI ($\text{mL}/\text{min}/1.73 \text{ m}^2$)). También se registró el tratamiento concomitante con hierro oral o intravenoso según prescripción electrónica u orden médica.

Se seleccionaron todos los pacientes con valores de $\text{Hb} \leq 90$ o ≥ 120 g/L y se realizó una revisión exhaustiva de la historia clínica para detectar cambios clínicos derivados de estos niveles y/o ajustes en la pauta de prescripción.

Análisis estadístico de las variables realizado mediante SPSS v22. Para las variables cuantitativas se empleó la media y desviación estándar o la mediana y rango intercuartílico, y para cualitativas, porcentaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 86 pacientes, 43 (50,0%) hombres, con una edad de 76,8 (11,5) años.

La distribución del estadio de la insuficiencia renal fue: 51 (59,3%) pacientes en estadio 5, 25 (29,1%) en estadio 4 y 10 (11,6%) en estadio 3. Estaban incluidos en el programa de hemodiálisis 52 (60,5%) pacientes.

Los pacientes tenían una Hb de 109,2 (12,8) g/L. 59 pacientes tenían la determinación de ferritina, que fue de 242,3 (127,9-347,8) $\mu\text{g/L}$ y el IST estaba disponible en 8 pacientes y fue de 20,2 (14,4-23,9). El filtrado glomerular fue de 11,3 (6,0-20,1) $\text{mL}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$.

Treinta y seis (41,9%) pacientes recibieron hierro endovenoso durante el mes de estudio y 20 (23,3%) hierro oral.

De los pacientes que recibieron hierro endovenoso, 35 (97,2%) recibieron hierro sacarosa y 1 (2,8%) recibió hierro carboximaltosa.

En 15 (17,4%) pacientes la Hb era ≥ 120 g/L y en 8 (9,3%) pacientes era ≤ 90 g/L. A dos de los pacientes con Hb ≥ 12 g/L se les interrumpió el tratamiento en la siguiente visita. En cuanto a cambios clínicos relacionados con niveles elevados de Hb, detectamos presiones arteriales domiciliarias puntualmente altas en un paciente. Tres de los pacientes con Hb ≤ 9 g/L iniciaron tratamiento durante el mes del estudio. En relación a la clínica, detectamos hipotensión nocturna con astenia en un caso y sangre oculta en heces en otro. Por lo tanto, no presentaban un ajuste de dosis correcto 18 (20,9%) pacientes.

Conclusiones

- La mayoría de pacientes tenían unos niveles de Hb dentro de los márgenes establecidos.
- De los pacientes con niveles ≥ 120 o ≤ 90 g/L, 3 casos estaban justificados (inicios) y en 2 de ellos se les interrumpió la darbepoetina. En cuanto al resto de pacientes, se contactó con el nefrólogo para realizar los ajustes de dosis apropiados.
- Sería conveniente aumentar el número de pacientes con determinación de ferritina i utilización de hierro para mejorar la eficiencia de darbepoetina.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

741. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA COMUNICACIÓN DE ALERTAS DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS A NIVEL AUTONÓMICO

AUTORES

MARTÍN CASASEMPERE I, ALONSO CASTRO V, GIL MARTÍN Á, GARCIA FERNADEZ V, ALIOTO X D, LÓPEZ CENTTENO B, MATAIX SANJUAN ÁL, CALVO ALCANTARA MJ

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PLAZA CARLOS TRIES BELTRAN 7. MADRID



OBJETIVOS

Conocer el número de pacientes que dejan de retirar medicamentos en oficinas de farmacia afectados por una alerta de seguridad (AS), tras la comunicación de la AS a través del aplicativo informativo de consulta de Indicadores de Prescripción Farmacéutica (AII) de la Comunidad Autónoma (CA) a los médicos prescriptores (MP), con el objetivo principal de evaluar los sistemas de alerta de medicamentos disponibles en la CA de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 5 meses de duración (noviembre 2017-marzo 2018) donde se ha utilizado la aplicación informática de prestación farmacéutica (AIPF) de la CA para identificar a los pacientes y a los MP de los medicamentos afectados por una AS comunicada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Se evaluaron las alertas emitidas por la AEMPS durante el mes de Enero de 2018, se identificaron los pacientes afectados por las alertas evaluadas y se comunicaron a cada uno de los MP (tanto de Atención Hospitalaria como de Atención Primaria) mediante la AII. Se identificó a los pacientes que retiraban alguno de los principios activos afectados por las alertas; dos meses antes de la comunicación de la AS (noviembre y diciembre 2017) y dos meses después (febrero y marzo 2018).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio se identificaron dos AS comunicadas por la AEMPS, una relacionada con el principio activo acetato de urapidilo (AU) y otra con el ácido valproico (AV). El número de pacientes identificados (solo aquellos que cumplían los requisitos publicados en la alerta^{1,2}) que retiraban AU antes de la comunicación de la AS ascendía a 1016 con una edad media 42 años, mientras que para el AV el número de pacientes que retiraba medicación antes de la AS era de 2522 con una edad media de 37 años. Tras la identificación de pacientes y la comunicación a los MP mediante AIPF, el número de pacientes que retiraban AU dos meses después de la comunicación de la AS descendió a 426, mientras que para el AV el número de pacientes descendió a 2061. No se observaron diferencias significativas por grupos de edad entre los pacientes que continuaban tratamiento y aquellos que finalizaban, ni tampoco en el ámbito de origen de la prescripción.

Conclusiones

La intervención del farmacéutico en la gestión de AS de medicamentos a nivel centralizado, mediante la identificación de pacientes afectados y la comunicación de los mismos a los MP tiene un gran impacto en la seguridad de los pacientes. Tras la identificación y comunicación por parte de los farmacéuticos de los pacientes afectados por la AS de AU, las dispensaciones disminuyeron en un 58,07% mientras que en el caso del AV las dispensaciones se redujeron en un 18,28%. La intervención farmacéutica facilita a los MP la identificación de pacientes afectados por una AS y por lo tanto una rápida actuación para evitar posibles daños al paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

758. ANTIBIÓTICOS SEGUROS EN EMBARAZADAS

AUTORES

VERA CABRERA M, TEVAR ALONSO E, FERRER MACHÍN A, MONTERO DELGADO JA, PERIAÑEZ PARRAGA L, RAMOS SANTANA E, SUAREZ GONZALEZ M, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La información sobre teratogenia publicada por las diferentes agencias reguladoras no siempre coincide. Esto puede generar dudas a la hora de seleccionar el antibiótico más adecuado para el tratamiento de una infección en la gestante. Es por ello que se planteó realizar una revisión de la seguridad de los antibióticos más utilizados en España durante el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la información publicada sobre teratogenia en las dos agencias reguladoras más consultadas Food&Drugs Administration(FDA) y Therapeutics Goods Administration(TGA).

Se seleccionaron aquellos antibióticos de uso habitual en España según Periañez et al.¹ que permite cubrir el espectro antimicrobiano más prevalente.

Las variables que se recogieron fueron:

Clasificación de los antibióticos según el riesgo de teratogenicidad según la FDA y la TGA.

Espectro de actividad para los siguientes grupos: enterococos, estafilococos, estreptococos, enterobacterias, P.aeruginosa, ESCAPM, bacteroides y clostridium

Se consideraron las siguientes equivalencias entre las distintas asociaciones: B(FDA)=B1+B2(TGA); C(FDA)=B3+C(TGA).

Equivalencia adaptada de M. Gallego et al.²

El riesgo de teratogenia se clasificó en:

A:Fármacos que se han realizado estudios controlados y/o en los que no se ha observado un efecto dañino sobre el feto.

B:No existen estudios controlados y/o se han utilizado en un número limitado de mujeres embarazadas. Estudios en animales no han observado alteraciones fetales. Posiblemente seguros

C:Estudios en animales han generado efectos adversos en el feto. Su utilización debe valorar el balance riesgo/beneficio.

D:Existe evidencia de daño fetal en humanos. Usar si no existe otra alternativa.

X:Fármacos que han demostrado generar anomalías fetales. Contraindicados en el embarazo.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La FDA no clasifica ningún antibiótico como A.

Las penicilinas y cefalosporinas son considerados antibióticos seguros según ambas clasificaciones(B o A). Penicilinas 100%B(FDA) vs Penicilinas 63%A y 37% B(TGA). Cefalosporinas 100%B.

Dentro de los carbapenem, meropenem y doripenem son los más seguros(B), existe discordancia en el ertapenem B(FDA) vs C(TGA) y no se debería utilizar el imipenem(C).

Los macrólidos son un grupo seguro(B) a excepción de la claritromicina(C).

No se deberían usar las quinolonas(C) o aminoglucósidos C(FDA) y D(TGA) si existen alternativas que cubran gram-.

Dentro de los antibióticos para cubrir SAMR la daptomicina(B) y la vancomicina(C)(FDA) vs B(TGA) serían los fármacos de elección.

Clindamicina(B)(FDA) vs A(TGA) y metronidazol(B) son fármacos seguros para cubrir anaerobios.

Conclusiones

No existen estudios controlados en embarazadas sobre el uso de antibióticos por lo que ningún antibiótico es clasificado como grupo(A) según la FDA.

Existen opciones terapéuticas seguras durante el embarazo que permiten cubrir prácticamente la totalidad del espectro antimicrobiano.

Existen discordancias entre la clasificación de teratogenia de las dos agencias reguladoras más conocidas debido a las diferencias en la definición de las clasificaciones.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

778. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES TRATADOS CON PROCARBAZINA

AUTORES

PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, RIVERA SANCHEZ L, GARCÍA PARICIO R, GOTERRIS BONET L, VALDIVIA VADELL C, FARRIOLS DÁNES A, GORGAS TORNER MQ, CARRERAS SOLER MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE DE HEBRÓN. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

Procarbazina es un citotóxico clásico del que actualmente no se dispone de ficha técnica y en la bibliografía no se describe la incidencia de los posibles efectos adversos. Ante el incremento de su uso en nuestro centro y la detección de varios casos de toxicidad se pretende analizar el perfil de efectos adversos de procarbazina utilizada en diferentes esquemas quimioterápicos en pacientes onco-hematológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes adultos onco-hematológicos que hubieran recibido al menos un ciclo de quimioterapia con un esquema que incluyera procarbazina entre enero-2015 y marzo-2018.

Se recogieron datos demográficos, antropométricos, clínicos, el esquema de tratamiento, número de ciclos de tratamiento y las principales reacciones adversas reportadas.

Las reacciones adversas se clasificaron en 6 categorías, según el perfil de posibles efectos adversos de procarbazina disponible en diferentes bases de datos : neurológicas (ataxia, neuropatía), dermatológicas (prurito, rash), gastrointestinales (náuseas/vómitos, estreñimiento/diarrea, mucositis), hepáticos (elevación de las transaminasas), hematológicos y otras (fiebre y astenia).

Los datos se presentaron como mediana (Q1-Q3), media (\pm DE) o porcentaje según la variable. Se realizó un análisis univariante para examinar la asociación entre el esquema de tratamiento utilizado y las reacciones adversas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 27 pacientes con ECOG \leq 1: 15 hombres (55,5%), edad: 52(35-61) años; peso: 75(60-85) Kg; altura: 172(158-178) cm; superficie corporal 1,81(\pm 0.24) m².

Se utilizó la procarbazina en 22 tumores cerebrales y 5 linfomas de Hodgkin con los esquemas PCV (procarbazina-lomustina-vincristina) y SHIELD-VEPEMB (bleomicina, ciclofosfamida, mitoxantrona, procarbazina, prednisona, vinblastina, etopósido), respectivamente. La dosis media por ciclo de procarbazina en PCV y SHIELD-VEPEMD fue 736,7mg/m² y 150,6mg/m², respectivamente. Mediana de ciclos de quimioterapia recibidos: 4(1-8).

Las reacciones adversas más frecuentemente reportadas por categoría fueron: hematológicas (74,1%), digestivas (59,2%), dermatológicas (40,7%), neurológicas (40,7%) y hepáticas (29,6%).

Los efectos adversos que se registraron en mayor número de pacientes fueron: astenia 16(59,2%), trombocitopenia 16(59,2%), neutropenia 12(44,4%), náuseas 10(37,1%), rash 8(29,6%), elevación de las transaminasas 8(29,6%), fiebre 7(25,9%), estreñimiento 7(25,9%) y prurito 7(25,9%).

Doce pacientes (44,4%), todos tratados con el esquema PCV, requirieron suspender el tratamiento por toxicidad: 5(18,5%) por toxicidad cutánea, 4(14,8%) por toxicidad hepática y 3(11,1%) por toxicidad hematológica.

Dieciocho (66,7%) pacientes, 16 (88,9%) de los cuales recibían esquema PCV, requirieron retrasar el tratamiento al menos una semana debido a la aparición de toxicidad.

Todos los pacientes que presentaron rash, y 7(87,5%) de los 8 pacientes que presentaron elevación de transaminasas, recibieron tratamiento con esquema PCV. No se halló relación estadísticamente significativa entre ningún efecto adverso con respecto a los esquemas utilizados, sin embargo se observó una tendencia entre la utilización del esquema PCV y la aparición de rash ($p=0.072$).



Conclusiones

Entre las reacciones adversas más frecuentemente reportadas en los esquemas con procarbazona se encuentran las hematológicas, gastrointestinales, dermatológicas, neurológicas y hepáticas.

En prácticamente la mitad de los pacientes, las toxicidades cutáneas (rash), hepáticas (elevación de transaminasas) y hematológicas fueron motivo de suspensión del tratamiento.

El esquema PCV estuvo implicado en todos los casos de toxicidad por rash y en el 87,5% de los casos de elevación de transaminasas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

780. JÓVENES EXPERTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES

SAMPER JUÁREZ AM, PRATS RIERA M, COSTA MARÍN MN, MERINO DE COS MP, DE BLAS CEREZO I, ESTAÚN DIAZ DE VILLEGAS E

HOSPITAL CAN MISSES. C/ CORONA S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito educativo, difundir prácticas seguras entre la población juvenil y dar a conocer las actividades que realiza la Unidad de Seguridad del Paciente (USP) para potenciar el papel activo de los ciudadanos en su propia seguridad.

DISEÑO

Dos farmacéuticas especialistas, diseñaron el taller 'Uso Seguro del Medicamento' con el objetivo de proporcionar a los alumnos herramientas sencillas que les permitan identificar y evitar errores relacionados con el uso inadecuado de los medicamentos en su entorno más cercano.

Los talleres, se estructuraron en tres partes:

- Una teórica en formato charla, orientada a proporcionar información básica acerca de "...cómo leer un envase...", "... cómo leer un prospecto..." ó "...cómo conservar los medicamentos en casa..."
- Proyección de un vídeo formativo en el que los alumnos aprenden usar los medicamentos de forma segura en casa y a conservarlos adecuadamente
- Realización, discusión y resolución de 3 casos prácticos en grupo (paciente anciano polimedcado, paciente joven con depresión, niño con infección respiratoria)

Como material didáctico de apoyo, se diseñaron "botiquines ficticios" con envases de medicamentos y prospectos reales para que los alumnos pudieran familiarizarse con ellos y conocer toda la información incluida en los mismos.

CIRCUITO Y ETAPAS

En 2016, dentro de la estrategia de difusión de la cultura de seguridad del paciente fuera del ámbito hospitalario, la USP puso en marcha el proyecto "Jóvenes expertos en seguridad del paciente".

El proyecto se presentó, a varios centros educativos, en el curso 2016-2017. Se seleccionó un grupo focal de 19 alumnos de 4º ESO para que recibieran formación en materia de seguridad y participaran de forma activa en los proyectos de la USP: lavado de manos, soporte vital básico, uso seguro del medicamento y emergencias extrahospitalarias. Este grupo asistió a talleres mensuales, impartidos por profesionales expertos en seguridad del paciente. Posteriormente, el número de participantes en el proyecto se amplió y estos talleres se impartieron a otros grupos de jóvenes de diferentes edades e institutos.

IMPLANTACIÓN

Desde su implantación en 2017, el proyecto 'Jóvenes Expertos' se ha consolidado y ha permitido poner en marcha en 2018 un nuevo proyecto, el 'Maratón de talleres para jóvenes por la Seguridad del Paciente', orientado a la formación continuada de alumnos de secundaria en temas de seguridad. Los alumnos acuden al hospital para aprender prácticas seguras relacionadas con la asistencia sanitaria.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Un total de 192 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 13 y 18 años, recibieron formación específica relacionada con el uso seguro del medicamento. Se impartieron en total 11 talleres, 7 en el curso 2016-2017 (proyecto jóvenes expertos) y 4 en el curso 2017-2018 (maratón de talleres). La falta de recursos humanos y materiales limitaron el número de talleres realizados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Adaptar proyectos de este tipo a la práctica asistencial diaria del farmacéutico permite:

- Incorporar la educación para la salud a la cartera de servicios del servicio de farmacia
- Establecer estrategias de seguridad de medicamentos fuera del ámbito hospitalario

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

787. PROTOCOLIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TERAPIA CON INSULINA INTRAVENOSA EN LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES PERIQUIRÚRGICOS.

AUTORES

SANCHEZ NAVARRO IM, GINES PALOMARES A, BOTELLA SERRANO M, BALDOMINOS UTRILLA G, ALVAREZ HERNANDEZ J, FERNANDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCIA M, LUQUE INFANTES R

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALA-MECO S/N. MADRID



OBJETIVOS

Los niveles elevados de glucemia incrementan el riesgo de morbimortalidad en el paciente perquirúrgico, sean diabéticos conocidos o no. Por ello se realiza un protocolo de insulinización intravenosa para mejorar el control glucémico.

DISEÑO

El Servicio de Endocrinología elabora un protocolo para estandarizar el control glucémico en pacientes perquirúrgicos. Consenso actual: mantener la glucemia entre 140-180mg/dl. Estarían indicados objetivos más bajos en pacientes con buen control metabólico previo, estables y con bajo riesgo de hiperglucemias. Farmacia integra el protocolo en la prescripción electrónica, diseña la librería de fármacos de las bombas de perfusión y elabora las jeringas precargadas de insulina 1UI/ml 50 ml.

CIRCUITO Y ETAPAS

La enfermera responsable del paciente calcula la dosis inicial de insulina que se administrará en perfusión intravenosa. Según protocolo, se harán determinaciones de glucemia y se ajustará la dosis de insulina de forma individualizada en función de unos algoritmos (A,B,C), pudiendo hacer cambio entre los mismos para mantener la glucemia en rango.

Etapas:

- 1.- Elaboración consensuada del protocolo.
- 2.- Formación de un equipo multidisciplinar.
- 3.- Prescripción del protocolo de insulinización intravenosa a través de Farmatools®.
- 4.- Validación y dispensación de la jeringa precargada por paciente.
- 5.- Puesta en marcha del protocolo.

IMPLANTACIÓN

Se realiza un proyecto piloto en una unidad quirúrgica con evaluación de resultados durante los dos primeros meses. Variables medidas: datos demográficos, HbA1c%, glucemia capilar previa, tratamiento antidiabético previo, algoritmo inicial, determinaciones de glucemias diarias, dosis media de insulina intravenosa, duración de la terapia, cumplimiento de los algoritmos, hipoglucemias (< 50 mg/dl) e hiperglucemias (> 250 mg/dl), glucemia media durante el protocolo y transición a insulina subcutánea.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se incluyen 9 pacientes, 6 varones (66,66%), edad media 66 años (49-82), HbA1c previa 6.5% (4,6-8,8), glucemia capilar previa media: 161,77 mg/dl (123-276), dosis media de insulina intravenosa: 1,49 UI/h (0,7-4), duración media de la terapia: 50h (6-77). Todos los pacientes iniciaron la terapia en algoritmo A (hiperglucemia en no diabéticos o diabéticos con dosis habitual de insulina < 80U/día). Se realiza una media de 12 determinaciones glucémicas/paciente/día (3-18). En 1 paciente (11,11%) no se cumple el protocolo, en otro paciente (11,11%) se cumple en un 71% y en 6 pacientes (66,66%) en más de un 92% (92-100%). La glucemia media durante el protocolo es de 144,5 mg/dl (113-189,5). Se observa una hiperglucemia en un paciente, que se resuelve sin complicaciones con la dosis de insulina intravenosa siguiente y ninguna hipoglucemia. Todos los pacientes finalizan el estudio sin complicaciones. Se realiza transición a insulina subcutánea en 4/9 pacientes (44,44%). Tras la evaluación de resultados se modifica la periodicidad de determinaciones glucémicas y se amplía progresivamente al resto de servicios quirúrgicos.

Limitaciones

Escaso número de pacientes para extrapolar resultados. La elevada rotación del personal, implica dificultad en el conocimiento del protocolo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Podría ser exportable este modelo a otros Hospitales. Realizar una fase piloto con evaluación es fundamental para extenderlo a la totalidad de pacientes. Se seguirá evaluando la efectividad y seguridad del protocolo para mejorar la salud de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

832. CONTROL DE LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DISPENSADOS EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS REALIZADO POR EL TÉCNICO DE FARMACIA

AUTORES

RODRÍGUEZ DÍAZ A, GARCÍA FRANCO S, PÉREZ SÁNCHEZ ML, MOYA ABRIL R, PÉREZ ANDREU L, MUÑOZ CELDRÁN D, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. C/ MEZQUITA, S/N, PARAJE LOS ARCOS, 30202. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de la cadena de frío de los medicamentos termolábiles dispensados por el técnico de farmacia en el área de pacientes externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de los pacientes que acuden al área de pacientes externos del servicio de farmacia para la recogida de medicamentos termolábiles por parte de un técnico de farmacia, en un hospital de tercer nivel durante un mes.

Se elaboró una hoja de recogida de datos donde se registraron:

- pacientes que acuden a la recogida de medicamentos termolábiles
- pacientes que acuden provistos de nevera portátil
- pacientes provistos de placa refrigerada en condiciones adecuadas para que garantice la conservación del medicamento durante el transporte



- medidas empleadas en caso de acudir con nevera y/o placas refrigeradas
Se excluyeron los pacientes que realizaban por vez primera la recogida de medicamentos termolábiles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Acudieron a la recogida de los medicamentos termolábiles un total de 236 pacientes, provistos de nevera, se registraron un total de 121 pacientes (51%).

Del total de pacientes que acuden con nevera, 104 (86%) no aportaban placas refrigeradas en condiciones óptimas para el mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte.

Los pacientes que acudieron sin nevera y/o sin placas refrigeradas en condiciones adecuadas, se les suministraron placas refrigeradas y se dio información sobre las condiciones de almacenamiento.

Conclusiones

Casi la mitad de pacientes que acuden al área de pacientes externos para la recogida de medicamentos termolábiles, lo hacen sin nevera conservadora de temperatura.

Aquellos que acuden con nevera, no aportan en su mayoría placas refrigeradas correctamente

Es importante el papel del técnico de farmacia para informar las medidas adecuadas para la recogida, transporte y conservación de medicamentos termolábiles y así garantizar su estabilidad.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

833. IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PELIGROSOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

RUBIO CEBRIAN B, GÓMEZ CABALLERO P, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, VÁZQUEZ CASTILLO MJ, MORIEL SÁNCHEZ C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Desarrollar un procedimiento de trabajo seguro para los profesionales sanitarios del hospital en relación a la manipulación de medicamentos peligrosos (MP) con el fin de disminuir el riesgo y minimizar la exposición.

DISEÑO

A raíz de las recomendaciones del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) y del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español (INSHT), se detecta la necesidad, en el servicio de Farmacia, de revisar los MP disponibles en el hospital y conseguir diseñar un circuito claramente definido para una correcta preparación, dispensación y administración de los MP.

CIRCUITO Y ETAPAS

Primero se procedió a la identificación y elaboración de un listado de los MP incluidos en la guía farmacoterapéutica. De los MP de administración oral se revisaron: aquéllos que no tenían formato unidosis, si se podían fraccionar y acondicionamiento correspondiente. Se elaboró una tabla con las recomendaciones para su administración por sonda nasogástrica/gastrostomía y sonda nasoyeyunal/yeyunostomía y en caso necesario valorar la elaboración de una fórmula magistral estableciendo la estabilidad según la matriz de riesgo de las guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. De los medicamentos de administración parenteral, se procedió a la revisión de los MP de los grupos 2 y 3 para crear las hojas de elaboración.

IMPLANTACIÓN

Desde abril de 2017 se localizan los MP prescritos mediante un listado personalizado y se define en la ficha de cada MP el grupo NIOSH al que pertenece para que quede reflejado en la orden médica y hoja de enfermería.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

RESULTADOS: Los MP incluidos en la guía fueron: 92 (grupo 1), 31 (grupo 2) y 27 (grupo 3). Del grupo 1 estaban creadas previamente tanto las hojas de elaboración como el acondicionamiento. Los MP cuyo acondicionamiento fue el reetiquetado fueron 5 (grupo 2), los MP que pasaron a acondicionarse en alveolos fueron 15 (grupo 2) y 6 (grupo 3), incluidos fraccionados. Los MP de los que se definió hacer jeringas orales fueron 2 (grupo 2) y 4 (grupo 3). De todos los MP del grupo 2 y 3 se revisó y se hicieron instrucciones para su administración por sonda/ostomía, en caso de que hubiera bibliografía disponible. Desde abril a diciembre de 2017 se reetiquetaron 717 unidades, se reenvasaron 21.133 unidades y se fraccionaron 3.441. Para pacientes con dificultades en la deglución se adaptaron a jeringas orales 92 unidades y para pacientes con sonda/ostomía se prepararon 97 jeringas enterales.

LIMITACIONES: es necesario el desarrollo de un circuito que permitan una segura dispensación y administración para los MP de los grupos 2 y 3 de administración parenteral.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

ALCANCE REAL: el procedimiento y circuito de trabajo está implantado para el 100% de los MP que deben administrarse por vía oral, sonda/ostomía de los grupos 1, 2 y 3.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA: este procedimiento es aplicable a otros servicios de Farmacia que quieran poner en marcha la implementación de la gestión integral de los MP.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

841. EVALUACIÓN DE UN DESINFECTANTE PARA LAS CABINAS DE FLUJO LAMINAR VERTICAL

AUTORES

PEREZ ANDREU L, MOYA ABRIL R, GARCIA FRANCO S, MUÑOZ CELDRÁN D, PÉREZ SANCHEZ ML, RODRIGUEZ DIAZ A, CHICA MARCHAL AM, VINEY . AC

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LICIA. C/ MEZQUITA S/N PARAJE DE LOS ARCOS 30202. MURCIA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de un nuevo desinfectante en la limpieza de las cabinas de flujo laminar vertical (CFLV) con el desinfectante hasta ahora utilizado, para su posterior implantación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental de las muestras recogidas en la CFLV antes y después de su limpieza con los desinfectantes, durante un periodo de 15 días, y su seguimiento comparativo microbiológico posterior de cada muestra durante un plazo de incubación de 72h.

En el servicio de farmacia hospitalaria de tercer nivel asistencial disponemos de dos CFLV A y B. Antes de comenzar su actividad diaria recogemos una muestra control de cada cabina, para su posterior comparación con las muestras del estudio. A continuación, realizamos su limpieza por arrastre, de dentro hacia fuera en las superficies horizontales, de arriba hacia abajo en los laterales y con la cabina en funcionamiento según lo establecido en el procedimiento normalizado de trabajo.

En la CFLV-A utilizamos para su limpieza el nuevo desinfectante de superficies de productos sanitarios no invasivos de amonio cuaternario, en la CFLV-B utilizamos el desinfectante hasta ahora utilizado etanol de 70º. Tras terminar la limpieza con sus respectivos desinfectantes tomamos una muestra de cada cabina para su posterior seguimiento microbiológico en un medio de cultivo agar sangre con una siembra en superficie. Tras finalizar la actividad diaria en las cabinas se vuelve a limpiar las cabinas mediante el mismo procedimiento y se activan los rayos UV durante 20 minutos.

Realiza la limpieza y recogida de las muestras el mismo técnico durante todo el estudio para evitar la variabilidad interindividual y poder garantizar la mayor similitud en los procedimientos de ambas cabinas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, obtenemos 16 muestras (8 controles, 4 con etanol de 70º y 4 con amonio cuaternario), que fueron observadas cada una de ellas a las 24h, a las 48h y a las 72h. Obteniendo en cada una de ellas el 0% de unidades formadoras de colonias (UFC).

Conclusiones

Según los resultados obtenidos por el laboratorio de microbiología, no ha crecido ningún microorganismo en ninguna muestra. En nuestra experiencia los dos desinfectantes realizan correctamente su función teniendo en cuenta el nivel de asepsia de las CFLV.

Por otra parte, analizando los dos desinfectantes por separado, el amonio cuaternario según ficha técnica es bactericida, fungicida y viricida, tanto en medio ácido como alcalino, frente al etanol de 70º que es bactericida, pero, aunque no tiene efecto viricida sobre aquellos virus con envoltura lipídica y tiene poco efecto residual.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones y según lo establecido en el Real Decreto 1591/2009, del 16 de Octubre, decidimos que podemos implantar el amonio cuaternario como desinfectante habitual para aumentar y mejorar la calidad y seguridad en las CFLV. Ofreciendo mayores garantías al trabajador y al material manipulado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

851. CONTENIDO EN LATEX DE LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

ARNAIZ DIEZ S, MARTIN RIZO L, BARRIGA RODRIGUEZ P, CABA HERNANDEZ C, DOBRITO PALLES AM, MALPARTIDA FLORES M, MARTIN CILLERO MT, FERNANDEZ LISON LC

HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. AVA. PABLO NARANJO, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

El contenido de latex de los medicamentos, en muchas ocasiones no se tiene en cuenta por los médicos en el momento de la prescripción, lo que hace necesaria una validación farmacéutica cuidadosa en pacientes alérgicos. Aunque en la población general se estima una prevalencia de alergia al latex menor al 1%, existe la necesidad de identificar el contenido en látex de los medicamentos inyectables incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT). En este estudio analizaremos los que se dispensan en la consulta de farmacia de pacientes externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

En octubre de 2017 se seleccionaron los medicamentos inyectables incluidos en la GFT del hospital que se dispensan en el área de pacientes externos, por considerarse susceptibles de contener látex en su material de acondicionamiento. Primeramente, se consultó en la ficha técnica la presencia de látex en alguno de los componentes. En caso de no encontrarse dicha información, se solicitó vía telefónica y/o vía email al laboratorio fabricante si disponían de un certificado que confirmara la ausencia de látex en sus productos. Se consideró válida sólo la información recibida por escrito. Se registraron los siguientes datos: código nacional, laboratorio fabricante, principio activo, nombre comercial, mecanismo de acción, forma farmacéutica, presencia/ausencia de látex, localización del contenido en látex y fuente de información.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron 47 principios activos, dispuestos en 112 especialidades farmacéuticas. Se obtuvo información en la ficha técnica de 85 (75,9%) especialidades y el resto fue proporcionada por los laboratorios fabricantes correspondientes. No se encontró ninguna información sobre inclusión o no de latex en los componentes de 14 (12,5%) especialidades. Del total, 71 (63,4%) especialidades no contienen latex en ninguno de sus componentes. 21 (18,7%) especialidades contienen latex en la tapa o capuchón que protege a la aguja, de las cuales 15 (71,4%) son jeringas y 5 (23,8%) plumas, y solo un cartucho contiene latex. En 10 (8,9%) especialidades el laboratorio no asegura que no haya contaminación con latex en el proceso de fabricación y en 2 (1,8%) el laboratorio sí afirma que la especialidad está contaminada.

Conclusiones

Un bajo porcentaje de medicamentos inyectables que se dispensan en la consulta de pacientes externos de farmacia contienen látex, de los cuales, la mayoría son jeringas. Debido a que el látex es Excipiente de Declaración Obligatoria, la ficha técnica especifica su presencia o ausencia en la mayoría de los casos, sin embargo, en ocasiones es necesario contactar con el laboratorio. No es despreciable el porcentaje de especialidades que pueden sufrir contaminación por latex en su elaboración. Nuevamente, destaca la importante labor del farmacéutico como último profesional sanitario que comprueba que la medicación que recibe cada paciente es la adecuada en sus circunstancias.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

874. NIVEL DE RIESGO POTENCIAL DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ENSAYO CLÍNICO

AUTORES

MARTÍN RUFO M, VICENTE OLIVEROS N, PALOMAR FERNÁNDEZ C, PUEYO FERNÁNDEZ C, MONTERO PASTOR B, TALADRIZ SENDER I, MOLINA MENDOZA MD, BEMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM. 9,100. MADRID

OBJETIVOS

Definir el nivel de riesgo potencial de ocasionar daño a los pacientes debido a los errores de prescripción (EP) de medicamentos de ensayo clínico (MEC).

Describir los errores de prescripción de medicamentos de ensayo clínico (EP-MEC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel durante un mes (febrero 2017). Se revisaron las órdenes médicas (OM) manuales de MEC que no requieran elaboración.

Se recogieron las variables: paciente (sexo y edad), ensayo clínico (protocolo, patología, fase y diseño), médico prescriptor, fecha y medicamento (posología, número de identificación).

Para determinar el nivel de riesgo potencial de los EP en los pacientes, se utilizó la clasificación del Grupo Ruíz-Jarabo 2000, definiendo las categorías de probabilidad de recurrencia y de gravedad de las consecuencias del error. Por ello se constituyó un grupo investigador formado por tres farmacéuticos, que adaptaron la metodología utilizada por Vicente et al. 2016, y definieron:

- Categorías de probabilidad de recurrencia: muy frecuente (EP ocurre > 1/2 veces por unidad de medida/día), probable (EP > 1/5 a ≤1/2 unidad de medida/día), posible (EP > 1/10 a ≤1/5 unidad de medida/día), improbable (EP > 1/15 a ≤1/10 unidad de medida/día) y rara (EP ≤1/15 unidad de medida/día)

- Categorías de gravedad de las posibles consecuencias a partir de la gravedad por tipo de EP y del riesgo potencial del medicamento implicado de provocar daño al paciente: ninguna, ligera, moderada o grave.

Los EP detectados se englobaron en dos tipos: EP de identificación del paciente y de la OM (EP-id) y EP de MEC. El denominador de la tasa de EP-id fue número total de OM y de la tasa de EP-MEC fue las líneas de tratamiento revisadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 254 OM (327 líneas de tratamiento), correspondientes a 96 EC: fase III (50%), II (38%), I (8%) y IV (4%); diseño abierto (66%), doble ciego (33%) y triple ciego (1%). Se detectaron 217 EP-id y 1.045 EP-MEC.

Los EP-id fueron: 53% médico prescriptor, 28% protocolo, 15% paciente y 4% fecha. El nivel de riesgo de los EP-id fue: 43% moderado (100% de los EP-id protocolo y 100% EP-id paciente), 53% bajo (100% EP-id médico prescriptor) y 4% marginal (100% EP-id fecha).

Los EP-MEC fueron: 31% vía de administración, 25% forma farmacéutica, 15% frecuencia, 10% dosis, 8% cantidad, 6% número de identificación del MEC y 5% MEC. El nivel de riesgo de los EP-MEC fue: 29% alto (91% de los EP-medicamento, 90% EP-identificación medicamento, 81% EP-frecuencia y 77% EP-dosis) 7% moderado y 64% bajo (100% EP-vía de administración, 98% EP-forma farmacéutica y 92% EP-cantidad).

Conclusiones

Los errores de identificación del paciente y del protocolo del ensayo clínico tienen un nivel de riesgo potencial de ocasionar daño al paciente moderado.

Los errores de prescripción en el medicamento, dosis, frecuencia y número de identificación tienen un nivel de riesgo potencial alto.

Es necesario diseñar e implantar sistemas de identificación inequívoca en el ensayo clínico, así como de prescripción electrónica protocolizada para mejorar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**878. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE LAS INSTALACIONES Y PREPARACIONES DEL ÁREA ESTÉRIL DEL SERVICIO DE FARMACIA****AUTORES**

RAMOS SANTANA E, HERNÁNDEZ ROJAS S, FRAILE CLEMENTE C, MONTERO DELGADO JA, VIÑA ROMERO MM, VERA CABRERA M, FERRER MACHÍN A, MERINO ALONSO J
HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA. CTRA. GRAL. DEL ROSARIO 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar los resultados de los controles microbiológicos llevados a cabo en el área de preparaciones estériles del Servicio de Farmacia en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los análisis microbiológicos llevados a cabo en las distintas cabinas de flujo laminar del servicio de farmacia, así como en las algunas de las preparaciones elaboradas en el área.

Se recogen los resultados de los cultivos llevados a cabo desde enero de 2011 hasta abril de 2018. Las muestras analizadas fueron: aire de las cabinas de flujo laminar horizontal y vertical, guantes del personal de enfermería elaborador y muestras de producto final (nutriciones parenterales pediátricas y adultas, colirios, preparaciones intravítreas y preparaciones intravenosas).

Se definió un nivel de alerta, el cual si es superado da lugar a un seguimiento reforzado del proceso, y un nivel de acción, que si se supera daría lugar a una intervención inmediata.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

7120 muestras analizadas en 7 años y 4 meses, 263 con resultado positivo (3,69%). 1255 muestras aire cabina flujo laminar horizontal (65 positivos, 5.2%), 1384 muestras aire cabina flujo laminar vertical (71 positivos, 5.1%), 1675 muestras nutrición parenteral adultos (2 positivos, 0.1%), 273 muestras nutrición parenteral pediátricas (0 positivos), 1031 guantes personal enfermería (117 positivos, 11.3%), 12 preparaciones intravenosas (0 positivos), 983 colirios (3 positivos, 0.3%) y 507 preparaciones intravítreas (5 positivos, 1%).

Los microorganismos encontrados fueron: 101 Staphylococcus coagulasa negativo, 81 Bacillus spp, 58 Micrococcus spp, 2 Streptococcus spp, 1 Neisseria mucosa, 1 Pseudomona putida, 1 Bacteroides spp, 1 Mycobacterium flavescens y 1 Acinetobacter johnsonii. 5 muestras estaban contaminadas y 11 no informaban el microorganismo.

En los cultivos positivos de muestras de producto final se enviaba contramuestra y en todos los casos resultó negativo.

Conclusiones

A partir de la norma UNE 171340 sobre “Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales”, los servicios de Farmacia, Microbiología y Medicina Preventiva elaboraron un documento consenso sobre las normas de higiene y controles de calidad a realizar en las mismas.

Desde que se implantó el control de calidad microbiológico se ha llevado a cabo un adecuado seguimiento de las preparaciones y de los métodos de trabajo del personal. En los casos de resultados positivos de las cabinas o de los guantes del personal se establecen medidas correctoras y se procede a una correcta limpieza exhaustiva del área y a una adecuada formación al personal en el proceso de higiene de manos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**930. ALERGIAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA HOSPITALARIA: ANÁLISIS Y VARIABILIDAD EN SU REGISTRO****AUTORES**

CANDELA BOIX MR, SANZ TAMARGO G, CASTRO GRANELL V, SOLER GINER E, MENDOZA- OTERO F, VICARIO GARCIA S, CIA BARRIO MA, RAGA BESER A
HOSPITAL MARINA BAIXA. AVENIDA ALCALDE EN JAUME BOTELLA MAYOR, 7. ALICANTE

OBJETIVOS

- Analizar la prevalencia de alergias registradas en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y determinar cuáles son los grupos terapéuticos que más frecuentemente producen reacciones de hipersensibilidad en los pacientes.
- Determinar si dichas alergias han sido estudiadas por el servicio de Alergología.
- Analizar el grado de concordancia entre los registros de alergia utilizados en los distintos niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo-retrospectivo en el que se incluyen a pacientes ingresados entre marzo y abril del 2018 en un hospital de 300 camas.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, alergias registradas en el programa de prescripción electrónica, en el informe de urgencias y en la historia clínica de atención primaria, grupo farmacoterapéutico responsable de dichas alergias y las alergias estudiadas por Alergología de todas las registradas en la prescripción electrónica.

Las fuentes utilizadas para obtener la información fueron: informe de urgencias, historia clínica de atención primaria y prescripción electrónica asistida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 487 pacientes ingresados durante el periodo del estudio, de los cuales, 61 pacientes (12,5 %) presentaban alguna alergia registrada en el programa de prescripción electrónica. Los datos demográficos de los pacientes con alergia registrada en la prescripción fueron: 67,7% mujeres con una media de edad de 70,3 años (rango 27,5-95,2). Los pacientes

que no tenían registrada alergia en la prescripción fueron mayoritariamente hombres (55,8%) y la media de edad fue de 67 años (rango 9,7-98,3).

Los grupos terapéuticos implicados más frecuentemente en las reacciones alérgicas registradas en la PEA fueron: 35 (42,7%) al grupo J01 (antibacterianos para uso sistémico), 11 (13,4%) al grupo M01A (antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos), 9 (11%) al grupo B01A (agentes antitrombóticos), 7 (8,5%) al grupo N02B (otros analgésicos y antipiréticos), 5 (6,1%) al grupo V08A (contrastes yodados), 4 (4,9%) al grupo N02A (opioides), 2 (2,4%) al grupo R05D (supresores de la tos), 6 (7,3%) a otros fármacos y el resto eran alergias no medicamentosas (3,7%).

El 73,8 % de los pacientes que presentaron alergias descritas en el programa de prescripción electrónica no habían sido estudiados por el servicio de alergología. En 26 pacientes (42,6 %) no coincidían las alergias registradas en la prescripción electrónica hospitalaria con la historia clínica de atención primaria y en 3 pacientes (4,9 %) no coincidían con el informe de urgencias.

Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

- Se observa gran variabilidad en el registro de alergias en los distintos niveles asistenciales de nuestro departamento.
- Sólo un pequeño porcentaje de las alergias (26,2%) registradas en la prescripción electrónica hospitalaria está estudiada por el servicio de alergología.
- Las alergias más frecuentes pertenecen al grupo de antibacterianos.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

936. IMPACTO CLÍNICO DERIVADO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SOPORTE A LA DECISION CLÍNICA ASOCIADO A LA VALIDACIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

LAORDEN CARRASCO A, BLAZQUEZ ALVAREZ MJ, MATEO CARMONA J, RUIZ JIMENEZ MDM, GARCIA SOLER JI, SAEZ GARRIDO M, DE LA CRUZ MURIE P, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de un sistema de soporte a la decisión clínica (SSDC), en la prevención de errores de medicación (EM), atendiendo a una prescripción electrónica y a la historia clínica electrónica del paciente, con el fin de mejorar la validación farmacéutica. El desarrollo de estrategias tales como la implantación de nuevas tecnologías dirigidas a la prevención de EM es una necesidad

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, en pacientes adultos, de 4 semanas de duración (26/03/18-23/04/2018) en un hospital de tercer nivel. Disponemos de un programa de prescripción electrónica asistida (PEA), a través del cual se revisan a diario los tratamientos de los pacientes hospitalizados. Al validar, el farmacéutico crea en el programa de PEA una historia farmacoterapéutica donde enmarca al paciente dentro de su patología y factores de riesgo asociados. El SSDC nos alerta de los pacientes en los cuales se ha cruzado información de la medicación prescrita con parámetros de la historia clínica (bioquímica, hematología y farmacocinética) previamente establecidos mediante reglas, indicándonos la recomendación a seguir en cada paciente, complementando así la validación farmacéutica. Las variables analizadas fueron: número de alertas generadas, número de pacientes con alertas detectadas por el SSDC, intervenciones realizadas y tipo, nivel de aceptación y gravedad, alertas no intervenidas y tipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El SSDC dispone de 102 reglas activas clasificadas en 5 bloques: farmacocinética, hiponatremia, insuficiencia renal, anticoagulación/antiagregación y toxicidades bioquímicas. Se generaron un total de 451 alertas correspondientes a 403 pacientes, que derivaron en 90 intervenciones comunicadas a planta a través del programa de PEA. Las intervenciones realizadas fueron: 44 terapia secuencial; 26 dosis incorrecta (dosis mayor); 6 monitorización insuficiente del tratamiento; 4 medicamento inapropiado para el paciente por edad o situación clínica; 3 frecuencia de administración errónea; 2 alergia previa o efecto adverso similar; 2 medicamento contraindicado. La aceptación fue del 51%. Se identificaron, por tanto, 47 EM evitados (29 con nivel de gravedad categoría D, 6 categoría C, 5 categoría F, 3 categoría E, 2 categoría G y 1 categoría F). El servicio clínico donde más se intervino fue medicina interna. En cuanto a las alertas no intervenidas constituyeron un total de 361 y los motivos de la no intervención fueron: 209 no procede (la dosis es correcta), 55 no relacionado con la medicación, 53 por ser el fármaco necesario por la situación clínica, 20 fin de tratamiento, 15 alta, 6 ajuste realizado por el médico, 2 no procede (analítica incorrecta) y 1 éxitus.

Conclusiones

Los SSDC deben ser utilizados como una herramienta para prevenir un error producido por el uso de un medicamento, en el contexto de la situación clínica del paciente. Es necesario realizar ajustes consensuados, con los servicios clínicos, en la definición de las reglas para que el uso de los SSDC predigan con mayor eficacia los pacientes candidatos a intervenir.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

948. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CENTROS SOCIO-ANITARIOS CON ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA.

AUTORES

LOPEZ SANDOMINGO L, ALBIÑANA PEREZ S, TABOADA LOPEZ RJ, KOPRIVNIK -- S, SALAZAR LAYA B, RODRIGUEZ PENIN I
COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE. AVENIDA DE LA RESIDENCIA S/N.. A CORUÑA



OBJETIVOS

Dentro del programa de atención farmacéutica (AF) en Centros Sociosanitarios (CSS), tan importante como la validación de tratamientos es el uso seguro de los medicamentos (USM), para pacientes y personal sanitario. El objetivo es describir las acciones de mejora en los CSS para mejorar el USM. Resultados 2011-2017.

DISEÑO

El Servicio de Farmacia desarrolla la AF en siete CSS del área, dentro del programa de calidad (certificación UNE-EN-ISO-9001-2015). La gestión farmacoterapéutica se realiza por tres farmacéuticos especialistas a tiempo parcial.

CIRCUITO Y ETAPAS

En 2010 se iniciaron reuniones mensuales de los farmacéuticos para detectar mejoras en los procesos, diseñar actuaciones y medir con indicadores de actividad/calidad según procediese.

IMPLANTACIÓN

La mejora en el USM es un proceso continuo que requiere el mantenimiento de los procesos implantados, añadiendo procesos nuevos anualmente. Cronológicamente:

2011: Creación documentación de calidad: IT-FAR-FAR-031 "Revisión de botiquines y control de caducidades de productos farmacéuticos en CSS", estandarizando su realización y frecuencia. Implantación circuito de comunicación de alertas de la AEMPS con repercusión en CSS.

2012: Establecimiento de recomendaciones para almacenamiento y conservación de medicamentos en botiquines de CSS (RACMB), diseño del indicador. Elaboración de carteles informativos sobre las diferentes vías de administración.

2013: Tras una no conformidad interna, se iniciaron medidas correctivas: auditorías programadas de preparación de pedidos, registro de reclamaciones (2014) e indicador: número reclamaciones con repercusión/número líneas totales de pedidos (estandar < 0,5%).

2015: Señalización en CSS de medicamentos de alto riesgo en paciente crónico (MARC) y actualización de las RACMB.

2016: Señalización en CSS de los medicamentos que no se pueden triturar (MNT)

2017: Adaptación del documento 87.1:16 del INSHT sobre medicamentos peligrosos a los CSS. Tras detección de error en su administración, elaboración de cartel informativo sobre la correcta administración de parches transdérmicos.

Asimismo, se iniciaron sesiones formativas para el personal de CSS buscando la mejora del USM.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Control de caducidades: revisión completa del stock bianual y mensual de los medicamentos próximos a caducar según la IT-FAR-FAR-031: 100% todos los años.

Comunicación de 66 alertas de seguridad de la AEMPS.

Evaluación anual de las RACMB con una media de: 90,18%, 89,57%, 95,71%, 89,4%, 89,0%, 89,68 % de 2012 a 2017 (estándar > 75%).

Realización de 54 auditorías de preparación de pedidos (2013-2017).

Indicador de reclamaciones: 2015: 0.098, 2016: 0.19 y 2017: 0.065.

Señalización de una media de medicamentos por centro: MARC 86 (73-112) y MNT 40 (29-52).

En proceso: identificación de medicamentos peligrosos en CSS y formación del personal sobre el manejo de los mismos.

Cuatro sesiones: "Administración de formas farmacéuticas orales" (2011-2012), "Administración de medicamentos por vía inhalatoria" (2013-2014), "Administración de medicamentos por SNG/ PEG" (2014-2015), "Administración de medicamentos por vía subcutánea" (2016-2017).

La principal limitación del proyecto es la dificultad de mantener actualizadas las medidas de seguridad adoptadas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Las acciones de mejora en el USM son totalmente exportables a otros CSS. Su priorización dependerá de las necesidades detectadas, así como de los recursos disponibles en cada CSS.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

963. ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE LAS REACCIONES ADVERSAS PRODUCIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

PÉREZ-RICART A, ROCA MONTAÑANA A, GIL MÁÑEZ E, PÉREZ-FELIU A, GEA RODRÍGUEZ E
HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL. C/ ESCALLS, 14. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Objetivo:

Analizar sospechas de reacciones adversas al medicamento (RAM) recogidas en un Servicio de Urgencias durante los años 2008-2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal. Las sospechas de RAM se detectaron por señales alarmantes (medicamentos, diagnósticos, consultas) mediante el farmacéutico integrado en el servicio de urgencias (URG) o farmacovigilancia intensiva, prescripción electrónica (PEA) y revisión de informes de alta (CMBD).

Otros datos registrados: personal notificador, datos biodemográficos, fecha, medicamento/s sospechoso/s, manifestación clínica, actuación, desenlace, gravedad y causalidad. Clasificación de principios activos (PA) según ATC. Clasificación de medicamentos de riesgo (MR) según el Institute for Safe Medication Practices. Causalidad establecida mediante algoritmo de Karch-Lasagna, agrupada en probable, no probable y dudosa. Gravedad valorada según criterios de Hartwing.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

492 RAMs, de 459 pacientes, 51% mujeres. Mediana de edad: 67 [1-98] años. Notificación: 92,5% por el farmacéutico y 7,5% voluntaria (médico, enfermería, técnicos). Vías de detección: 67,4% CMBD, 15,5% vía intensiva, 10,4% PEA y 6,7% vía voluntaria. Evolución de la notificación 2008 a 2016: 71; 73; 30; 58; 33; 41; 65; 53; 68 RAMs. Incidencia respecto al total de ingresos: 4,1%.

Un 84,2% de las RAMs originaron ingreso hospitalario (I), 12,2% fueron RAMs encontradas durante la anamnesis del paciente, aunque no fueron el motivo de ingreso (NI) y 3,7% fueron RAM producidas en URG.

Grupos farmacológicos mayoritarios I: antineoplásicos (33%), antitrombóticos (11%), psiclépticos (6%), antiinflamatorios y antirreumáticos (5,4%), antibacterianos (5,4%), analgésicos (4,9%) y antidiabéticos (4,7%). Un 46,8% de los ingresos, se debió a un MR. Los principales MR implicados fueron acenocumarol (10,4%), cisplatino (5,6%), carboplatino (5,2%) y paclitaxel (4%). De los medicamentos no considerados de riesgo (MnR), ibuprofeno (4,6%), ácido acetilsalicílico (4,2%), dexametasona (3,6%) y amoxicilina-clavulánico (2,9%).

Grupos farmacológicos mayoritarios NI: diuréticos (21,7%), antineoplásicos (20,5%), antitrombóticos (7%), IECAS (6%) e hipolipemiantes (6%). Un 68,3% fueron causados por MnR.

Manifestaciones clínicas (I; NI): gastrointestinal (27,6%; 15,5%), sanguíneas (21,3%; 15,5%), piel y anejos (11,6%; 10%), SNC (11,8%; 5%), cardiovasculares (6,5%; 1,7%), metabólico-endocrinas (5%; 11,7%), respiratorias (3,4%; 0%), hepáticas (3,4%; 11,7%), hidroelectrolíticas (3%; 11,7%), infecciosas (2,7%; 0%), renales (2,7%; 17,2%) y músculo-esqueléticas (1%; 0%).

Actuación ante la RAM (I; NI): interrupción 67,6%; 70%, ningún cambio 25,4%; 16,7% y cambio de dosis 7%; 13,3%.

Un 68,4% y un 46,7% recibieron tratamiento específico adicional. Desenlace (I; NI): recuperación 65%; 79,3%, en recuperación 29,4%; 19%, muerte 3,4%; 0% y secuelas 2,2%; 1,7%. Un 34,3% y un 31,7% de las RAMs fueron causadas por más de un principio activo. Causalidad (I; NI): probable 95,4%; 95%, dudoso 4,6%; 3,3%, no probable: 0%; 1,7%. Gravedad RAMs NI: 53,3% leves.

Conclusiones

-Entre los medicamentos que motivaron ingreso, se observa fármacos de uso habitual en la práctica clínica como acenocumarol e ibuprofeno. La notificación de RAMs en URG ofrece una oportunidad para reforzar la cultura de seguridad en la población general.

-Los MR están implicados en un elevado porcentaje en RAMs que generan ingresos.

-Se observa un patrón diferente entre las RAMs que originan o no ingresos. Mientras hay RAMs más fáciles de detectar por sus manifestaciones más aparatosas y posterior ingreso hospitalario, persisten otras más insidiosas, probablemente infradetectadas.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

981. DESPRESCRIPCIÓN, CONSECUENCIA DE LA COLABORACIÓN MÉDICO-FARMACÉUTICO EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

MARTÍNEZ CAMACHO M, GARCÍA MARCO D, ARAUJO ORDÓÑEZ MA, ESCOLANTE MELICH A, RODRÍGUEZ JIMÉNEZ E, RUEDA NAHARRO A, GARCÍA SACRISTÁN AA, MOYA GÓMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE. CTRA. COBISA S/N. TOLEDO

OBJETIVOS

La polimedicación en pacientes ancianos incrementa el riesgo de reacciones adversas, el deterioro cognitivo y funcional y el ingreso hospitalario. Nuestro objetivo ha sido revisar los medicamentos de los pacientes de dos consultas de geriatría durante dos meses, registrar los fármacos con mayor carga anticolinérgica, adecuar la terapia e identificar potenciales tratamientos susceptibles de desprescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

El médico facilitaba al servicio de farmacia el listado de pacientes citados en consultas de la siguiente semana. El farmacéutico, a través del programa de prescripción de atención primaria, revisaba la medicación y medía la carga anticolinérgica a través de la calculadora: (<http://www.anticholinergicscales.es/>), registrando los fármacos de las dos escalas más utilizadas: ACB (AnticholinergicCognitiveBurdenScale) y ARS (AnticholinergicRiskScale). Tras el análisis, se ponían en común los aspectos relacionados con la medicación y las posibles intervenciones; y el médico, tras la valoración del paciente actuaba si lo consideraba oportuno. Tras la consulta se comentaba al farmacéutico las decisiones tomadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de pacientes inicialmente revisados por el farmacéutico en 2 consultas de geriatría, fueron 58. De ellos, 8 no acudieron a la cita, con lo que quedaron excluidos por imposibilidad de valoración. Se analizaron 50 pacientes (19 hombres, 31 mujeres) con una media de edad de 85,04 años (77-95). En 10 pacientes (20%) no fue necesario intervenir. En los 40 pacientes restantes (80%) se realizaron las siguientes acciones: en un paciente bajada de dosis del fármaco anticolinérgico, y en 39 desprescripción. En estos últimos, además se realizaron: en 6 (15,38%) también se disminuyó la dosis del anticolinérgico; en 11 (28,21%) se suspendió el anticolinérgico y en 2 (5,13%) se interceptaron duplicidades. La media de fármacos por paciente disminuyó de 10 al inicio a 7,88 tras la intervención.

Es importante revisar periódicamente la medicación de los pacientes para identificar oportunidades de desprescripción para optimizar la terapia farmacológica del paciente y disminuir los potenciales efectos adversos de los fármacos. Los pacientes ancianos son el grupo de población más polimedica y la más susceptible para actuar en la mejora de su terapia. Las mayores actuaciones fueron por desprescripción y disminución de la carga anticolinérgica. La colaboración entre profesionales optimiza el proceso asistencial de nuestros mayores.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

990. RECONDICIONAMIENTO DE MEDICAMENTOS BIPELIGROSOS EN DOSIS UNITARIAS

AUTORES

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, PAMPÍN SÁNCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, DURÁN ROMÁN C, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, AYASTUY RUIZ A, MARTÍNEZ MÚGICA C, RODRÍGUEZ DE CASTRO B
HOSPITAL DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Identificar los medicamentos de administración oral biopeligrosos (según la lista NIOSH) incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital (GFT). Determinar cuáles requieren acondicionamiento en dosis unitarias (reenvasado o reetiquetado) para su dispensación a pacientes ingresados. Decidir qué alternativa de acondicionamiento es más adecuada para cada medicamento.

DISEÑO

Se parte de la guía farmacoterapéutica del hospital (GFT). Se seleccionan los principios activos (PA) de administración oral. Esta lista se cruza con la última lista NIOSH publicada (2016) para identificar cuáles de estos PA incluidos en GFT son biopeligrosos. Entre estos últimos se seleccionan los que requieren dosis unitarias correctamente identificadas (principio activo, dosis, lote y caducidad) para su administración a pacientes ingresados. Se analiza individualmente su presentación. En los casos en los que cada dosis no está adecuadamente identificada se decide la alternativa más apropiada para su reacondicionamiento.

CIRCUITO Y ETAPAS

Como medida inicial y por consenso se decide que aquellos medicamentos con PA biopeligrosos habitualmente dispensados en el área de pacientes externos se entreguen con su envase completo a pacientes que ingresen sin su tratamiento. Para el resto se valoran las siguientes opciones de reacondicionamiento: 1. Búsqueda de una alternativa comercializada correctamente identificada en dosis unitarias 2. Reetiquetado con programa específico. De elección en blíster de tamaño medio-grande 3. Reenvasado "con blíster": sin sacar el medicamento del blíster, recortar cada unidad de la manera más ajustada posible y reenvasar en la máquina de reenvasado habitual. Para blísters con tamaño reducido, cuyo reetiquetado no es posible 4. Acondicionamiento en papel de aluminio y bolsa individual. Siempre que el medicamento carezca de blíster.

IMPLANTACIÓN

Abril de 2018

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se encontraron 49 PA biopeligrosos de administración oral incluidos en la GFT del hospital. De éstos 49, 23 pertenecían al grupo I de la clasificación NIOSH ; 14 al grupo II y 12 al grupo III. 22 de los 49 PA iniciales estaban contenidos en medicamentos de dispensación hospitalaria a pacientes externos, por lo que no se analizó su presentación. Los 27 PA restantes estaban contenidos en 34 especialidades farmacéuticas de las que: 16 no requirieron reacondicionamiento por disponer de una presentación adecuada en dosis unitarias; 2 (Topiramato de 25 y 100 mg respectivamente) tenían una alternativa comercial correctamente acondicionada (cambio de proveedor); 11 se reetiquetaron sobre el propio blíster; 2 se reenvasaron con blíster (azatioprina y clonazepam) y 3 requirieron papel de aluminio y bolsa de plástico (melfalán, clorambucilo y fenitoína en cápsulas).

Limitaciones

Las opciones de acondicionamiento disponibles fueron escasas al no disponer de máquina emblistadora.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Cualquier servicio de farmacia puede actualizar su protocolo de reacondicionamiento para dosis unitarias teniendo en cuenta la lista NIOSH de medicamentos biopeligrosos, manejando lo mejor posible las opciones de reenvasado/reetiquetado disponibles para lograr que se reduzca el número de personas expuestas al medicamento peligroso.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1019. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA Y USO EN DOLOR NO ONCOLÓGICO

AUTORES

MARTÍN BLAS C, IBÁÑEZ HERAS N, SOLÓRZANO MARTÍN AR, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. TOLEDO KM12500. MADRID

OBJETIVOS

La AEMPS ha detectado un aumento de consumo global de las presentaciones de fentanilo de liberación rápida, con un elevado porcentaje de prescripciones que no cumplen con las condiciones de uso autorizadas (dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer), con el consiguiente riesgo de abuso y dependencia para los pacientes. El objetivo es analizar la evolución en el consumo de fentanilo de liberación rápida en atención especializada (AE) y el área de atención primaria (AP) asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analiza el consumo de fentanilo de liberación rápida oral y nasal en AE (pacientes ingresados y prescripción a través de receta) y en AP en un área sanitaria entre los años 2010 y 2017. Los datos de pacientes ingresados se han obtenidos a través del programa de prescripción electrónica y se han expresado en DDD/100 estancias y año. Para evaluar la prescripción a través de receta tanto en AE como en AP se han obtenido datos de facturación por receta y se han expresado como DDD/1000 pacientes (cupo sanitario correspondiente)/día. Se ha analizado la utilización de fentanilo de liberación rápida en dolor no oncológico en AE.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha observado un aumento de prescripción de fentanilo de liberación rápida en todos los ámbitos durante el periodo de estudio: hasta 4 veces mayor en pacientes ingresados y se multiplica por 8 en AP.

En pacientes ingresados, las DDD/100 estancias en 2010 y 2017 fueron 0,19 y 0,74, respectivamente, con un pico en 2014 (1,35 DDD/100 estancias). Las formas orales vs nasales son más utilizadas (99%), aunque las formas nasales han triplicado su consumo en el último año (0,3 DDD/100 estancias). La prescripción hospitalaria a través de receta en DDD/1000 pacientes/día de 2010 y 2017 fue 0,010 y 0,024, respectivamente.

En AP, las DDD/1000pacientes/día en 2010 y 2017 fueron 0,05 y 0,39, respectivamente. Se observó un pico de consumo de 0,6 DDD/1000pacientes/día en 2015. Las formas orales son también mayoritarias.

Con respecto al uso de fentanilo de liberación rápida en dolor no oncológico en AE, de un total de 997 pacientes ingresados con fentanilo de liberación rápida, el 55,47% de las indicaciones son dolor no oncológico. En prescripción hospitalaria a través de receta, un 41,37% del consumo en DDD/1000pacientes/día, es para dolor no oncológico.

El consumo de fentanilo de liberación rápida ha ascendido en los últimos años. En AE más del 40% de las prescripciones realizadas son para dolor no oncológico con los consiguientes riesgos que esto puede suponer. Se refleja la necesidad de buscar estrategias que permitan garantizar la calidad y un uso seguro del fentanilo de liberación rápida.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1046. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

AUTORES

MARTÍN MARQUÉS M, LÓPEZ BROSETA P, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, DE DIOS LÓPEZ A, CRESPO BERNABEU J, ROCH VENTURA MÁ, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DOCTOR MALLAFRÉ GUARCH N2. TARRAGONA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital tras la implantación de la prescripción electrónica y validación de las órdenes médicas por parte del farmacéutico especializado en pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

El farmacéutico encargado del área de pediatría y el residente rotante en el área recogieron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Servicio de Pediatría de lunes a viernes desde diciembre de 2017 hasta abril de 2018. Las intervenciones recogidas se clasificaron en diferentes categorías según la tipificación del artículo: "diseño de un modelo de atención farmacéutica infantil para la validación de órdenes médicas en hospitales españoles" de Cecilia M. Fernández-Llamazares & col.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 232 intervenciones en 120 días, realizándose una media de 1,9 intervenciones al día. La mediana de edad de los pacientes en los que se produjo intervenciones fue 3 años y el número medio de líneas de tratamiento fue de 6 por paciente. Las intervenciones realizadas con mayor frecuencia fueron: adecuación del intervalo posológico en un 29,7% (69), información sobre medicamentos (posología, dosificación, forma de administración, etc.) en un 21,6% (50), adecuación de la forma farmacéutica a las características del paciente 13,4% (31), dosificación de fármacos de rango terapéutico normal por encima de 1,5 a 10 veces el valor correspondiente al paciente en un 12,1% (28), falta de prescripción de un medicamento necesario en un 5,2% (12), duplicidad terapéutica en un 2,6% (6), vía de administración errónea que puede llevar a toxicidad leve en un en un 2,6% (6), dosis > 10 veces la dosis normal 2,2% (5), superación de dosis máximas en un 1,7% (4) y en menor medida: información incompleta en la orden médica en un 1,3% (3) y duración del tratamiento mayor a la recomendada 1,3% (3).

Como consecuencia de la introducción de la prescripción electrónica en el Servicio de Pediatría y consiguiente validación de las órdenes médicas por parte del Servicio de Farmacia se han detectado errores que con anterioridad se desconocían y por tanto no se podían resolver. La prescripción electrónica y la introducción de un farmacéutico en el servicio de pediatría mejoran la calidad de la prescripción así como también la seguridad del paciente detectando errores, solucionándolos y evitando, en la medida de lo posible, su reaparición.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1107. POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATIONS FOR THE ELDERLY

AUTORES

CARVALHO ESTANQUEIRO M, GOMES SANTOS S, OLIVEIRA DA LUZ C, FERRER . C, HAGHIGHI DOUDEL E
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA. R. CALOUSTE GULBENKIAN 1, 2600-009. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

The aim of this study was to assess the impact of an alert implemented for potentially inappropriate medications (PIMs). The purpose of this alert was to reduce PIMs on inpatients over 65 years.

MATERIALES Y MÉTODOS

Based on the STOPP/START criteria, PIMs were identified for older patients and it was decided that the monitored drugs would be Haloperidol (HAL) and Hydroxyzine (HYD), which are high risk drugs used in clinical practice on inpatients over 65 years. A specific alert was created for each drug by the Pharmaceutical Services, which allowed the assessment of its suitability. This was a retrospective observational study on patients in two separate periods: the first was between 01.01.2017 and 20.06.2017 and the second from 21.06.2017 to 31.12.2017.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Before the implementation of this alert, HYD and HAL were prescribed and administered, respectively, in 12% (n=321) and 8% (n=231) of the target patients (n=2743). After the implementation, there was a reduction in these prescriptions, representing 10% (n=269) and 6% (n=175) of the study population (n=2727). It was also noted that all medical services with a doctor involved on the project achieved a greater reduction on HYD and HAL prescriptions.

In conclusion, this methodology has proven to be a fundamental tool, as it contributed to a great reduction in the prescription of PIMs for the elderly, improving the quality of the health care services provided to the patients. The involvement of the Pharmaceutical Services with the clinical team benefited the clinical practice.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1125. EVALUACIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO, EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE NATALIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE. RESULTADOS EN VIDA REAL

AUTORES

BARCIA MARTÍN MI, GALVEZ MADROÑERO M, MARTIN DE ROSALES CABRERA AM, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORÓN. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la gestión del riesgo, efectividad y tolerancia de natalizumab en pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente-Recorrente (EMRR) en la práctica clínica habitual de un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tratamiento con natalizumab está incluido en un Plan de Gestión de Riesgos (PGR), pues se ha asociado a un aumento de padecer leucoencefalopatía-multifocal-progresiva (LMP). Su uso durante más de dos años, presencia de anticuerpos anti-virusJC (VJC) y tratamiento inmunosupresor previo (TIP), son factores asociados a este incremento. Por ello, se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con EMRR que han recibido natalizumab desde su inclusión en el hospital (junio2009) hasta el 15-abril-2018.

Se recogieron variables demográficas, tratamientos previos (TP), duración y motivo de suspensión de natalizumab, escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) y estado de VJC (positivo/negativo). Mediante el algoritmo de estimación del riesgo (AER) a desarrollar LMP, basado en los factores mencionados, se clasificó a los pacientes en riesgo alto, moderado y bajo. Tras 24 meses con tratamiento activo, se consensuó con el paciente la continuación con natalizumab. Para medir la efectividad se calcularon: porcentaje de pacientes libres de brote, porcentaje con nuevas lesiones en resonancia magnética (RM) y variación EDSS a los 12 y 24 meses. La tolerancia se evaluó mediante el perfil de efectos adversos (EA). Los datos fueron analizados con Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 30 pacientes (mediana de edad 44 años (rango:16-75); 66,7% mujeres). La media de TP inmunomoduladores fue 2 (DE:1,1). La mediana de duración en tratamiento fue 23 meses (rango:1-93). La media de EDSS al inicio fue 3,9 (DE:1,8). El 56,7%(17/30) continúan en tratamiento.

Respecto a los factores de riesgo asociados a LMP, un 46,6%(14/30) estuvieron > 24meses en tratamiento, 53.3%(16/30) fue VJC positivo y 16.6% tuvo TIP. Según AER, la clasificación fue: 26,7%(8/30) riesgo alto, 20%(6/30) moderado y 53,3%(16/30) bajo, destacando que el 62,5% con riesgo alto estuvieron tratados > 24meses y que solo 7/16 con VJC positivo suspendieron tratamiento por riesgo LMP.

El 86,6%(26/30) de pacientes estuvieron libres de brotes; el 13,4% restante presentaron brotes leves a partir del segundo año de tratamiento. El 90% no mostraron nuevas lesiones. Solo un paciente suspendió por progresión de la enfermedad. La variación de EDSS se analizó a los 12 y 24 meses de tratamiento, obteniéndose reducciones de al menos un punto en el 59%(13/22) y el 35,7%(5/14); se mantuvieron igual el 27,4%(6/22) y el 28,6%(4/14) y empeoraron el 13,6%(3/22) y el 35,7%(5/14). En cuanto a tolerancia, los EA fueron cansancio (4/30), pericarditis (1/30), linfangoileiomiomatosis (1/30) y reacción post-infusional (1/30); los dos últimos supusieron la suspensión del tratamiento.

Natalizumab muestra una elevada efectividad, especialmente durante los 12 primeros meses, siendo un tratamiento bien tolerado.

En nuestra población el porcentaje de pacientes con VJC positivo es muy elevado y, según el algoritmo del PGR, más de la mitad pertenecen al grupo de riesgo alto. Sin embargo, debido a la elevada efectividad muchos mantienen el tratamiento por encima de los 24 meses sin que ninguno de ellos haya desarrollado hasta la fecha LMP.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1127. INTERACCIONES GRAVES CONCORDANTES ENTRE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

AUTORES

DOMINGUEZ CANTERO M, SALMERON NAVAS FJ, DIAZ NAVARRO J, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO P, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

El objetivo principal fue estudiar la concordancia entre diferentes bases de datos de interacciones medicamentosas (BDIM) de interacciones graves entre antipsicóticos atípicos (AA) y nuevos antidepresivos (AD).

De forma secundaria, describir la distribución de las interacciones mostradas -totales y graves- en cada BDIM.



MATERIALES Y MÉTODOS

La prescripción combinada de AA y nuevos AD es común en el manejo de síntomas negativos de la esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo refractario o depresión mayor sin respuesta a los antidepresivos.

Estudio de las interacciones entre AA y nuevos AD (agomelatina, citalopram, dapoxetina, desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mianserina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, trazodona, venlafaxina y vilazodona).

Se utilizaron BDIM con criterios mínimos de calidad según Rodríguez-Terol A. et al., de acceso libre, online, disponibles para socios de la SEFH, colegiados y/o suscritas en biblioteca virtual del sistema sanitario público de nuestra comunidad. BDIM escogidas: Botplus® (v6.0.1), Lexicomp®, Drugs.com®, Micromedex®, Medinteract.net® y Medscape®, consultadas en abril de 2018.

Con el fin de homogeneizar criterios entre las BDIM se establecieron cuatro categorías de interacción: grave (contraindicada, resultado de muerte y/o necesidad de intervención médica), moderada (puede agravar la situación del paciente. Requiere seguimiento), secundaria (efecto clínico limitado) y ausencia de datos.

Se definió como interacción grave concordante aquella que disponía de datos en la mitad de las BDIM consultadas y, cumpliendo con el criterio anterior, fuesen clasificadas como graves en la mayoría.

La distribución de las interacciones aportadas por cada BDIM se recogió mediante el porcentaje de interacciones respecto a total de las interacciones estudiadas. De forma similar, las interacciones clasificadas como graves se expresaron como el porcentaje de interacciones graves respecto al total de interacciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron todas las combinaciones posibles entre AA y nuevos AD para cada BDIM. Como resultado, se obtuvieron 208 parejas de interacciones posibles, de las cuales 188 (90,4%) aparecían en más de la mitad de las BDIM. Se encontraron 11 (5,3%) parejas de fármacos que cumplían los criterios de interacción grave concordante: amisulpirida-citalopram (tres BDIM informaban de una interacción grave de tres que aportaban información), amisulpirida-escitalopram (2/3), amisulpirida-trazodona (2/3), asenapina-escitalopram (2/3), paliperidona-escitalopram (3/4), risperidona-escitalopram (3/4), ziprasidona-fluoxetina (3/4), ziprasidona-sertralina (3/4), ziprasidona-escitalopram (4/4), ziprasidona-citalopram (4/4) y ziprasidona-trazodona (4/4).

El porcentaje de interacciones aportadas por cada base de datos respecto al total: 74,1% Lexicomp®, 51,4% Drugs.com®, 48,1% en Medscape®, 32,7% Micromedex®, 35,1% Medinteract.net® y 5,3% Botplus®.

En cada BDIM se obtuvo el siguiente porcentaje de interacciones graves respecto al global: 29,8% Lexicomp®, 14,4% Drugs.com®, 5,3% Micromedex®, 3,8% en Medscape® y 3,4% Medinteract.net® y ninguna en Botplus®.

La información aportada por las BDIM es heterogénea. De forma general, la combinación de ziprasidona con parte del grupo de los inhibidores de la recaptación de la serotonina son las interacciones graves con más concordancia, en mayor número de BDIM.

La consulta realizada en Lexicomp® muestra más resultados de interacciones y los clasifica en mayor porcentaje como graves.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1149. DOLOR REFERIDO POR LOS PACIENTES ADULTOS EN DIFERENTES MOMENTOS DEL PROCESO QUIRÚRGICO

AUTORES

MARTINEZ ORTEGA PA, GIMÉNEZ MANZORRO Á, RIBED SÁNCHEZ A, DE LORENZO PINTO A, GARCÍA MARTÍN E, GARCÍA MORENO FJ, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GRAL. UNIV. GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

El objetivo general es describir el dolor referido por los pacientes adultos intervenidos en todas las etapas del proceso quirúrgico.

Los objetivos específicos son conocer la proporción de pacientes con dolor moderado-grave en algún momento del proceso quirúrgico, y el número de consultas al médico de Atención Primaria, reingresos y visitas a Urgencias relacionados con el dolor postquirúrgico durante el primer mes tras la cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado desde febrero a abril de 2018.

Criterios de inclusión: pacientes a cargo de los servicios de Cirugía General, Plástica, Vascular, Traumatología, Urología y Otorrinolaringología, ingresados a las 24h de la cirugía.

Criterios de exclusión: pacientes que permanecieran más de 24 h en unidades de recuperación postanestésica, con deterioro cognitivo, o que no dieran su consentimiento informado.

Variables recogidas: demográficas, farmacoterapéuticas y clínicas.

La intensidad del dolor se midió mediante la escala verbal numérica (EVN), comunicado por el paciente en la entrevista al farmacéutico.

Se calculó la frecuencia de pacientes con EVN ≥ 4 a las 24 y 48 horas de la intervención, al alta, y a las 48 horas y 30 días tras el alta.

Las frecuencias se presentan como porcentaje y las variables continuas se presentan como mediana (rango intercuartílico).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se reclutaron 62 pacientes (65% hombres), edad mediana 59,8 años (46,7-70,8).

El 48% de los pacientes fueron operados en Traumatología, el 21% en Urología, el 15% en C. General, el 6% en C. Vascular,



el 5% en C. Plástica y el 5% en Otorrinolaringología.

El 89,2% (IC 95%: 78,7% – 94,9%) refirió dolor moderado-grave en algún momento del proceso. El 44,6% (IC 95%: 32,8%-57,1%) de los pacientes refirió dolor moderado-grave a las 24h de la cirugía. Este porcentaje fue 38,1% (IC 95%: 24,3%-54,1%) 48 horas tras cirugía, 37,1% (IC 95%: 26,2%-49,5%) 48 horas tras el alta y 29,0% (IC 95%: 17,0%-44,8%) a los 30 días del alta.

El 10,5 % (IC 95%: 4,2%-24,1%) de los pacientes acudió al médico de Atención Primaria para consultar sobre el dolor de la cirugía durante el primer mes tras el alta, mientras que el 7,9% (IC 95%: 2,7% - 20,8%) reingresó o acudió a Urgencias por este motivo.

El máximo dolor del proceso se produjo durante el ingreso tras la cirugía en el 58%, después del alta en el 29% y previo a la cirugía en el 13%.

La prevalencia de dolor moderado-grave en algún momento del proceso quirúrgico es elevada, con la mayor proporción a las 24 horas de la intervención. Sin embargo, casi un tercio de los pacientes experimentó el dolor más intenso en el domicilio. Determinados pacientes tuvieron que consultar al médico de Atención Primaria o acudieron al hospital por dolor tras el alta.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1157. ADECUACIÓN DEL REENVASADO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS ORALES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

MIRALLES ANDREU G, POMARES BERNABEU M, GARCÍA MONSALVE A, GARCIA IRANZO E, LLINARES ESQUERDO M, SORIANO IRIGARAY L, MURCIA LÓPEZ AC, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Clasificar los medicamentos peligrosos orales incluidos en la Guía Farmacoterapéutica(GFT) del hospital de acuerdo a los listados del National Institute for Occupational Safety and Health(NIOSH) y establecer el procedimiento de acondicionado de los mismos en Dosis Unitarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se seleccionaron los medicamentos peligrosos orales incluidos en la GFT, clasificándose de acuerdo a los listados 1, 2 y 3 publicados por la NIOSH, y se procedió a protocolizar su acondicionamiento según las recomendaciones del documento técnico del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo(INSHT)del 2016. Se estableció un código de colores en relación a los listados NIOSH a modo informativo, siendo: rojo(listados 1 y 2), naranja(listado 3) y verde(medicamentos no peligrosos). Por otra parte, las formulaciones orales y los comprimidos que requerían ser fraccionados para el ajuste de su dosificación se manipularon en una campana de flujo laminar vertical IIb. En algunos casos se buscaron especialidades comercializadas con las dosis requeridas para su inclusión en la GFT. Las medidas implantadas y las recomendaciones para la administración de los medicamentos peligrosos se comunicaron al personal del hospital a través de sesiones formativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De todos los medicamentos orales incluidos en la GFT, 97 contienen un principio activo incluido en el listado NIOSH. De estos, 30 especialidades estaban incluidas en el listado 1, 40 en el listado 2 y 27 en el listado 3.

En los medicamentos del listado 1 se evitó el uso de la máquina reenvasadora: se diferenciaron con etiquetas identificativas externas rojas (18 especialidades). Si el blíster no requería reenvasado, se identificó con una pegatina circular roja (4 especialidades). Para los listados 2 y 3, se tuvo en cuenta la información identificativa que contenía la forma farmacéutica de partida. Si el medicamento estaba acondicionado en blísters monodosis que reflejaban toda la información necesaria, se identificaron con una pegatina circular del color representativo(23 especialidades). En caso contrario, se procedió a su reenvasado. Para ello, se empleó la máquina reenvasadora, utilizando un color de film para cada listado (23 especialidades). En algún caso, donde las dimensiones del blíster lo permitían, se pegó sobre este una etiqueta identificativa del color pertinente (3 especialidades). Los medicamentos termolábiles y aquellos en envases multidosis se reenvasaron manualmente colocándolos en una bolsa con autocierre y con una etiqueta identificativa del color correspondiente(11 medicamentos incluidos en las listas 1 y 2).

Las formulaciones orales líquidas se dosificaron en jeringas ENFit®, las cuales se prepararon en la campana indicada, y se identificaron con etiquetas, del color apropiado, que incluían todos los datos necesarios(8 formulaciones líquidas).

Se fraccionaron comprimidos de 6 medicamentos distintos(acenocumarol, carbamazepina, clonazepam, espirolactona, fenitoína, risperidona, warfarina). Fue necesaria la compra de algunas especialidades, con el fin de evitar su manipulación en el Servicio de Farmacia (carbamazepina solución, voriconazol solución, colchicina 0,5 mg y fluconazol 50 mg comprimidos).

Se detectó un número considerable de medicamentos peligrosos orales incluidos en la GFT. Estos han precisado una adecuación en el reenvasado e identificación para ajustarse a las indicaciones del INSHT, favoreciendo la seguridad de los profesionales involucrados en su manipulación. Estas medidas se deberán tener en cuenta para la valoración de inclusión de nuevos fármacos en la GFT en el futuro.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1198. DESPRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

MARTÍNEZ BENAVIDES J, LLORENTE SERRANO M, PELEGRÍN CRUZ R, MOYA GIL A, PERIS MARTÍ J, SANCHO ARTÉS A, HERMENEGILDO CAUDEVILLA M, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA



OBJETIVOS

Evaluar el grado de aceptación teórica y aplicación práctica de la desprescripción del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes institucionalizados en una residencia para mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional de 3 meses de duración, en un centro sociosanitario con una capacidad aproximada de 100 camas.

El grado de aceptación se evaluó de manera teórico-práctica:

La evaluación teórica se realizó tomando como referencia los criterios LESS-CHRON (List of Evidence-based depreScribing for CHRONic patients), mediante una valoración de expertos según la metodología RAND-UCLA modificada (combinación de las técnicas Delphi y Grupos Nominales), formulando una pregunta anónima dirigida a profesionales médicos y farmacéuticos relacionados con el ámbito sociosanitario. La pregunta hacía referencia a la percepción teórica de la desprescripción de IBP con una escala de puntuación de 1 a 9 (siendo 1 muy inadecuada la desprescripción y 9 muy adecuada).

La evaluación práctica se realizó aplicando un protocolo para la desprescripción del IBP, seleccionando los pacientes candidatos a la posible retirada del fármaco, así como el número de recomendaciones aceptadas por parte del equipo médico. Todos los pacientes se monitorizaron a las 4 y 12 semanas para verificar si la retirada del fármaco ha sido efectiva.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y se revisó la historia farmacoterapéutica de los pacientes en tratamiento con cualquier IBP y el tratamiento concomitante gastrolesivo, así como tratamientos que pudieran provocar interacción con los IBP. El análisis estadístico se realizó con SPSSv.19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En total participaron 32 profesionales en la valoración de expertos (20 médicos, 10 farmacéuticos y 2 no especificado) y la puntuación media de la escala fue de 6,4 (SD:2,4). Se incluyeron 55 pacientes en tratamiento con cualquier IBP incluido en la guía farmacoterapéutica del centro (80% omeprazol, 17% lansoprazol, 3% esomeprazol). La edad media fue de 83 años (SD:9,1), el 70% eran mujeres (N=73) y 32 pacientes (58%) estaban en tratamiento con algún fármaco gastrolesivo. En total, se detectaron 18 pacientes (33%) candidatos a la desprescripción del IBP, por falta de indicación (5 presentaban interacción leve con escitalopram, diazepam, levotiroxina y alprazolam, y 1 de ellos interacción potencialmente grave con clopidogrel, revisadas en Micromedex®).

De los pacientes propuestos para desprescripción, fueron aceptadas 14 recomendaciones (78%), realizándose una retirada gradual del fármaco (50% de la dosis durante 2 semanas y luego retirada definitiva). A las 4 y 12 semanas, el 100% de los residentes, mantenían la retirada del IBP.

Conclusiones

En el grado de aceptación teórica, se observa que más de dos tercios de los profesionales sanitarios apoyan la desprescripción del IPB. En cuanto a la aplicación práctica del protocolo, de todos los pacientes institucionalizados, un tercio de los mismos fueron susceptibles de desprescripción, siendo aceptada en la mayoría de los residentes (80%) por parte del equipo médico, y manteniéndose efectiva en todos los pacientes hasta los 3 meses. Además, con la aplicación del protocolo se consiguen evitar interacciones de tipo leve y grave en una décima parte de los residentes en tratamiento con un IBP.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1224. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN DETECTADOS POR UN FARMACÉUTICO EN URGENCIAS

AUTORES

CARBALLO . N, ECHEVERRÍA-ESNAL . D, NAVARRETE-ROUCO . ME, DE ANTONIO-CUSCO . M, DURAN . X, GRAU . S, FERRÁNDEZ . O

HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Los servicios de Urgencias de los hospitales son uno de los escenarios donde se observan con mayor frecuencia problemas relacionados con la medicación (PRM), siendo el motivo de asistencia hasta en un 38% de los casos.

El objetivo de este estudio es evaluar los PRM detectados en el servicio de Urgencias (SU) y valorar el grado de aceptación de las intervenciones realizadas por los farmacéuticos clínicos ante la detección de estos PRM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluyó los PRM detectados en pacientes atendidos en el SU de un hospital universitario de tercer nivel durante enero 2017-marzo 2018. La prescripción electrónica (PE) está implantada en el total de camas. Los farmacéuticos clínicos revisan diariamente la orden médica de los pacientes y realizan una intervención farmacéutica (IF) en caso de detectar algún PRM mediante una anotación al curso clínico.

Datos recogidos: PRM totales; demográficos; servicio quirúrgico/médico; tipo PRM; grupo ATC implicado; grado de aceptación de la IF.

PRM de pauta: infradosis, sobredosis, ajuste de dosis por alteraciones farmacocinéticas, frecuencia administración.

Estadística: media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 754 PRM en 580 pacientes; edad 70,2 (\pm 16,8) años; 334 (57,6 %) hombres; 529 (70,2 %) PRM en servicios médicos; tipo PRM: 308 (40,8%) pauta, 187 (24,8%) errores relacionados con la utilización incorrecta de la PE, 68 (9,0%) fármacos no incluidos en la guía del hospital, 50 (6,6%) interacciones, 21 (2,8%) prescripciones de fármacos inadecuados (por ausencia o exceso de actividad), 120 (15,9%) otros.

ATC fármacos implicados: 248 (32,9%) J01 (Antibacterianos para uso sistémico), 70 (9,3%) B01 (Antitrombóticos), 58 (7,7%) R03 (Agentes contra patologías obstructivas de las vías respiratorias), 31 (4,1%) A02 (Fármacos para alteraciones relacionadas con la acidez), 31 (4,1%) A12 (Suplementos minerales), 29 (3,8%) N02 (Analgésicos), 25 (3,3%) J05 (Antivirales de uso sistémico), 262 (34,8%) otros.

Se aceptaron 495 (65,6%) de las IF, no se aceptaron 159 (21,1%) y el 13,3% fueron no valorables.

Las IF sobre los grupos farmacológicos frecuentemente implicados presentaron una elevada aceptación frente a la no aceptación (A02 (92,9% vs 7,1%; $p=0,017$), A12 (83,3% vs 16,7%; $p < 0,001$); B01 (77,2% vs 22,8%; $p < 0,001$); J01 (76,6% vs 23,4%; $p < 0,001$); J05 (83,3% vs 16,7%; $p < 0,001$); N02 (73,9% vs 26,1%; $p < 0,001$); R03 (64,2% vs 35,9%; $p < 0,001$)).

Conclusiones

Aunque los PRM relacionados con la pauta fueron los mayoritarios, casi la cuarta parte estuvo causada por errores relacionados con el uso incorrecto de la PE. Esto pone de manifiesto la importancia de la formación continuada en esta área.

Los antibióticos estuvieron implicados en un tercio de los PRM detectados, lo que resalta la importancia de la función del farmacéutico especializado en programas de optimización del uso de antimicrobianos.

El grado de aceptación fue elevado, alcanzando un valor superior al 75% cuando se consideraron únicamente las IF valorables. Esta elevada aceptación fue independiente del grupo ATC implicado.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1230. TOLERANCIA Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON LOXAPINA INHALADA EN PACIENTES AGITADOS

AUTORES

CHINCHILLA FERNÁNDEZ MI, JIMÉNEZ MORALES A, CERVILLA BALLESTEROS J, LÓPEZ PEREZ M, REYES NADAL M, CALLEJA HERNÁNDEZ MA

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA FUERZAS ARMADAS. GRANADA

OBJETIVOS

Medir la tolerancia y la satisfacción de la loxapina inhalada en el tratamiento de pacientes agitados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tratamiento convencional para el paciente psiquiátrico agitado incluye tanto tratamiento farmacológico como la contención mecánica, en caso de ser necesaria.

Algunas de estas medidas pueden ser percibidas como medidas muy invasivas e incluso agresiones por los pacientes, como es el caso de la contención mecánica o la administración intramuscular de algún medicamento.

La Loxapina es una dibenzoxazepina, cuya administración inhalatoria fue aprobada recientemente para el tratamiento de la agitación en esquizofrenia o trastorno bipolar.

Estudio Realizado en la Unidad de agudos de un hospital de tercer nivel. Incluye 26 pacientes ingresados en la unidad, de los cuales 9 fueron casos y 17 controles. Los 9 casos fueron pacientes tratados con loxapina inhalada, mientras que los 17 controles se trataron de forma convencional.

Una vez resuelto el episodio de agitación se pasaron los siguientes cuestionarios a los pacientes: El cuestionario Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication, TSQM, para medir la satisfacción de los pacientes con el tratamiento y un cuestionario de medida de los efectos secundarios, UKU, para valorar la tolerancia al medicamento.

La TSQM tiene 14 ítems, la medida comprende las tres dimensiones principales de la satisfacción con el tratamiento: eficacia, efectos secundarios y Comodidad en el uso. El UKU para medir efectos secundarios comprende 48 ítems, repartidos en 4 subgrupos (síntomas psíquicos, neurológicos, autonómicos y otros).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Del análisis de los cuestionarios UKU realizados a los pacientes sobre efectos secundarios de los medicamentos. Resultó que los pacientes que habían sido tratados con Loxapina obtuvieron una puntuación de 2,3 frente a los pacientes tratados de forma convencional que obtuvieron una puntuación de 3,1.

En cuanto a la satisfacción global de los pacientes con el tratamiento se encontró que los pacientes tratados con loxapina obtuvieron una puntuación de 11 en el TSQM frente al 9,5 de los controles. La valoración desglosada del TSQM valorando eficacia, efectos secundarios y comodidad en el uso nos dio los siguientes resultados. La eficacia obtuvo una puntuación de 14,6 en pacientes tratados con loxapina y de 9,8 en pacientes control. La puntuación que resultó al valorar efectos secundarios fue de 4,2 frente a 5,4 en pacientes tratados con loxapina comparados con los tratados convencionalmente. En cuanto a la comodidad del uso del medicamento, loxapina obtuvo 13,9 puntos frente a 12,4 de los tratamientos convencionales.

Conclusiones

La administración de loxapina Inhalada en pacientes agitados, no produce dolor y es bien tolerada por los pacientes. Los pacientes que sufren agitación, frecuentemente, reciben tratamientos con fármacos intramusculares o contención mecánica en caso de ser requerida. Este tipo de tratamientos son percibidos por el paciente como “un castigo por su mal comportamiento”.

El uso de la Loxapina inhalada en pacientes hospitalizados en Unidades de Agudos, donde la agitación es un fenómeno común, podría ayudar a evitar que los pacientes perciban el tratamiento como un castigo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**1252. ESTUDIO SOBRE LA DISPERSIÓN EN AGUA DE FÁRMACOS PELIGROSOS ORALES: ADAPTACIÓN A UN CENTRO SOCIO SANITARIO****AUTORES**

ANDÚJAR MATEOS A, GARCÍA CASES S, DEL MORAL SÁNCHEZ JM, ORTIZ SÁEZ P, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL MARTÍNEZ M, ESPERT ROIG M, CÁNOVES ESCOLANO MÁ
CENTRO SOCIO SANITARIO LA FLORIDA. TOMÁS AZNAR DOMENECH, 43. ALICANTE

OBJETIVOS

Determinar el tiempo de dispersión en agua de los fármacos peligrosos orales disponibles en la guía farmacoterapéutica de un centro socio sanitario con el fin de optimizar su administración en este entorno

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental realizado durante el mes de marzo del año 2018.

En primer lugar, se seleccionaron los medicamentos peligrosos en forma de comprimido que se encontraban incluidos en la guía farmacoterapéutica del centro socio sanitario. La información se extrajo del documento técnico sobre medidas de prevención para la preparación y administración de medicamentos peligrosos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

La dispersión en agua de los fármacos fue realizada mediante el método de “dispersión en jeringa”, en el que se introduce el comprimido dentro de la jeringa y tras ello se aspira agua (en nuestro caso, 20mL). Tras ello y tras colocar un tapón, fueron agitados hasta su dispersión o hasta el transcurso de 3 minutos. Concretamos ese tiempo al considerar que tiempos superiores no suponían una ventaja con respecto al triturador empleado en medicamentos peligrosos a la hora de la administración en nuestro medio.

El equipo de protección individual constó de bata, guante y mascarilla, todos ellos aptos para este tipo de fármacos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

De los fármacos incluidos en la guía, 14 eran considerados medicamentos peligrosos en forma de comprimido. De ellos, dos se excluyeron al existir comercializada forma oral líquida (fenitoína y paroxetina).

De los 12 restantes, 7 se dispersaron dentro de los primeros 3 minutos (acenocumarol, carbamazepina, colchicina, metotrexato, rasagilina, tamoxifeno y warfarina) y los otros 5 no (bicalutamida, espironolactona, finasterida, leflunomida y vigabatrina).

Conclusiones

Todas las medidas que nos lleven a una optimización en la administración de fármacos en general y de peligrosos en particular va a suponer una mejora en la seguridad y eficiencia del proceso. Estudios como este pueden suponer grandes diferencias en nuestra práctica diaria y la de otros profesionales sanitarios.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO**1255. CAPECITABINA E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: RECOMENDACIONES FRENTE A LA INTERACCIÓN****AUTORES**

LÓPEZ BROSETA P, VUELTA ARCE M, JORNET MONTAÑA S, DE DIOS LÓPEZ A, DEL ESTAL JIMENEZ J, ROCH VENTURA MÁ, MARTÍN MARQUÉS M, CANELA SUBIRADA M
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DOCTOR MALLAFRÉ GUARCH N7. TARRAGONA

OBJETIVOS

Recientemente fue publicado un análisis secundario del ensayo clínico TRIO-013/LOGiC en el que se compararon 545 pacientes con cáncer gastroesofágico tratados con el esquema capecitabina y oxaliplatino +/- lapatinib. 229 pacientes, distribuidos en ambos brazos de tratamiento, recibieron inhibidores de la bomba de protones (IBPs).

Tras el análisis, se observó que los pacientes que recibieron IBPs tuvieron una menor supervivencia de progresión (SLP): 4,2 vs 5,7 meses con un HR: 1.55; 95%CI, 1.29-1.81, $p < 0,001$ y una menor supervivencia global (SG): 9.2 v 11.3 meses (HR: 1.34; 95%CI, 1.06-1.62; $p=0,04$).

Dicha interacción es producida como consecuencia del aumento de pH gástrico causado por el IBP que ocasiona que los fármacos como la capecitabina, con un $pka=1,92$, vean disminuida su solubilidad en el jugo gástrico por el aumento en la proporción de fármaco no ionizado.

El objetivo del estudio es describir la intervención realizada en los pacientes tratados concomitantemente con capecitabina e IBPs.

MATERIALES Y MÉTODOS

En junio de 2017 se recogieron todos los pacientes tratados con capecitabina y se registraron todos aquellos que estaban tomando IBPs.

Se informó a los oncólogos de dicha interacción y de los pacientes afectados y se recomendó:

1. Revalorar la indicación del IBP y suspender en caso de que no fuera necesario.
2. Cambiar el IBP por otro antiácido: ranitidina o hidróxido de aluminio.

La ranitidina no aumenta los niveles de pH como lo hacen los IBPs por lo que teóricamente no se espera esta interacción (sin embargo, carecemos de estudios que lo corroboren). Respecto al hidróxido de aluminio, existe un estudio en el que se observa que la administración concomitante no influencia la farmacocinética de la capecitabina, por lo que su coadministración es segura.

Tras 6 meses, en diciembre de 2017, se volvieron a recoger todos los pacientes en tratamiento con capecitabina para comprobar la misma interacción y además se registró que cambios se produjeron en cuanto a la prescripción de antiácidos en los pacientes a los que se hizo la recomendación en junio de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el corte realizado en junio de 2017: 33 pacientes estaban en tratamiento con Capecitabina y 18 lo estaban concomitantemente con IBPs. A uno de ellos se le cambió a ranitidina, 3 acabaron el tratamiento con capecitabina, uno de ellos continuó con el IBP y al resto lo suspendieron.

Tras realizar el nuevo corte en junio de 2017 de los 16 pacientes en tratamiento con capecitabina 2 de ellos lo estaban también con ranitidina, prescripción proveniente del oncólogo y 3 de ellos con omeprazol cuya prescripción provenía de medicina de familia. Tras este hallazgo se informó a los médicos prescriptores de la interacción y las alternativas que podían utilizar.

Una de las limitaciones del ensayo clínico TRIO-013/LOGiC es la falta de corroboración de niveles plasmáticos de la capecitabina pero por el contrario tenemos resultados en salud (disminución en SLP y SG) que apoyan fuertemente dicha interacción.

Es importante hacer difusión de la información entre niveles asistenciales y comprobar, pasado un tiempo de la realización de la intervención el impacto de la misma.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1261. DIFERENCIAS ENTRE LAS TASAS DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADAS POR DIVERSAS FÓRMULAS PARA DETERMINAR LA POSOLOGÍA DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

AUTORES

MARTÍN GIL M, REBOLLO DÍAZ N, BEUNZA SOLA M, PEÑA LORENZO D, MARTÍN MUÑOZ MR, BLANCO SERRANO B, SÁNCHEZ PEDROCHE A, OTERO LÓPEZ MJ
HOSPITAL CLÍNICO SALAMANCA. Pº SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La estimación de la tasa de filtrado glomerular (TFG) es esencial para la dosificación segura de fármacos cuya eliminación se ve afectada por alteraciones en la función renal, como es el caso de los anticoagulantes orales directos (ACOD). La FDA en su Guía para la industria recomienda la utilización de la fórmula de Cockcroft-Gault (CG) para estimar la función renal en la dosificación de fármacos que se eliminan por esta vía. Sin embargo, algunos laboratorios de Análisis Clínicos presentan el resultado de TFG obtenido mediante otras fórmulas como el "Isotope Dilution Mass Spectrometry Traceable Modification of Diet in Renal Disease" (MDRD-4 IDMS) o, como en nuestro hospital, el "Collaboration of Epidemiology of Chronic Kidney Disease" (CKD-EPI).

El objetivo del estudio fue analizar si existen discordancias en las recomendaciones de dosificación de los ACOD según la fórmula utilizada para la estimación de la TFG.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel y tratados con ACOD entre julio 2017 y marzo 2018. Se recogieron las siguientes variables: ACOD prescrito, edad, sexo, peso, talla, urea, albúmina, creatinina y CKD-EPI. Se calcularon las TFG con CG y MDRD-4 IDMS, considerando un aclaramiento máximo de 120 mL/min. Se analizaron las diferencias en las TFG obtenidas mediante las nuevas ecuaciones y el valor de referencia (CG) utilizando el test de Wilcoxon, fijando un nivel de significación $p < 0,05$ (SPSS® v22). Se determinó el porcentaje de pacientes que presentaban discordancias en las recomendaciones posológicas utilizando CKD-EPI y MDRD-4 IDMS respecto a CG para cada fármaco.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 97 pacientes (61 hombres) en tratamiento con los siguientes ACOD: apixabán (40), rivaroxabán (40), dabigatrán (15) y edoxabán (2). Las medianas (rango) de edad, peso y talla fueron 79 (19-97) años, 69 (43-125) kg y 165 (143-190) cm, respectivamente.

La mediana (rango) de la TFG calculado por CG, CKD-EPI y MDRD-4 IDMS fue 55,34 (19,9-120,0); 65,00 (21,0-120,0) y 64,70 (21,6-120,0) mL/min, respectivamente. Las TFG obtenidas mediante CKD-EPI y MDRD-4 IDMS fueron significativamente mayores que las obtenidas por CG ($p < 0,05$).

Los porcentajes de discordancias en las recomendaciones de dosis respecto a la utilización de la fórmula de CG fueron del 8,24% y del 6,81% para MDRD-4 IDMS y CKD-EPI, respectivamente. La mayoría de las discrepancias (7 pacientes con MDRD-4 IDMS y 5 con CKD-EPI) se referían a la advertencia recogida en ficha técnica de tener precaución con el uso del ACOD al utilizar CG. En un paciente el tratamiento con dabigatrán estaba contraindicado por presentar una TFG < 30 mL/min según CG, mientras que al usar las otras fórmulas la TFG resultante precisaba únicamente precaución en la dosificación.

En la mayor parte de los pacientes no se han encontrado diferencias en las recomendaciones de dosis de los ACOD en función de la fórmula empleada para el cálculo de la TFG. No obstante, en algunos casos las diferencias encontradas podrían tener repercusión clínica, por lo que si se sospecha de insuficiencia renal sería conveniente calcular la TFG mediante la fórmula de CG.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1269. DETECCIÓN DE POSIBLES CASOS DE ENTEROPATÍA ASOCIADA A OLMESARTAN EN UN ÁREA DE SALUD.

AUTORES

GARCÍA ÁLVAREZ A, JAUME GAYA M, SIQUIER HOMAR PJ, MARTÍNEZ SOTELO J, FERNÁNDEZ CORTÉS F, GUERRA GONZÁLEZ M, PINTEÑO BLANCO M, FERRER JAILLARD BA
HOSPITAL COMARCAL DE INCA. CARRETERA VELLA DE LLUBÍ S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Olmesartán es un fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial. En 2012 la Food Drug Administration alertó de que olmesartan podría estar relacionado con una infrecuente reacción adversa (RA) que consiste en un tipo de enteropatía con hallazgos histológicos similares a los encontrados en la enfermedad celíaca, pero a diferencia de ésta, con serología negativa. Esta RA puede producir cuadros de diarrea severa, meses o incluso años después de iniciar el tratamiento.

El objetivo es evaluar los casos de enteropatía atribuible a olmesartan en un área de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes en tratamiento activo con olmesartan en un área de salud durante 24 meses (enero 2016-diciembre 2017).

Actualmente no existe código diagnóstico para la Enteropatía asociada a olmesartan (EAO), por lo que se seleccionaron los siguientes diagnósticos (CI-10_ES), ya que en la mayoría de los casos, la EAO se orienta inicialmente como uno de éstos: diarrea crónica (K52.9), síndrome de malabsorción (K90.9), enfermedad celíaca (K90.0). Se excluyeron los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

La variable principal consistió en el número de pacientes que presentaron alguno de estos códigos diagnósticos tras la prescripción de olmesartan. Como variable secundaria se consideró el tiempo medio transcurrido entre la prescripción de olmesartan y la aparición de la RA.

Se registraron las siguientes datos: edad y sexo. diagnóstico, duración de la prescripción de olmesartan hasta la aparición de alguno de los diagnósticos mencionados, dosis diaria definida (DDD) de olmesartan.

La causalidad de la EAO se evaluó mediante el algoritmo de Naranjo.

Los pacientes fueron extraídos del aplicativo informático de información corporativa del Servicio de Salud, el registro y análisis de los datos se realizó con la aplicación informática Microsoft Office Excel®. Las variables continuas se expresan como media (rango) y las variables categóricas como porcentaje (%).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 3056 pacientes estuvieron en tratamiento con olmesartan, 125 presentaron alguno de los diagnósticos considerados. Se detectaron 4 sospechas de EAO, de los cuáles 3 eran hombres (75%) con una edad media 69 años (54-78). La evaluación de la causalidad mediante el algoritmo de Naranjo concluyó 1 caso como probable, 2 como posibles y 1 como definitivo.

El tiempo medio transcurrido entre la prescripción de olmesartan y la aparición de RAM fue de 22 meses (16-36). Todos los pacientes consumían al menos 1 DDD.

Conclusiones

La EAO es una reacción adversa muy difícil de identificar en la práctica clínica, debido a que puede presentarse mucho tiempo después de iniciar el tratamiento. Además, su presentación clínica es similar a la de otros cuadros, por lo que es fundamental un buen diagnóstico diferencial. Pese a su baja frecuencia es una RA que debe tenerse en cuenta debido al gran impacto negativo que presenta sobre el paciente y a la elevada utilización de olmesartan en el tratamiento de la hipertensión arterial.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1270. ANÁLISIS DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE MEDICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

ANTÓN MÉNDEZ X, FERNÁNDEZ PEÑA A, MENDIOLA GARCÍA S, CASAS ARRATE J, BASKARAN KALTZAKORTA Z, SERRANO DE LUCAS L, SAN JOSÉ RUIZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. PLAZA DE CRUCES. VIZCAYA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de actualización de los registros de medicación de la historia clínica electrónica como fuente de información de la medicación crónica del paciente, comparándolos con el historial farmacoterapéutico obtenido por el farmacéutico en la Unidad de Pacientes Externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo realizado durante 28 días laborables consecutivos, entre marzo y abril de 2018. Como parte de la atención farmacéutica ofrecida en la Unidad de Pacientes Externos, se entrevistó a todos los pacientes/familiares que acudieron por primera vez a inicio de un tratamiento de dispensación hospitalaria con el fin de obtener su historial farmacoterapéutico actualizado. Se recogieron otras variables como edad, servicio de procedencia y quién facilitaba la información (paciente o familiar). Posteriormente, se comparó el historial farmacoterapéutico obtenido con los registros de medicación de la historia clínica. Se excluyeron aquellos pacientes que desconocían su tratamiento. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS 23.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se atendieron 107 pacientes, 64 hombres y 43 mujeres, con una media de edad de 60 años (± 15) y una media de 5 líneas de tratamiento (± 4). Procedían de 13 servicios diferentes, siendo los mayoritarios Oncología Médica (28%), Hepatología (24%), Enfermedades Infecciosas (12%) y Urología (8%). Se analizaron 554 líneas de prescripción (211 principios activos). La información sobre su tratamiento fue facilitada por el paciente en un 89% de los casos. Se excluyeron 5 pacientes porque los familiares que acudieron al Servicio de Farmacia desconocían el tratamiento habitual.

Se encontraron discordancias entre el registro de medicación y el historial farmacoterapéutico en un 73% de los casos. La media de discordancias por paciente fue de 2 (± 2). Las discordancias más frecuentes fueron mantener un medicamento prescrito cuando el paciente ya no lo tomaba (53%), prescribir un medicamento "A demanda" como "Crónico" (21%) y dosis y/o pauta diferente a la tomada por el paciente (21%). Los grupos terapéuticos más prescritos fueron Tracto alimentario y metabolismo (143), Sistema Nervioso (116) y Sistema Cardiovascular (81), y los que concentraron mayor número de discordancias fueron Sistema genitourinario y hormonas sexuales (8/11), Sistema musculoesquelético (8/13) y Órganos de los sentidos (5/9). No se encontraron diferencias en las discordancias en función del sexo ($p = 0,513$) pero sí en función del tipo de paciente, un 86% en los pacientes onco-hematológicos frente al 64% en el resto ($p = 0,009$). La edad media de los pacientes con discordancias fue 62 años (± 14) frente a 52 años (± 16) en los pacientes sin discordancias ($p = 0,002$) y el número medio de líneas de tratamiento fue de 7 (± 4) frente a 2 (± 3), respectivamente ($p = 0,000$).

Los registros de medicación en la historia clínica electrónica facilitan la obtención del historial farmacoterapéutico. Sin embargo, es necesario un mayor grado de actualización para aumentar su fiabilidad. Los pacientes de mayor edad, onco-hematológicos y con mayor número de medicamentos parecen ser los pacientes con los registros menos actualizados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1282. IMPACTO DE LA PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE TERAPIA PARENTERAL EN FARMACIA: ANÁLISIS DEL RIESGO EVITADO PARA EL PACIENTE Y EL MANIPULADOR.

AUTORES

SANCHO ARTÉS A, MARCOS FENDIÁN Á, LLOPIS SALVIA P, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIV. DR. PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el riesgo evitado para el paciente y el manipulador mediante la elaboración de las preparaciones estériles de forma centralizada en la Unidad de Terapia Parenteral (UTP) del Servicio de Farmacia (SF) frente a la elaboración en las Unidades de Hospitalización (UH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital terciario. Se incluyeron las preparaciones estériles elaboradas para pacientes ingresados (todas las UH excepto Medicina Intensiva, Urgencias, Reanimación y Neonatos) y pacientes ambulatorios (Hospital de Día) entre enero y diciembre de 2017. Se excluyeron las preparaciones de administración condicional.

Para cada preparación se registraron variables descriptivas: unidad responsable de elaboración (UTP o UH), tipo de preparación: fluidoterapia (FTIV), nutrición parenteral (NP) o mezclas de medicamentos parenterales (MIV), tipo de mezcla: estandarizada o individualizada, nº de unidades elaboradas, nivel de riesgo para el paciente (alto/medio/bajo) según la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria de 2014 del Ministerio de Sanidad (GBP-2014) y nivel de riesgo para el manipulador según las listas de medicamentos peligrosos (MP) de NIOSH-2016 (MP/no-MP). El perfil de seguridad del medicamento se estableció teniendo en cuenta: relación de medicamentos de alto riesgo según ISMP, Orden SCO/2874/2007 y especificaciones en ficha técnica.

Se obtuvieron las siguientes variables de resultado: cobertura total de preparaciones parenterales elaboradas en UTP, por tipo de preparación, tipo de mezcla, por nivel de riesgo para el paciente (medio-alto vs bajo) y nivel de riesgo para el manipulador (MP/no-MP).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron un total de 322.693 preparaciones de administración parenteral distribuidas en: MIV(78,6%), FTIV(19,8%) y NP(1,6%). El 64,2% (207.167) fueron preparaciones normalizadas y el 35,8% (115.526) individualizadas. El 26,9% (87.087) fueron preparaciones de riesgo medio-alto para el paciente según GBP-2014 y el 5,1% (16.438) correspondían a MP según NIOSH-2016.

La cobertura global de preparaciones centralizadas en la UTP del SF fue del 77% (248.254), siendo del 71,3% (181.002) en MIV, 97,3% en FTIV y 100% en NP. El 69,1% (143.162) de las preparaciones normalizadas y el 91,0% (105.092) de las individualizadas se elaboraron en la UTP. La cobertura de preparación centralizada en UTP fue del 89,6% (78.051) para las preparaciones de riesgo medio-alto para el paciente y del 72,2% (170.203) para las de riesgo bajo, mientras que fue del 99,9% (16.425) para los MP clasificados en la lista NIOSH-2016 y del 75,7% (231.829) para el resto de medicamentos de administración parenteral.

Conclusiones

La elaboración de preparaciones estériles de forma centralizada en una Unidad de Terapia Parenteral con una cobertura global del 77% evita la elaboración del 89,6% de las preparaciones de riesgo medio-alto para el paciente y del 99,9% de las preparaciones de medicamentos peligrosos que suponen un riesgo de exposición para el personal manipulador en las unidades de hospitalización.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1286. ANÁLISIS DEL USO DE FÁRMACOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT CON RIESGO DE TORSADE DE POINTES

AUTORES

DE LA CALLE RIAGUAS B, GARCÍA ESTEBAN B, PIQUERAS ROMERO C, PÉREZ MARGALLO ME, ROMERO MARTÍN C, GÓNZALEZ JOGA B, IRANZU APORTE MC, BERROCAL JAVATO MA
HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CARRETERA DE MADRID KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de fármacos que presenten riesgo de prolongar el intervalo QT, identificar los fármacos más implicados y evaluar si la atención farmacéutica mejora el uso de los fármacos que lo potencian.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en un Hospital General (Enero 2018 - Abril 2018). Se incluyeron pacientes que tenían prescritos durante su ingreso 3 o más fármacos con cualquier riesgo de producir Torsade de Pointes (TdP). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio médico, número y fármacos con riesgo de TdP y factores de riesgo (FR) (patología cardiovascular, patología tiroidea, insuficiencia renal e insuficiencia hepática). Los fármacos se clasificaron según los tres niveles de evidencia del Center for Education and Research on Therapeutics (AZCERT):

- Riesgo definido de TdP: Fármacos que alargan el intervalo QT con riesgo de causar TdP.
- Riesgo posible de TdP: Fármacos que pueden causar prolongación del intervalo QT, sin evidencias suficientes de riesgo de causar TdP.
- Riesgo condicional de TdP: Fármacos que alargan el intervalo QT y aumentan el riesgo de TdP en determinadas circunstancias.

Se recogieron las intervenciones farmacéuticas realizadas, y su aceptación por el médico prescriptor. Los datos se obtuvieron del módulo de unidosis Farmatools® e historia clínica electrónica Mambrino XXI® y se recogieron en tabla Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se evaluaron 66 pacientes (53,73% mujeres) con edad media 82 años (62-96 años). El 48,48% (32) presentaron un FR, el 40,91% (27) más de uno y el 10,61% (7) no presentaron ninguno. De los FR encontrados, el 57,73% (56) estaban relacionados con patología cardiovascular, el 14,44% (14) con patología tiroidea, el 11,34% (11) con insuficiencia renal y el 16,49% (16) con insuficiencia hepática. Los servicios médicos más implicado fueron Medicina Interna (37,90%) y Cardiología (18,2%).

El 53% (35) de los pacientes llevaban prescritos 3 fármacos con riesgo de TdP, el 32% (21) 4, el 12% (8) 5 y el 3% (2) 6. Se encontraron 242 fármacos con riesgo de TdP: 90 fármacos (37,34 %) con riesgo definido, 17 (7,05%) con riesgo posible y 135 (56,02%) con riesgo condicional.

Los principales fármacos prescritos fueron: con riesgo definido, levofloxacino (30%), ondansetrón (18,89%), haloperidol (15,56%), ciprofloxacino (5,56%) y escitalopram (5,56%) y con riesgo posible, mirtazapina (29,41%), venlafaxina (17,65%), tiaprida (17,65%) y risperidona (17,65%).

Se realizaron 22 intervenciones farmacéuticas (19 reducciones de dosis y 3 monitorización), de las cuales, 72,73% (16) fueron aceptadas (100% en reducciones de dosis). Los fármacos que precisaron reducción de dosis fueron escitalopram (10), citalopram (6), ondansetrón (2) y metoclopramida (1).

- Aproximadamente la mitad (53%) de los pacientes llevaban prescritos tres fármacos con riesgo de TdP. Un porcentaje elevado (37,34%) de los fármacos tenían riesgo definido de TdP, siendo los más prescritos fueron levofloxacino, ondansetrón y haloperidol. El 90% de los pacientes presentaban al menos un FR de sufrir TdP.

Como acción de mejora, sería necesaria una validación exhaustiva de estos fármacos por el farmacéutico e implicar más activamente al personal sanitario para disminuir la prescripción de estos fármacos, sobre todo en pacientes que presenten factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1315. DOCUMENTACION ESTANDARIZADA DE LA ATENCION FARMACEUTICA ONCOHEMATOLÓGICA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES

MANGUES BAFALLUY I, GILBERT SOTUCA M, RIUS PERERA J, RUMI CARRERA L, VALLEZ VALERO L, TABERNER BONASTRE P, PARADA SAAVEDRA FJ, SCHOENENBERGER AUNÁIS JA
HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. AVDA ALCALDE ROVIRA ROURE 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Estandarizar la información documentada por el Farmacéutico oncohematológico (FOH) en la historia clínica electrónica (eHC).

DISEÑO

El FOH deja constancia en la eHC de la atención farmacéutica (AF) realizada. Tras detectar niveles diferentes de información documentada electrónicamente, se procedió a su estandarización mediante la realización de plantillas electrónicas. El patrón para las primeras visitas contiene mayoritariamente una información general para todos los fármacos: parámetros antropométricos, ECOG, alergias medicamentosas, tratamiento domiciliario, Y otra información específica como indicación y línea de tratamiento, interacciones clínicamente significativas, tratamiento antineoplásico previo, parámetros analíticos alterados, protocolo, fármaco dispensado, dosis, frecuencia, modo de administración y conservación números de unidades dispensadas y restantes en fecha próxima visita.

Las plantillas de las visitas de seguimiento destacan cambios en el tratamiento, efectos adversos y adherencia.



CIRCUITO Y ETAPAS

La Unidad de Farmacia Oncohematológica (UFOH) realiza atención AF a pacientes en tratamiento antineoplásico oral en la Consulta Externa del Servicio de Farmacia. Durante la entrevista clínica el FOH realiza conciliación del tratamiento, validación de la prescripción, evaluación de interacciones y registro de dispensaciones para el seguimiento de la adherencia y el control logístico. Este proceso se registra en la eHC mediante la utilización de plantillas electrónicas que se encuentran en la unidad virtual del Servicio de Farmacia a la que se tiene acceso desde cualquier ordenador previamente autorizado.

Las primeras plantillas electrónicas se diseñaron en 2013 conteniendo una información básica que ha ido ampliándose (ver diseño). Cada plantilla corresponde a un fármaco. Se han elaborado plantillas de nuevos medicamentos a medida que éstos se incorporaban a los protocolos asistenciales.

IMPLANTACIÓN

Las plantillas fueron integradas de manera inmediata a las primeras visitas de antineoplásicos orales tras su elaboración y validación de su contenido por dos farmacéuticos. Actualmente se utilizan estas herramientas en el 100% de los pacientes con inicios o cambio de tratamiento antineoplásico oral.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En 2017 el FOH realizó un total de 445 primeras visitas. Se utilizaron un total de 44 plantillas correspondientes a los 44 diferentes antineoplásicos orales y tratamientos de soporte. Número de plantillas de visitas de seguimiento: 24 La información reflejada obliga a una documentación detallada que evita dudas y aumenta la seguridad del proceso especialmente en cuanto a dosis y períodos de descanso que son frecuentes en los protocolos asistenciales tanto de oncología como de hematología. Resulta de especial interés para protocolos complejos en combinación de antineoplásicos parenterales y orales para períodos específicos.

La principal limitación es el tiempo adicional que supone para el FOH un registro tan detallado de las primeras visitas. Una limitación adicional es que falta desarrollar plantillas para visitas de seguimiento de algunos antineoplásicos orales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Herramienta muy útil para la estandarización de la información documentada por diferentes FOH y que aumenta la seguridad del proceso
- La implementación de esta herramienta es económica, fácil y de aplicación inmediata en la UFOH de otros Centros Hospitalarios y ampliable a nuevos fármacos.
- La disponibilidad de las plantillas en la unidad virtual facilita y simplifica el acceso

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1360. LOOK ALIKE Y SOUND ALIKE. LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UGC FARMACIA ANTE LA ISOAPARIENCIA DE MEDICAMENTOS

AUTORES

SUÁREZ FERNÁNDEZ L, LAFUENTE FERNÁNDEZ L, GONZALO BLANCO Y, SUÁREZ FERNÁNDEZ M, PIERAS LÓPEZ A, VELASCO ROCES L
HUCA (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS). AV/ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Introducción

La isoapariencia “Look- Alike” y “Sound- Alike” de muchos de los medicamentos que dispensamos genera un problema de seguridad importante y puede dar lugar a errores de medicación en las diferentes etapas del proceso farmacoterapéutico. Las auxiliares de enfermería queremos contribuir a dar la máxima seguridad al paciente, facilitar la asistencia y evitar posibles efectos adversos o daños innecesarios, (“primun non nocere”) y conseguir el efecto deseado. Consideramos un problema serio de isoapariencia y consideramos que es preciso aplicar mejoras en el acondicionamiento primario y en el reenvasado. Por ello creemos que los errores deben asumirse como una mejora continua.

Se buscan las palabras claves, apariencia, seguridad y embalaje mediante los DeCs (descriptores de Ciencia de la Salud).

Objetivos

Incrementar la seguridad en el almacenamiento y dispensación de los medicamentos en el Área de dispensación en dosis unitarias (DDU): analizando puntos de error y proponer medidas de mejora para la reducción del riesgo. Realizar una estimación del gasto en reenvasado de aquellos fármacos que no vienen adecuados para la dispensación (principio activo, lote y caducidad).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se constituyó un grupo de trabajo en la UGC Farmacia formado por dos Farmacéuticos y cuatro Auxiliares para detectar problemas de isoapariencia visual y fonética que puedan dar lugar a errores en la DDU y analizar aquellos fallos más graves que se pudieran producir.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se detectaron los siguientes errores en el almacenamiento en el picking “U” distribuidos de la siguiente manera: medicamentos en diferentes presentaciones debido a su parecido, tanto por parte de los laboratorios farmacéuticos que adjudican un acondicionamiento primario prácticamente igual para un medicamento en distintas dosis ej. (Enalapril Belmac 10mg/Enalapril Belmac 5mg) como entre ellos para distintos medicamentos (Naloxona IM, IV 1ml/0,4mg – Kern Pharma /Haloperidol vía parenteral 1ml/5mg-Esteve). Errónea colocación de medicamentos reenvasados debido a su mismo acondicionamiento primario.



Se consideró que las reclamaciones telefónicas verbales eran fuente importante de errores de medicamentos “Sound Like” Se consensuó que los errores más graves por isopariencia podían producirse con antirretrovirales, citostáticos y peligrosos.

La necesidad de reenvasado por la falta de correcta identificación suponía una fuente importante de error y estaba en torno al 66% y un gasto (aprox 54.955 comprimidos/mes con gasto en fungibles 610€/mes, aprox 180€/mes mantenimiento, 184h/mes persona 150h jornada/mes). Se consideró crítico durante el reenvasado la cauta precaución de la selección de la secuencia haciéndose en muchas ocasiones muy complicada.

Como medidas de mejora se adoptaron:1. Implantación de tarjetas identificativas diferenciadas por colores y leyendas en los cajetines de dispensación de: antirretrovirales, citostáticos y medicamentos peligrosos (Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo, última revisión NIOSH) 2.La reeducación para la reclamación de forma verbal telefónicamente.

Conclusiones

Desde nuestro punto de vista se reduciría en un tanto % elevado de errores debidos a la isoapariencia si la industria farmacéutica colaborara y los medicamentos tuvieran un acondicionamiento primario dotado de principio activo, dosis, lote y caducidad. La implantación de un sistema del TALL MAN LETTERING o una alarma visual que alerte son medidas de reducción del riesgo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1361. ACTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PELIGROSIDAD DE MATERIAS PRIMAS EN LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

VARELA SANJURJO V, DAVILA POUSA MC, GONZALEZ FREIRE L, VAZQUEZ BLANCO S, GIMENEZ CANDELA RM, GARCIA MAYO ME, BOULLOSA LALE S, CRESPO DIZ C
HOSPITAL MONTECELO. MOURENTE, S/N. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

El documento técnico publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) “Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración” no contempla las materias primas utilizadas en la elaboración de medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH).

El objetivo de este trabajo es identificar la peligrosidad de las materias primas utilizadas en la preparación de medicamentos y establecer la correcta utilización de los equipos de protección individual (EPI) en función de la peligrosidad de éstas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las fichas de seguridad de los proveedores de materias primas del SFH (Acofarma, Fagron, Panreac, Sigma), las fichas de seguridad química (FISQ) y el documento técnico publicados por el INSHT para clasificar las materias primas en función del grado de peligro para la salud humana (H).

Tras la revisión se identificaron las materias con un código según EPI y lugar de manipulación (zona controlada/cabina). Los requisitos establecidos se incluirán en la información técnica de cada materia prima del aplicativo informático utilizado en el SFH y en los protocolos normalizados de trabajo (PNT) de cada preparación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron todas las materias primas (54 principios activos, 48 excipientes) disponibles en la cartera de productos del SFH (n=102).

No se dispone de datos del 16,7 % (n=17) de las materias primas.

El 3,1% (n=3) se encuentran recogidas en la guía publicada por el INSHT como peligrosas.

El 29,4% (n=30) no requiere ningún tipo de protección. El 1,9% (n=2) necesita únicamente protección ocular, el 3,9% (n=4) necesitan protección ocular y cutánea con doble guante, el 48,0% (n=49) necesitan además protección respiratoria con mascarilla FFP3 (triple protección) para su manipulación.

El 22,5% (n=23) de las materias primas necesitan manipulación en cabina de humos dentro de una zona controlada y separada del resto del laboratorio.

En toda manipulación realizada en el SFH se mantiene la utilización de un par de guantes, mascarillas convencionales, gorro y batas desechables.

Tras esta revisión se actualizan los PNT estableciendo el uso de doble par de guantes para materias primas que precisen este tipo de protección.

También se establece la necesidad de protección con gafas de montura panorámica, doble par de guantes y mascarillas autofiltrantes FFP3 en las materias primas que requieren triple protección.

Las mascarillas FFP3 además de utilizarlas para los medicamentos peligrosos se establecen como norma para todos los medicamentos con riesgo químico H, por riesgo potencial para la salud humana.

Conclusión

Solo un pequeño porcentaje de materias primas se incluía en la guía del INSHT.

La mayoría de las materias primas necesitaban algún tipo de protección para ser manipuladas: mascarilla FFP3, protección ocular, doble guante e incluso triple protección.

Aproximadamente un cuarto de las materias primas requería manipulación en ambiente controlado con cabina de humos. Clasificar y manipular las materias primas utilizadas en una unidad de farmacotecnia de un SFH en función de su peligrosidad es un requisito indispensable para garantizar la seguridad del manipulador y del preparado.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1413. COMPARACIÓN DE LAS AUTOEVALUACIONES DE LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS 2007 - 2017

AUTORES

PARÉS MARIMÓN RM, SALOM GARRIGUES C, SANCHEZ FRESQUET X, SERRAIS BENAVENTE J, RETAMERO DELGADO A, FERRÁNDEZ MARTÍ D, RM
CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA. AVDA. CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Conocer los resultados de la implantación de prácticas seguras en la utilización de medicamentos en el hospital y determinar si las medidas implantadas son efectivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cumplimentación on-line del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales" los años 2007 y 2017 y comparación de los resultados de los elementos clave y criterios esenciales y análisis de su evolución entre 2007 y 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La puntuación media del cuestionario ha sido del 42,84% en 2007 y del 64,06% en 2017.

En los elementos clave, las prácticas que obtienen mejores resultados en el año 2017 han sido : comunicación de las prescripciones e información sobre la medicación (82,69%)y información de los medicamentos (73,66%); mientras que la utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de medicamentos (43,48%), la competencia y formación del personal (41,43%) han obtenido los peores resultados, por debajo del 50 %.

Entre 2007 y 2017, las principales mejoras se han dado en la comunicación de las prescripciones y otro tipo de información sobre los medicamentos (50,96% y 82,69%) y la información de los medicamentos (50,45% y 73,66%). También ha mejorado notablemente la competencia y formación del personal (19,29% y 41,43%), aunque en 2017 sigue siendo el elemento clave con menor puntuación.

En los criterios esenciales se obtienen excelentes resultados en : aislamiento de los productos químicos (90%), prácticas para el control de la infección (89,29%), métodos de comunicación de las prescripciones (82,69%), existencia de un sistema cerrado de Guía Farmacoterapéutica (81,25%) y estandarización de concentraciones y dosis de soluciones intravenosas (80%). La disponibilidad de medicamentos en tiempo correcto (76,92%), el etiquetaje correcto de los medicamentos (75%), la existencia de programa para la reducción de errores (73,48%), la cualificación del personal y las cargas de trabajo (72,92%) y la accesibilidad a la información de medicamentos (70,63%) también obtienen valores relevantes.

Los peores resultados se obtienen en los sistemas de doble chequeo o procedimientos automatizados para la detección de errores (49,4%), la estandarización de los dispositivos para la preparación y administración de medicamentos (43,48%). La formación de los profesionales en relación a los medicamentos y en la prevención de errores obtienen los peores resultados , 41,67 % y 41,07%, respectivamente.

Comparando los datos entre 2007 y 2017, ha habido importantes mejoras en la puesta en marcha de un programa para la reducción de errores (23,48% y 73,48%), el aislamiento de productos químicos (50% y 90%), el establecimiento de métodos de comunicación de las prescripciones (50,96% y 82,69%) y la existencia de una Guía Farmacoterapéutica limitada (56,25% y 81,25%).

Conclusiones

La cumplimentación del cuestionario ha permitido conocer la situación actual de la implantación de prácticas seguras en la utilización de medicamentos en nuestro hospital y valorar la evolución desde el inicio de la implantación de medidas correctoras.

Todos los criterios han mejorado en mayor o menor grado lo que indica que las medidas adoptadas están siendo efectivas. A pesar de los buenos resultados y la buena evolución, siguen existiendo áreas en las que actuar.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

1424. BENEFITS OF USING MULTIPLE PHARMACOVIGILANCE METHODS IN CLINICAL PHARMACY

AUTORES

FERREIRA INÊS J, GOMES SANTOS S, OLIVEIRA DA LUZ C, FERRER . C
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA. R. CALOUSTE GULBENKIAN 1, 2600-009. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Assess the impact of different pharmacovigilance methods used in the detection and monitoring of adverse drug reactions (ADR). Characterize the severity of the detected ADR.

MATERIALES Y MÉTODOS

A descriptive observational study with a retrospective longitudinal dimension was conducted in a District Hospital. This study included all ADR detected and reported to the National Drug Regulatory Authority by the Hospital Pharmaceutical Services between January 2013 and December 2017. The ADR were characterized according to their severity and method of detection, which may originate from the pharmaceutical validation, a trigger tool, reports of other health professionals or from the process of ADR active monitoring implemented by the Hospital Pharmaceutical Services , which defined a list of medicines that are distributed accompanied by a notification form with all its described ADR, including medicines with marketing authorisation under 5 years, biological, biosimilars and vaccines for patients at risk.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

In the analyzed period, of the total of 162 ADR reported, 60% resulted from the pharmaceutical validation process, 27% from ADR active monitoring, 9% from trigger tool and 4% from reports of other health professionals. We verified that the implementation of active monitoring in 2014 contributed to 43% (16/37) of the notifications in that year and that the implementation of the trigger tool in 2015 contributed 6% (3/51) in that year, performing a gradual increase in its contribution, reaching 22% (11/51) in 2017. In these five years, these two methods implemented by the Hospital Pharmaceutical Services accounted for 36% of the total notifications, with a constant annual growth. Of the total ADRs reported, 63% were considered serious, with 22% motivating or prolonging hospitalization and 7% putting the patient's life at risk. The methods implemented in the area of pharmacovigilance are useful tools, since they contribute to the detection of ADR in the post-marketing phase. At this stage, the drugs are used in a heterogeneous population and in a real context, being essential for the detection of new ADR or to change their frequency. In this way, the pharmacist interacts with patients and health professionals, sensitizing the importance of pharmacovigilance and collaborating to the best knowledge about the profile of the drugs.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

87. IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN DE VORICONAZOL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

AUTORES

FERRADA GASCÓ A, SOLANA ALTABELLA A, MARQUES MIÑANA MR, BALLESTA LÓPEZ O, RIBES ARTERO H, BELTRÁN GARCÍA I, CENTELLES ORIA M, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL N106. VALENCIA

OBJETIVOS

Voriconazol es uno de los fármacos de elección en el tratamiento y la profilaxis de la aspergilosis invasiva tanto en pacientes adultos como en pediátricos. Las concentraciones plasmáticas predosis (Cp) consideradas como óptimas para la eficacia del tratamiento se encuentran entre 1 y 5,5 mcg/mL. En diferentes estudios se ha evaluado si con las dosis pediátricas estándar de voriconazol se logran alcanzar Cp adecuadas, mostrando una variabilidad interindividual elevada. Se describen dos casos clínicos de pacientes pediátricos con dosis ajustada de voriconazol según su monitorización farmacocinética para un correcto tratamiento antifúngico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de 2 pacientes pediátricos en tratamiento con voriconazol. Uno de ellos (paciente A) de 2 años diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda, en tratamiento con voriconazol por desarrollo de aspergiloma pulmonar con invasión del disco intervertebral de las vértebras torácicas adyacentes. El otro (paciente B) de 9 años diagnosticado de fibrosis quística y en tratamiento con voriconazol como profilaxis previa a trasplante de pulmón. Comenzaron con dosis pediátricas estándar de 8 mg/kg/12h y 6mg/kg/12h respectivamente. El paciente A tenía menos de dos años al inicio del tratamiento por lo que comenzó como uso fuera de ficha técnica. Se realizó su monitorización farmacocinética en base a niveles plasmáticos predosis mediante la técnica de inmunoanálisis-espectrofotometría.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las dosis de voriconazol IV con las que se alcanzaron Cp dentro del intervalo terapéutico fueron: en el primero de los casos 20mg/kg/12h y en el segundo se llegó a 12mg/kg/12h consiguiendo alcanzar niveles, posteriormente se tuvo que subir la dosis a 16 mg/kg/12h tras un descenso injustificado de Cp. El paciente A sufrió intoxicación por voriconazol tras la extirpación del aspergiloma por lo que se suspendió el tratamiento y se volvió a introducir a 7mg/kg/12h. Al alta se mantuvo con 15mg/kg/12h oral. La intoxicación se sospecha que fue por la generación de un tercer espacio por el aspergiloma y que tras su extirpación provocó una disminución del volumen de distribución (Vd) con el consecuente aumento de la Cp. El voriconazol es un fármaco muy lipófilo lo que le da un Vd elevada según ficha técnica (4,6 L/kg). El paciente B fue exitus previo al trasplante de pulmón debido a neumotórax a tensión izquierdo y asistolia. Los resultados obtenidos en ambos pacientes concuerdan con lo establecido en estudios previos sobre variación interindividual de Cp de voriconazol en pacientes pediátricos. Con ello se reafirma la necesidad de monitorización farmacocinética en base a niveles plasmáticos de voriconazol a fin de conseguir efectividad del tratamiento en pacientes pediátricos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

149. IMPACTO EN LA FARMACOCINÉTICA DE ABSORCIÓN DE LA DILUCIÓN DE FORMULACIONES HIPEROSMOLARES ORALES EN NEONATOS

AUTORES

DEL MORAL SÁNCHEZ JM, RUIZ PICAZO A, GONZÁLEZ ÁLVAREZ I, GONZÁLEZ ÁLVAREZ M, NAVARRO RUIZ A, BERMEJO SANZ MDV
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

La tendencia general de reducir la osmolalidad por dilución con agua en las formulaciones orales en neonatos se inició con la publicación de un documento de recomendaciones por parte del Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics. La principal recomendación fue de no administrar formulaciones con osmolalidades superiores a 400mOsm/kg por su posible relación con la enterocolitis necrotizante y daño a la mucosa gastrointestinal.

La reducción de la osmolalidad mediante la dilución puede reducir el riesgo de daño en la mucosa pero no se ha elucidado la seguridad de esta práctica ni el efecto farmacocinético en la absorción de fármacos.

El objetivo fue valorar la farmacocinética de absorción de tres fármacos (atenolol, cafeína y furosemida) formulados a diferentes osmolalidades con el fin de extrapolar los efectos de la dilución sobre la absorción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los fármacos se formularon a tres osmolalidades diferentes: hipoosmolar (150 mOsm/kg), isoosmolar (300 mOsm/kg) e hiperosmolar (1500 mOsm/kg). La osmolalidad de cada solución se ajustó con jarabe simple (2780 mOsm/kg).

El estudio farmacocinético se llevó a cabo mediante la técnica de Doluisio, en la cual, la formulación se introduce en intestino de rata estanco y se toman muestras cada 5 minutos durante 30 minutos. Cada formulación de cada fármaco se ensayó en cuatro ratas diferentes.

Las muestras fueron analizadas mediante HPLC.

La absorción se valoró en porcentaje de aumento o reducción respecto a la solución isoosmolar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Atenolol se formuló a una concentración de 0,5mg/mL y la solución hipoosmolar mostró un 193% de absorción del fármaco respecto a la isoosmolar. No hubo absorción de atenolol en el caso de la hiperosmolar.

Cafeína se preparó a una concentración de 2mg/mL. Se observó una absorción del 214% con la administración hipoosmolar y una reducción del 83% con la hiperosmolar.

Furosemida 0,1mg/mL presentó una absorción del 131% con la formulación hipoosmolar respecto a la isoosmolar y una reducción del 33% con la administración de la hiperosmolar.

La dilución de formulaciones hiperosmolares no debería ser una recomendación sistemática a la hora de la administración oral en neonatos ya que afecta marcadamente a la farmacocinética de absorción. Este hecho toma mayor sentido en aquellos fármacos de estrecho margen terapéutico o aquellos en los que cambios en la dosificación pueden comprometer la seguridad de la administración.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

195. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA A CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES.

AUTORES

BELTRÁN GARCÍA I, RUÍZ RAMOS J, CENTELLES ORIA MM, FERRADA GASCÓ A, SOLANA ALTABELLA A, RIBES ARTERO H, COMPANY ALBIR MJ, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL, N.106. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar de la efectividad de Ceftazidima-Avibactam en pacientes críticos con infecciones por bacterias Gram negativas (BGN) resistentes a carbapenems.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en una población de pacientes críticos adultos con infecciones por BGN productoras de carbapenemasas (periodo: diciembre 2016-abril 2018). Se evaluó la respuesta clínica y la mortalidad a los 30 días de Ceftazidima-Avibactam en comparación con un grupo control de 30 pacientes críticos con infecciones de BGN resistentes a carbapenems no tratados con Ceftazidima-Avibactam. La respuesta microbiológica se evaluó a través de la erradicación de las bacterias en muestras clínicas y de vigilancia epidemiológica. La comparación de proporciones se llevó a cabo mediante pruebas de Ji cuadrado (Stata).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 16 pacientes (edad media 45,2; DS 13,5 años), de los cuales 12 (75%) fueron hematológicos. Los principales focos infecciosos fueron pulmón 8 (50%) y catéter 5 (31,5%). Las bacterias más prevalentes fueron *K. pneumoniae* [9 pacientes (56,2%)] y *P. aeruginosa* [4 pacientes (25%)]. El tratamiento con Ceftazidima-Avibactam se asoció a una mayor respuesta clínica al tratamiento (75% vs 53,3%; $p=0.152$) y a una menor mortalidad a los 30 días (12,5% vs 43,3%; $p=0.049$). En cuanto a la respuesta microbiológica, se observó una mayor tasa de erradicación respecto al grupo control (76,9% vs 10,7%; $p < 0,01$).

Conclusiones

El tratamiento con Ceftazidima -Avibactam frente a otras terapias antibióticas en pacientes críticos con infecciones por BGN multirresistentes está asociado a una mayor respuesta clínica y menor mortalidad a los 30 días, así como a una mayor tasa de erradicación microbiológica.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

197. ANÁLISIS DE ERRORES DE CONCILIACIÓN: IMPORTANCIA DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN URGENCIAS

AUTORES

SÁNCHEZ GUNDÍN J, MARCOS PÉREZ G, CUERDA CLARES MT, CAMACHO PIÑA EE, FERNÁNDEZ BLANCO L, PORTELA SOTELO A, MARTÍN NIÑO I, BARREDA HERNÁNDEZ D
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAD DONANTES DE SANGRE, 1. CUENCA

OBJETIVOS

Analizar los errores de conciliación detectados en un Servicio de Urgencias (SU) de pacientes que van a ingresar en las unidades médico-quirúrgicas. Describir frecuencia y tipo de errores de conciliación identificando los grupos farmacológicos más implicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo, seis meses de duración (Octubre'17-Marzo'18), llevado a cabo en el SU de un hospital de segundo nivel con presencia física de un farmacéutico (10.00h-15.00h lunes-viernes). La historia farmacoterapéutica completa fue recopilada por el farmacéutico mediante entrevista clínica con el paciente en base a la historia farmacoterapéutica del programa de Atención Primaria (Turriano®) e informes previos de alta hospitalaria y/o consultas externas (Mambrino XXI®).

Pacientes incluidos: mayores de 65 años y/o polimedicados no institucionalizados.

Datos recopilados: edad, sexo, número de medicamentos crónicos y errores de conciliación, clasificados en:

- Error de comisión: prescripción médica de medicamento que paciente no toma.
- Error de dosis: prescripción médica de medicamento con distinta dosis a la que el paciente toma.
- Error de frecuencia horaria: prescripción médica de medicamento con distinta frecuencia horaria a la que el paciente toma.
- Error de omisión: ausencia de prescripción médica de medicamento que paciente toma.

Además, se analizaron los errores de conciliación que implicaban medicamentos de alto riesgo según el proyecto español MARC (listado 1; medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos, 2014) y medicamentos que generan síndrome de retirada (listado 2; Documento de consenso de conciliación de medicamentos en los SU, grupo REDFASTER, 2012).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se conciliaron 491 pacientes. Edad media: 80 años (rango: 47-102), ligero predominio masculino (54%). Cada paciente tomaba una media de 7 medicamentos crónicos (rango: 2-21). Se registraron 129 pacientes (26%) con errores de conciliación (1,4 errores/paciente) y se consideraron 32% errores de comisión, 24% frecuencia horaria, 22% omisión y 22% dosis.

En cuanto al listado 1, se detectaron 15 errores de conciliación con digoxina (frecuencia), 8 antidiabéticos orales (omisión; pacientes diabéticos sin ninguna prescripción antidiabética), 5 inmunosupresores (omisión, dosis), 4 citostáticos orales (comisión sunitinib y lenalidomida, frecuencia ciclofosfamida, omisión letrozol), 3 amiodarona (comisión, omisión), 3 anticoagulantes orales (dosis), 3 espironolactona (frecuencia), 2 metotrexato (frecuencia), 2 cabamazepina (frecuencia) y 2 ácido acetilsalicílico (omisión). Para los medicamentos incluidos en ambos listados, se detectaron 17 errores con benzodiazepinas y análogos (omisión, comisión), 15 beta-bloqueantes (dosis, frecuencia) y 6 opioides (comisión, dosis). Respecto al listado 2, se detectaron 14 errores con antidepresivos (omisión, comisión), 4 pregabalina (frecuencia, omisión), 2 antiparkinsonianos (dosis) y 1 moxonidina (omisión).

Conclusiones

Aproximadamente uno de cada 4 pacientes que ingresan en alguna de las áreas médico-quirúrgicas desde el SU presentan algún error de conciliación. Estos errores de conciliación pueden conllevar resultados negativos asociados a la medicación sobre todo cuando se trata de medicamentos de alto riesgo y/o medicamentos que generan síndrome de retirada, pudiendo alargar la estancia en el SU e incluso el tiempo de hospitalización. Por ello, la presencia física de un farmacéutico en el SU y como consecuencia el seguimiento farmacoterapéutico y detección de errores de conciliación aumenta la seguridad del paciente y la calidad del proceso asistencial.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

234. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS LLEVADAS A CABO UN FARMACEUTICO INTERNO RESIDENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

GONZÁLEZ VAQUERO D, MARTOS ROSA A, CASTRO VIDA MA, PINTO NIETO CM, URDA ROMACHO J, ACOSTA ROBLES PJ
HOSPITAL DE PONIENTE. CARRETERA DE ALMERIMAR S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar y cuantificar las intervenciones farmacéuticas (IF) llevadas a cabo por un Farmacéutico Interno Residente durante el periodo de rotación en el servicio de Urgencias (SU)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de las IF en el servicio de urgencias llevadas a cabo por un residente durante el periodo de rotación (Abril de 2018) en horario laboral (8-15h). Datos recogidos durante el periodo de estudio: Número de IF

totales, grado de aceptación de las IF, IF aceptadas /día, número de pacientes, sexo, edad, IF aceptadas/paciente, tipo de intervenciones, clasificación de IF aceptadas según el tipo de IF: adecuación de dosis, ajuste de pauta, inicio tratamiento crónico, suspensión de tratamiento, resolución de consultas, inicio de tratamiento, ajuste de tratamiento en insuficiencia renal (IR), adecuación de tratamiento antibiótico, intercambio de equivalentes terapéuticos incluidos en la guía farmacoterapéutica, adecuación de la vía de administración, adecuación de la forma farmacéutica. Fármacos sobre los que se ha intervenido según clasificación ATC y motivo de ingreso. Se analizaron las IF aceptadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Número de IF totales: 131. Grado de aceptación de las IF: 102(77,86%). IF aceptadas/día: 4,6. Numero de pacientes: 76 de los cuales 56(73,7%) hombres. Edad media: 71 años. IF /paciente: 1,3. Tipo de IF: 20(19,6%) cambios de dosis, 18(17,6%) ajustes de pauta, 17(16,7%) inicios de tratamiento crónico, 13(12,7%) suspensiones de tratamiento, 10(9,8%) resoluciones de consultas, 9(8,8%) inicio de tratamiento, 8(7,8%) ajuste de tratamiento en IR, 3(2,9%) recomendaciones antibióticas, 2(2%) intercambios terapéuticos, 1(1%) adecuación de la forma farmacéutica, 1(1%) cambio de vía de administración. Fármacos sobre los que se ha intervenido según clasificación ATC: 16(15,7%) antitrombóticos antagonistas de la vitamina K, 15(14,7%) antitrombóticos inhibidores de la agregación plaquetaria, 12(11,8%) antitrombóticos grupo heparina, 10(9,8%) insulinas y análogos, 6(5,9%) antibacterianos betalactámicos, 4(3,9%) nitritos, 4(3,9%) fluorquinolonas, 3(2,9%) antimicobacterias, 3(2,9%) inhibidores de la bomba de protones, 3(2,9%) laxantes osmóticos, 3(2,9%) preparados antianémicos, 2(2%) antiepilépticos, 2(2%) antiarrítmicos clase III, 2(2%) antipsicóticos, 2(2%) diuréticos, 15(15%) otros. Motivo de ingreso: 17(16,7%) insuficiencia respiratoria, 13(12,3%) fibrilación auricular, 13(12,3%) insuficiencia cardiaca, 10(9,8%) infarto agudo de miocardio, 8(7,8%) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 4(3,9%) sepsis, 4(3,9%) hemorragia digestiva alta, 3(2,9%) fractura de cadera, 3(2,9%) edema agudo de pulmón, 3(2,9%) encefalopatía hepática, 3(2,9%) Infección del tracto urinario, 3(2,9%) rectorragia, 2(2%) anafilaxia, 2(2%) colecistitis, 2(2%) crisis hipertensiva, 2(2%) discoagulación, 2(2%) hipotensión, 2(2%) hematemesis, 6(6%) otros.

Conclusiones

El 77,86% de las IF fueron aceptadas con éxito tras consensuar con el facultativo de urgencias. La mayoría de las intervenciones se realizaron sobre los fármacos antitrombóticos antagonistas de la vitamina K. La media de edad de los pacientes en los que se realizaron las IF fueron en > 65 años, población frágil de riesgo en los que la patología mas frecuente fue la cardiaca. Cabe destacar que casi la décima parte de las intervenciones realizadas fueron consultas al farmacéutico en el momento de la prescripción que si no hubiese estado de presencia física en urgencias no se hubieran podido resolver.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

267. ENFERMEDAD DE FABRY Y TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO: ANÁLISIS DE LA RESPUESTA EN UNA SERIE DE CASOS

AUTORES

PÉREZ ROBLES T, ÁLVAREZ CRIADO J, JIMENEZ NUÑEZ C, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. P^ª DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la respuesta al tratamiento enzimático sustitutivo (TES) en pacientes con enfermedad de Fabry (EF) en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las características clínicas y evolutivas de pacientes con EF en TES hasta junio de 2016 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables de las historias clínicas de los pacientes: edad, sexo, edad y manifestaciones clínicas al diagnóstico, preparado enzimático, dosis, pauta, y duración del TES. Las variables de evolución clínica incluyeron variables renales: eventos renales, creatinina sérica, filtración glomerular y proteinuria. Variables cardiacas: eventos cardiacos, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y fibrosis cardiaca. Variables cerebrovasculares: eventos cerebrovasculares.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 5 pacientes (3 varones y 2 mujeres) con EF entre 38-66 años. Un paciente fallecido (caso 1) y los otros cuatro pertenecientes a una misma familia (casos 2-5) y permanecen vivos en la actualidad con TES. El diagnóstico se produjo antes de la segunda década de la vida en los casos 2 y 3, y entre la tercera y cuarta década de la vida en los otros tres pacientes (caso 1, 4 y 5). En todos los pacientes estaba presente el dolor y las acroparestesias, la córnea verticillata en 2/5 y los angioqueratomas en 3/5. Con respecto a la afectación orgánica sólo el paciente del caso 1 presentaba afectación multiorgánica; renal (insuficiencia renal grado 3 con proteinuria), cardiaca (HVI leve) y cerebrovascular (infartos lacunares). En los otros 4 pacientes sólo dos (casos 3 y 4) presentaban HVI leve. Todos los pacientes recibieron agalsidasa alfa en perfusión intravenosa a dosis de 0,2mg/kg cada 2 semanas. La duración del TES fue de 5 años en el caso 1 y de 15 años en los otros 4 pacientes (casos 2-5). En el caso 1, mejoró el dolor y las acroparestesias tras el inicio del tratamiento, pero la enfermedad renal, cardiaca y cerebrovascular inicial progresó presentando insuficiencia renal terminal con trasplante renal, ictus grave, HVI grave y falleció finalmente por shock mixto. En los otros 4 pacientes se controló el dolor neuropático tras el inicio del TSE, la función renal ha permanecido estable sin proteinuria, pero todos presentaron HVI sin fibrosis, leve en los casos 2 y 3 y severa en los otros dos pacientes con infarto cardiaco en el caso 4. Con respecto a la afectación cerebrovascular, en 3 de los 4 pacientes se observaron lesiones en sustancia blanca en la resonancia tras inicio del TES.

La respuesta al TES en los 5 pacientes del estudio fue variable.

La función renal se mantuvo estable excepto en el paciente con afectación renal inicial.

La afectación cardíaca apareció o progresó durante el TES en todos los pacientes en mayor o menor grado.

A nivel cerebrovascular se observó un aumento de lesiones cerebrales en la mayoría de los pacientes aunque sólo en uno de ellos hubo repercusión clínica.

El TES no impide la progresión de la enfermedad, aunque si puede sugerir un enlentecimiento de la misma dependiendo en gran medida del grado de afectación orgánica inicial. No hay datos suficientes que afirmen un beneficio clínico en aumento de supervivencia para los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

320. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, GONZALEZ PEREZ-CRESPO MC, ESCONDRILLAS GOMEZ LM, VINEY . AC, CONESA NICOLAS E, NUÑEZ BRACAMONTE S, LLORET LLORCA A, SARRIO MONTES G
C.H. UNIVERSITARIO STA. MA DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación a las Guías de práctica Clínica (GPC) y a las fichas técnicas de las prescripciones de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo mediante la revisión de la historia clínica informatizada de los pacientes adultos y pediátricos tratados con IgIV desde Junio 2017 hasta Enero 2018. Las variables recogidas a partir de la historia clínica informatizada fueron: edad, sexo, peso, servicio prescriptor, pauta de administración e indicación. Las GPC empleadas fueron: Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use del British Health Department publicada en 2008 con su posterior actualización en 2011 y su traducción y adaptación por el Grupo Español de Medicamentos Hemoderivados (GEMEH) y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 78 pacientes con una edad media de 60,85 años (rango entre 1-89) de los cuales 43 (55,13 %) fueron hombres y 35 (44,87%) mujeres. Las prescripciones se realizaron por los siguientes servicios: 45,70% Neurología (45), 23,08% Neumología (18), 16,67% Hematología (13), 7,70% Inmunología (6), 3,85% Pediatría (3), 2,56% Medicina Interna (2) y 1,28% Reumatología (1).

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Nivel de evidencia A la : 27 (34,62%) prescripciones de los cuales 10 (12,82%) fueron Miastenia Gravis, 7 (8,97%) Púrpura Trombocitopenica idiopática, 7 (8,97%) Neuropatía motora multifocal, 6 (7,69%) Síndrome de Guillain Barré, 6 (7,69%) Polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica y 1 (1,28%) Enfermedad de Kawasaki; Nivel de evidencia A IIb: 1 prescripción (1,28%) con diagnóstico de Leucemia linfocítica crónica; Nivel de evidencia B Ia: 10 (12,82%) prescripciones con diagnóstico de Miastenia Gravis; Nivel de evidencia B IIb: 17 (21,80%) prescripciones de los cuales 16 (20,51%) fueron Inmunodeficiencia primaria y 1 (1,28%) Agammaglobulinemia ligada al gen X; Nivel de evidencia C III: 15 (19,23%) prescripciones con diagnóstico de déficit de Anticuerpos secundarios. Se identificaron 2 (2,56%) indicaciones grises con diagnósticos de Polimiositis y Neuromiotonía. Las 6 indicaciones restantes (7,69%) no se encuentran recogidas en las GPC ni en la ficha técnica siendo: 1 (1,28%) Polineuropatía diabética sensitiva, 1 (1,28%) Polineuropatía alcohólica, 1 (1,28%) Mononeuropatía múltiple, 1 (1,28%) Panarteritis nodosa cutánea, 1 (1,28%) Proteonolisis alveolar secundaria y 1 (1,28%) Poliartritis desmielinizante.

El grado de adecuación a las GPC fue del 92,31% y el 55,7% de las indicaciones están recogidas en las fichas técnicas de los preparados administrados.

Conclusiones

Actualmente, el grado de adecuación de las prescripciones de IgIV a las GPC en nuestro hospital es alto, aunque se han detectado varias indicaciones no recogidas en ellas ni en las fichas técnicas. Los problemas de suministro relacionados con los preparados y su alto impacto económico ponen de manifiesto la importancia de revisar las indicaciones para las cuales se prescriben.

Consideramos necesario en nuestro hospital la elaboración, por el servicio de farmacia y los servicios médicos implicados, de un protocolo de uso que asegure la disponibilidad y su adecuada utilización, priorizando aquellas indicaciones con mayor grado de evidencia y minimizando o evitando su uso en indicaciones donde la evidencia es baja o nula.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

328. EFECTIVIDAD DE LA NALTREXONA A DOSIS BAJAS EN EL TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO BENIGNO FAMILIAR

AUTORES

SOCORO YUSTE N, RIQUELME MC LOUGHLIN C, RUIZ BOY S, MASCARÓ GALY JM, LOPEZ CABEZAS MC
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. CTRA. CILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia en la práctica clínica de la naltrexona formulada a dosis bajas en pacientes con diagnóstico de pénfigo benigno familiar (PBF) o Enfermedad de Hailey-Hailey.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se prepararon cápsulas de naltrexona de 1,5 y 3 mg en el laboratorio de farmacotecnia a partir de comprimidos recubiertos de 50 mg. Para ello, los comprimidos se trituraron y tamizaron con la finalidad de eliminar la cubierta

del comprimido y homogeneizar el pulverizado. A continuación, dicho polvo se mezcló con el excipiente (celulosa microcristalina) y se encapsuló en cápsulas del nº4.

Al iniciar el fármaco, a los pacientes se les realizó un cuestionario DLQI (Dermatology Life Quality Index) como herramienta para medir la calidad de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad. Este cuestionario cuantifica las respuestas en una escala de 0 a 30 puntos, siendo 30 la máxima afectación en la calidad de vida.

Para evaluar la efectividad clínica, dado que no existe una escala de medida objetiva de la afectación cutánea para el PBF, la evolución clínica de los pacientes se realizó principalmente mediante iconografías. Así mismo, se midió el área de superficie afectada mediante el BSA (Body surface area) y se realizó una escala propia para poder cuantificar la gravedad de las lesiones según si eran erosiones húmedas, erosiones secas, lesiones reepitelizadas o eritema/hiperpigmentación post-inflamatoria (de mayor a menor gravedad respectivamente). Igualmente, se valoró la tolerancia subjetiva de los pacientes al tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Serie prospectiva de 9 pacientes, con una mediana de edad de 57 años (rango intercuartil 14,5) diagnosticados de PBF de varios años de evolución, sin mejoría con tratamientos tópicos ni sistémicos habituales. Entre ellos, los pacientes habían recibido tratamiento con corticoides sistémicos, antibióticos y fármacos como acitretino, doxiciclina, metotrexato, ciclosporina, oxibutinina, dapsona e hidroxicloquina.

En 7 pacientes, se inició tratamiento con naltrexona a dosis de 1,5 mg, incrementándose a 3 mg en 5 de ellos y hasta 4,5 mg en un paciente por no presentar respuesta a dosis inferiores. En 2 pacientes con mayor afectación cutánea, se inició el fármaco a dosis de 3 mg; uno de ellos aumentó a 4.5 mg y el otro fue el único paciente que requirió disminuir a 1.5 mg por mala tolerancia. Finalmente, dos pacientes suspendieron el tratamiento por efectos adversos secundarios como náuseas y malestar general. La evaluación de la calidad de vida previa al tratamiento con naltrexona a través del DLQI demuestra afectación leve en un paciente (valor de 4), afectación moderada en otro (6 puntos) y afectación muy importante (> 10) en el resto. Tras una media de 4 meses de tratamiento con naltrexona, el 78% de los pacientes presenta una evolución favorable de la enfermedad refiriendo tanto disminución en la superficie corporal afectada, como en la gravedad y en la duración de las lesiones cutáneas sin haber experimentado efectos secundarios remarcables con el tratamiento. En conclusión, la utilización de naltrexona a dosis bajas podría ser un tratamiento eficaz en el control del pénfigo benigno familiar.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

394. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS DURANTE LA ROTACIÓN DE CUARTO AÑO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

MARTÍN RIZO L, ARNÁIZ DIEZ S, BARRIGA RODRÍGUEZ P, CABA HERNÁNDEZ C, MALPARTIDA FLORES M, MARTÍN CILLERO MT, DOBRITO PALLÉS AM, FERNÁNDEZ LISON LC
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. AVENIDA PABLO NARANJO S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas por el residente de cuarto año durante la rotación clínica por la unidad de cuidados intensivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo de dos meses de duración durante los cuales el residente de cuarto año se incorporó a la unidad de cuidados intensivos del hospital. El residente acudió diariamente al pase de guardia y posteriormente pasó visita con el médico valorando todos los aspectos del paciente (analíticos, microbiológicos y nutricionales). Se detectaron los problemas relacionados con la medicación (PRM) y se comunicó al médico responsable las diferentes alternativas. Las intervenciones realizadas se recogieron en una tabla Excel con los datos demográficos de los pacientes (obtenidos a través de la historia clínica informatizada), el PRM detectado, una breve descripción del PRM, el tipo de intervención farmacéutica, el grupo terapéutico implicado en la intervención según la clasificación ATC (Clasificación anatómica, terapéutica y química) y la aceptación o no por parte del equipo médico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recogieron datos de 16 pacientes, 75% varones y 25% mujeres, con una edad media de 65 años (45-77).

Los PRM detectados se clasificaron en indicación (58%), seguridad (29%) y efectividad (13%).

Se realizaron un total de 31 intervenciones con una media de 1,93 intervenciones por paciente y distribuidas de la siguiente forma: Modificación de dosis y/o intervalo terapéutico (25,8%), Necesidad de soporte nutricional (25,8%), Información de medicamentos (16,1%), desescalada de antibióticos (13%) intercambio terapéutico (9,7%), recomendación de monitorización farmacocinética (6,4%) y ajuste por insuficiencia renal (3,2%).

Los grupos terapéuticos donde se clasificaron los fármacos intervenidos fueron: Sistema cardiovascular (C) 19,3%, Antiinfecciosos de uso sistémico (J) 45%, Preparados hormonales sistémicos (H) 3,2% y Sistema nervioso (N) 6,4%. El 26,1% restante pertenecían al grupo de los dietoterápicos.

La aceptación de las intervenciones realizadas fue de un 93,5%

Conclusiones

A través del alto porcentaje de aceptación conseguido con las intervenciones realizadas se deduce que la incorporación del fármaco a la unidad de cuidados intensivos puede ayudar a los facultativos en la toma de decisiones. Además, se consigue mejorar el uso de la farmacoterapia previniendo posibles errores de medicación. Todo ello repercute de forma positiva en la seguridad del paciente.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

400. IMPACTO CUANTITATIVO DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

SUCH DIAZ A, MIR MONTERO M, TEJEDOR PRADO P, BIBIANO GUILLEN C, ESCOBAR RODRIGUEZ I
HOSPITAL INFANTA LEONOR. GRAN VIA DEL ESTE, 80. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el impacto cuantitativo de la incorporación de un fármaco en Urgencias a tiempo parcial en la revisión de tratamientos y la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

MATERIALES Y MÉTODOS

En marzo del 2017 se incorporó un fármaco al pase de visita del área de observación del Servicio de Urgencias (OBS) colaborando en la conciliación de la medicación y la revisión farmacoterapéutica de las prescripciones. En octubre del 2017 se amplía la colaboración al área de observación de corta estancia (OSI).

Realizamos un estudio observacional retrospectivo comparando el porcentaje de pacientes revisados respecto al total de atendidos en estas áreas (PR), así como el porcentaje de pacientes conciliados (PC) y PRMs detectados en dos periodos; el primero sin la presencia a tiempo parcial del fármaco en el Servicio de Urgencias (validación habitual de prescripciones con historia clínica electrónica y dispensación automatizada de medicación) (febrero 2016 a febrero 2017); y el segundo periodo de marzo de 2017 a marzo de 2018.

Otras variables:

Número de PRM detectados (según Tercer Consenso de Granada), destacando los tres tipos con mayor diferencia entre los dos periodos y tipos de PRM que disminuyeron en el segundo periodo.

Número de PRM de medicamentos de alto riesgo según ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos).

Calculamos la potencia para demostrar superioridad en el segundo periodo en PR y PC considerando $\Delta=10\%$ con el programa estadístico Ene 3.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Primer periodo: 81.654 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, de los cuales 3.619 estuvieron en OBS y OSI.

1.422 pacientes fueron revisados (39,29%) y 1.216 conciliados (33,60%).

373 (30,67%) presentaban errores de conciliación.

El fármaco intervino en 717 pacientes (50,42%) detectando 1.018 PRMs (1,42 por paciente intervenido).

Segundo periodo: 85.0682 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, de los cuales 3.810 estuvieron en OBS y OSI.

2.106 pacientes fueron revisados (55,27%) y 1.774 conciliados (45,9%).

569 (46,79%) presentaban errores de conciliación.

El fármaco intervino en 1.262 pacientes (59,92%) detectando 1.927 PRMs (1,53 por paciente intervenido).

Detectamos un aumento del 40,7% (15,99% diferencia absoluta) en PR (potencia 99,98% para detectar una diferencia absoluta del 10%, suponiendo 3619 pacientes en ambos grupos con un nivel de significación del 95%).

En el caso PC, la potencia calculada para detectar una diferencia absoluta del 10% fue del 64,44%, con un nivel de significación del 95%.

El número de PRM de medicamentos de alto riesgo aumentó de 188 en el primer periodo (18,47% de las intervenciones realizadas) a 274 (19,41% de las intervenciones realizadas).

Los tres tipos de PRM que más aumentaron fueron probabilidad de efectos adversos, errores en prescripción y problema de salud insuficientemente tratado. El único PRM que disminuyó en el segundo periodo fue contraindicación.

Conclusiones

La colaboración en la conciliación y revisión de tratamientos de un fármaco a tiempo parcial en áreas de observación y de corta estancia del Servicio de Urgencias aumentó significativamente el porcentaje de pacientes revisados por un fármaco.

Estos resultados animan a ampliar la colaboración del fármaco con el Servicio de Urgencias.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

450. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ALFA-1-ANTITRIPSINA: PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL VERSUS EVIDENCIA

AUTORES

ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, MENARGUEZ BLANC R, MARTÍNEZ TORRÓN A, LÁZARO LÓPEZ E, ORDOÑEZ FERNANDEZ L, CARRILES FERNANDEZ C, VELASCO ROCES L
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA, S/N, 33011 ., ASTURIAS

OBJETIVOS

Alfa-1-antitripsina (A1AT) es un hemoderivado utilizado desde hace décadas como tratamiento sustitutivo en pacientes con déficit. Las últimas revisiones publicadas han puesto en entredicho su eficacia. La guía de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) a pesar de que cuestiona la eficacia en pacientes con un volumen espiratorio forzado el primer segundo (FEV1) < 30% o > 65% establece como criterios de inicio un valor de FEV1 < 80%. Debido a la falta de concordancia entre los estudios de eficacia y los criterios de uso se hace una revisión del uso del tratamiento sustitutivo en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes a tratamiento sustitutivo con A1AT en el año 2017 en el hospital.

Se revisó el cumplimiento de los parámetros clínicos de inicio de tratamiento (SEPAR) > 18 años, déficit concentraciones

séricas de A1AT inferiores al 35% de la normalidad; fenotipo deficiente PiZZ o variantes raras deficitarias; no fumadores al menos en los últimos 6 meses; enfisema pulmonar demostrado por clínica y por la relación FEV1/ capacidad vital forzada < 70% y FEV1 < 80% o con pérdida acelerada de función pulmonar durante al menos un año en los casos con FEV1 del 70-80%, descartar el déficit de IgA. También se evaluó si se realiza el seguimiento recomendado (guía SEPAR): espirometría, (semestral), volúmenes pulmonares estáticos (anual) prueba de transferencia de monóxido de carbono (CO) (anual) gasometría arterial y pruebas de esfuerzo (según clínica) determinación de enzimas hepáticas (anual) radiografía de tórax (bianual o si aparecen nuevos síntomas). También se recogieron otras variables: duración del tratamiento, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios relacionados con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y si eran candidatos a trasplante. La información se obtuvo del de la historia clínica electrónica Cerner-Millennium®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2017 trece pacientes con enfisema panacinar clínicamente demostrable recibieron tratamiento sustitutivo A1AT. Uno de los pacientes suspendió tratamiento al recibir un trasplante pulmonar mientras que 3 iniciaron durante el mismo año. La mediana de tratamiento fue de 53 meses (3-216). La totalidad de los pacientes cumplieron los criterios de inicio de tratamiento aunque sólo el 69% tiene una FEV1 entre 30-65%(9). El 30% (4) de los pacientes acudió a urgencias por su patología pulmonar (EPOC) mientras que el 38% tuvo algún ingreso en el servicio de neumología. El 46% (5) eran candidatos a trasplante (uno fue trasplantado).

Respecto a los criterios de seguimiento, el 58% tenía realizada la espirometría, el 9% los volúmenes pulmonares, otro 9% la transferencia de CO, el 27% la determinación de enzimas hepáticas y el 18% la radiografía de tórax.

El tratamiento con A1AT está instaurado en la práctica clínica habitual basado en un supuesto retraso en el deterioro de la función pulmonar cada vez más cuestionado y cuantificado con un parámetro tan poco sensible como el FEV1. El seguimiento de los pacientes es bastante laxo. Debería realizarse un exhaustivo análisis coste-efectividad: considerando el tiempo hasta trasplante o supervivencia global y que es un fármaco de alto impacto con importantes costes directos y también indirectos asociados a su administración hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

479. PERFIL DE TOLERANCIA DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

CALVO SALVADOR M, SANABRIAS FERNANDEZ DE SEVILLA R, MENCHEN VISO B, ALVAREZ REPILADO A, SANZ RODRIGUEZ S, FOLGUERA OLIAS C, GUMIEL BAENA I, SANCHEZ GUERRERO A
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad crónica de mal pronóstico y con escasas opciones terapéuticas. Recientemente, ha sido comercializado en España nintedanib, un fármaco que actúa como inhibidor de multiquinasas implicadas en la síntesis de factores de crecimiento de tejido fibrótico, retrasando así la progresión de la enfermedad.

Objetivo

Analizar el perfil de efectos adversos de nintedanib y las estrategias terapéuticas llevadas a cabo para controlarlos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se identificaron aquellos pacientes con diagnóstico de FPI tratados con nintedanib desde julio de 2015 hasta marzo de 2018. Las variables estudiadas fueron: antecedentes relacionados con el riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias y hábito tabáquico), tolerancia, y duración del tratamiento.

Además, se analizaron las causas principales por las que se interrumpió la toma del medicamento (intolerancia o progresión de la enfermedad).

Como material de apoyo se revisó la ficha técnica e informe de posicionamiento terapéutico de nintedanib y la base de datos Up to date.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se trataron 10 pacientes, de los cuales un 80% (8) eran hombres y un 20% (2) mujeres, con una media de edad de 67.6 (49-78) años. Todos los pacientes tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular, siendo el 80% (8) exfumadores, el 60% (6) hipertensos, el 50% (5) dislipémicos y un 20% (2) diabéticos. El efecto adverso (EA) más común fue la alteración a nivel gastrointestinal (GI), produciéndose diarreas en el 70% (7) de los pacientes, que no siempre fueron controladas con loperamida. En un paciente este EA provocó una reducción puntual de dosis durante un periodo de 4 meses.

Los EA condujeron a la suspensión del tratamiento en tres pacientes. Uno de ellos suspendió el tratamiento temporalmente durante un mes, al presentar alteraciones GI y hepatitis tóxica. Hubo dos suspensiones definitivas, una de ellas por diverticulitis con perforación, y la otra por diarreas no controladas.

Cuatro pacientes no presentaron ningún EA reseñables, pudiendo deberse en tres de ellos al breve periodo de exposición al fármaco, con una media de 75 días de tratamiento.

El principal efecto adverso observado asociado al uso de nintedanib fue la diarrea. Pese a ello, continuaron con el tratamiento la mayoría de los pacientes. En aquellos casos en que no se controló con antidiarreicos, fue necesaria una reducción de dosis. La suspensión del tratamiento se llevó a cabo en pacientes que presentaron diverticulitis con perforación o diarrea grave no controlada.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

486. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y PERSISTENCIA DE PIRFENIDONA Y NINTEDANIB EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.

AUTORES

DEL OLMO REVUELTO MA, RODRIGUEZ BARBERO J, PRADA LOBATO J, RAMIS RIERA X, CASTELLANO HERRADOR JJ, QUINTANA VELASCO F
HOSPITAL RÍO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Describir la efectividad, el perfil de seguridad y la persistencia a los 12 meses de los tratamientos con pirfenidona y nintedanib en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática que reciben pirfenidona o nintedanib entre diciembre de 2012 y diciembre 2017.

Se utiliza el programa de gestión de Farmacia Hospitalaria (Farmatools®) para identificarlos y la historia clínica electrónica (SiClínica®) para recoger los siguientes datos: fármaco, capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de transferencia de monóxido de carbono (DLCO) al inicio del tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses, efectos adversos, dosis recibida, duración de tratamiento y motivo de suspensión.

Para evaluar la efectividad se seleccionan los pacientes con una duración de tratamiento ≥ 6 meses y registro de CVF y DLCO a los 6 y/o a los 12 meses. Y se define como falta de efectividad una reducción mayor del 10% en la CVF y/o del 15% en DLCO, en alguno de los dos momentos.

La persistencia de los tratamientos a 12 meses se analiza recogiendo las suspensiones de tratamiento, por cualquier causa, en los 12 primeros meses de tratamiento. Para este análisis se excluyen los pacientes con tratamiento actualmente y que lleven menos de 12 meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el período de estudio 31 pacientes recibieron tratamiento antifibrótico: 16 con pirfenidona, 11 con nintedanib y 4 recibieron primero pirfenidona y luego nintedanib.

Para evaluar la efectividad disponemos de datos de CVF y DLCO a los 6 y/o 12 meses, en 12/20 pacientes con pirfenidona y en 9/15 pacientes con nintedanib. Cumplieron algún criterio de falta de efectividad 4/12 pacientes con pirfenidona y 5/9 con nintedanib, 4/5 continúan con el tratamiento.

Presentaron efectos adversos 15/20 (75%) pacientes con pirfenidona, requiriendo reducción de dosis en 9 y la posterior suspensión en 7 pacientes, 3 de ellos recibieron posteriormente nintedanib. Los efectos adversos registrados fueron: alteraciones gastrointestinales 9 pacientes, pérdida de peso 4, mareo 3, alteraciones cutáneas 3, malestar 3 y hepatotoxicidad 2. Con nintedanib presentaron efectos adversos 12/15 (80%) pacientes, requiriendo reducción de dosis en 5 y la posterior suspensión en 4 pacientes. Los efectos adversos registrados fueron: alteraciones gastrointestinales 9 pacientes, pérdida de peso 6, malestar 1, hematuria 1 e hipertensión 1 paciente.

La persistencia a los 12 meses de pirfenidona fue de 10/19 (53%) pacientes, y con nintedanib 7/13 (54%) pacientes. Se excluyeron de este análisis un paciente que llevaba 5 meses con pirfenidona y dos pacientes que llevaban 4 y 11 meses con nintedanib.

Conclusiones

- Según las pruebas de función respiratoria, pirfenidona podría tener una efectividad mayor que nintedanib en la muestra estudiada.

- Pirfenidona y nintedanib presentan una elevada incidencia de efectos adversos, que requieren con frecuencia la interrupción del tratamiento. Los efectos adversos más frecuentes son las alteraciones gastrointestinales.

-La persistencia a los 12 meses es similar con ambos fármacos, casi la mitad de los tratamientos se interrumpen antes de un año.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

497. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS EN URGENCIAS

AUTORES

GARCÍA SACRISTÁN AA, BLÁZQUEZ ROMERO C, QUIROS AMBEL H, DOMINGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUAREZ S, RUBIO SALVADOR AR, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Analizar la prescripción potencialmente inadecuada (PPI) en pacientes ancianos polimedicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y analítico de dos meses de duración (Marzo-Abril de 2018), realizado en el Servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 65 años, polimedicados (≥ 5 fármacos) que acudían a urgencias y estaban en observación al menos 24 h.

Se recogieron: sexo, edad, número de fármacos prescritos, patologías crónicas asociadas y tipo de domicilio (familiar/residencia). Los datos se extrajeron de la historia clínica y la prescripción a través del programa de unidosis Farmatools®.



Las PPI se definieron como aquellas correspondientes a los criterios incumplidos a partir del análisis de los criterios "Screening Tool of Older Person's prescriptions" (STOPP). Se identificó cada una de las PPI y se clasificaron por grupos de acuerdo a lo que se establece en los criterios STOPP: A-Sistema Cardiovascular, B-Sistema nervioso central y psicofármacos, C-Sistema gastrointestinal, D-Sistema respiratorio, E-Sistema musculoesquelético, F-Sistema urogenital, G-Sistema endocrino, H-Fármacos que actúan negativamente en pacientes propensos a caerse, I-Analgésicos y J-Clase de medicamento duplicada.

Los datos se recogieron en Excell®2013 y el análisis estadístico se realizó con SPSS®21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 86 pacientes, 50% (43) eran mujeres, con una edad media de 80,9 años (65-100). La media de fármacos prescritos fue de 10,1 (SD:3,8) y la media de patologías crónicas de 5,5 (SD:1,9), siendo las más prevalentes la hipertensión arterial (72,1%), cardiopatía isquémica (47,7%) y diabetes mellitus (41,9%). Además el 58,1% (50) estaba en residencia familiar.

Tras el análisis de los criterios STOPP, se identificaron un total de 165 PPI (1,9 PPI/paciente): el 14,0% (12) de los pacientes no tuvieron ninguna PPI, el 59,3% (51) tenían uno o dos PPI y el 26,7% (23) ≥ 3 PPI.

Según el tipo de PPI, las más frecuentes fueron: el uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga o con metabolitos de larga duración 13,3%(22), el empleo de inhibidores de la bomba de protones sin indicación justificada o utilizados a dosis plenas ≥ 8 semanas en enfermedad ulcerosa péptica, de reflujo gastroesofágico o esofagitis 7,3%(12) y el empleo de ácido acetilsalicílico sin indicación 6,1%(10).

Según los grupos de los criterios STOPP: el 26,7% (44) pertenecían al grupo A, 24,2%(40) al grupo B, 13,9%(23) al grupo C, 6,8% (12) al grupo D, 10,2% (18) al grupo E, 6,2% (11) al grupo F, 0,6% (1) al grupo G, 1,2% (2) al grupo H, 4,0% (7) al grupo I y 3,0% (5) al grupo J.

Se encontró asociación directamente proporcional entre el número de fármacos prescritos en el tratamiento de los pacientes vs número de PPI con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,010$).

En nuestra serie de pacientes podemos observar como las PPI son frecuentes, existiendo al menos una PPI en el 86% de ellos con el aumento del riesgo de reacciones adversas. El empleo de benzodiazepinas de forma prologada, ha sido la PPI observada con mayor frecuencia. La relación estadísticamente significativa entre el número de fármacos prescritos vs número de PPI confirma que aquellos pacientes con ≥ 5 fármacos deben ser objeto fundamental de intervención por parte del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

513. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

SANTOS SAN SEGUNDO M, MAIQUES LLÁCER J, CEBOLLA BELTRÁN T, RAGA JIMÉNEZ C, TRIPIANA RALLO M, CONDE GINER S, JUAN AGUILAR M, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDA DE BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de inmunoglobulinas intravenosas inespecíficas (IgIVs) en un hospital de tercer nivel; y en base a las Guías de Práctica Clínica valorar el grado de evidencia y recomendación de las indicaciones, con el objetivo de racionalizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo durante 2016 y 2017 en el que se incluyeron todos los pacientes, adultos y pediátricos, tratados con IgIVs, tanto ambulatorios como hospitalizados, de todas las especialidades médicas. A partir de la revisión de las historias clínicas informatizadas (Abucasis®) y del registro de dispensaciones de hemoderivados del Servicio de Farmacia, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, indicación, servicio prescriptor, dosis y pauta posológica. Los consumos se recogieron mediante la consulta del programa informático Alumbra®. Para clasificar las indicaciones, se utilizó la adaptación española de la Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use del British Health Department. Esta guía clasifica las indicaciones según su grado de recomendación, evidencia y prioridad de tratamiento mediante un sistema de colores: ROJO (máxima prioridad, sin alternativas terapéuticas), AZUL (hay evidencia, existen alternativas) y GRIS (evidencia débil, considerar alternativas).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 107 pacientes (80 adultos, edad mediana 59,75 años [IQR: 40,06-73,71] y 27 pediátricos, edad mediana 3,61 años [IQR: 1,97-6,57]), de ellos un 49% fueron mujeres. Las IgIVs se utilizaron en 26 indicaciones distintas, 5 no contempladas en la Guía y solo 6 de ellas estaban aprobadas en ficha técnica. El 32,71% de las prescripciones correspondieron al servicio de neurología, el 24,30% a pediatría, el 22,43% a hematología y el 20,56% a los servicios restantes. Respecto a la prioridad del tratamiento, en un 50,47% de los pacientes las indicaciones fueron rojas, un 20,56% azules, un 19,63% grises, un 1,87% no recomendadas y un 7,48% no incluidas en la Guía. Indicaciones rojas: púrpura trombocitopénica idiopática (21; 19,63%), síndrome de Guillain-Barre (15; 14,02%) y otras (18; 16,82%). Indicaciones azules: miastenia gravis (11; 10,28%), déficits secundarios de anticuerpos (6; 5,61%) y otras (5; 4,67%). Indicaciones grises, en las que se podían haber considerado antes otras alternativas, encefalitis (10; 9,35%) y otras (11; 10,28%). Indicaciones no recomendadas, esclerosis múltiple (2; 1,87%). Indicaciones que no estaban en la guía (8; 7,48%). En base a la misma guía, se realizó el análisis del grado de recomendación/evidencia de las indicaciones: recomendación/evidencia A/la 40,19% (43), recomendación/evidencia B/la 10,28% (11), recomendación/evidencia B/IIb 4,67% (5),



recomendación/evidencia C/III 35,51% (38) y sin clasificar o no recomendado 9,35% (10). El gasto económico total fue de 481.420€ en el año 2016 y de 584.862€ en el año 2017. El aumento del consumo en un año fue de 103.442€ (21,49%) y de 3.062 gramos de IgIVs.

En el entorno del estudio, las IgIVs son utilizadas mayoritariamente en indicaciones justificadas sin otras alternativas terapéuticas. Sin embargo, el aumento de su uso en indicaciones con niveles bajos de evidencia y recomendación, y el alto impacto económico que suponen, hace necesario introducir protocolos de racionalización que garanticen un equilibrio adecuado donde priorizar indicaciones en momentos de desabastecimiento.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

553. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NUSINERSEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO I

AUTORES

JIMÉNEZ NÚÑEZ C, SOBRINO JIMÉNEZ C, RODRÍGUEZ MARTÍN E, ÁLVAREZ CRIADO J, MORENO PALOMINO M, PÉREZ ROBLES T, GONZÁLEZ DEL VALLE L, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Estudiar la eficacia y seguridad de nusinersen en pacientes pediátricos con Atrofia Muscular Espinal (AME) tipo I.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes pediátricos diagnosticados con AME tipo I tratados con nusinersen hasta abril de 2018. A partir de la historia clínica de los pacientes se obtuvieron los datos de edad, sexo, edad de diagnóstico y de inicio de tratamiento, número de dosis administradas, número de copias del gen SMN2 y puntuación en las escalas motoras medidas (Alberta Infant Motor Scale o AIMS, Hammersmith expandido, CHOP-INTEND). Para evaluar la eficacia del tratamiento se utilizaron los datos de las escalas motoras utilizadas, comparando el valor basal con el último disponible en abril de 2018. La seguridad se evaluó a partir de las reacciones adversas atribuibles a nusinersen.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 12 pacientes, 6 niños y 6 niñas, con una mediana de edad de 30,16 meses, todos ellos diagnosticados de AME tipo I antes de los 10 meses. Ocho de ellos poseían 2 copias del gen SMN2 y 4 de ellos presentaban 3.

El tratamiento fue administrado según la pauta indicada en ficha técnica, mediante dosis de 12 mg los días 0, 14, 28, 63, y a partir de esas 4 dosis de carga, dosis de mantenimiento cada 4 meses, por vía intratecal mediante punción lumbar. Hasta abril de 2018, los pacientes habían recibido una mediana de 5,5 dosis de nusinersen, habiéndose administrado a todos ellos al menos las primeras 4 dosis de carga.

En la evaluación de la función motora, 8 de los pacientes (67%) presentaron mejoría en la puntuación de las escalas motoras respecto a la basal, 7 de ellos medida mediante la escala AIMS y uno de ellos usando la escala CHOP-INTEND. Un paciente (8%) presentó empeoramiento en la valoración motora, y en otro se mantuvieron los valores basales. En 3 de ellos (25%) no se han podido obtener datos comparables de la puntuación de escalas motoras.

Respecto a la seguridad del nusinersen, se notificaron reacciones adversas transitorias en los días posteriores a la infusión en tres pacientes: un paciente presentó cefaleas, otro cefalea y vómitos, y un tercero sufrió mareos y disminución de la frecuencia cardíaca.

Conclusiones

- Nusinersen es el primer medicamento autorizado para tratar la AME, mostrando en los estudios una mejora en la función motora, respiratoria y la supervivencia de los pacientes con AME tipo I
- La mayoría de pacientes tratados en práctica clínica presentó mejoría en la puntuación de las escalas motoras, aunque los resultados fueron variables
- Nusinersen puede considerarse un fármaco seguro, siendo la principal reacción adversa notificada la cefalea
- Los datos para la evaluación del fármaco fueron difíciles de obtener, sobre todo los relacionados con la función respiratoria. Además, su interpretación y comparación fue costosa
- El protocolo establecido por el Ministerio de Sanidad para una óptima recogida de datos permitirá evaluar correctamente este fármaco en términos de eficacia y seguridad

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

559. EFECTIVIDAD DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO AL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

LARÍA CAMPAÑA C, GIL CENDRERO MJ, DÍAZ DE ANTOÑANA SAÉNZ V, PAVÍA PESQUERA MC, RUIZ RAMOS J, RIBES ARTERO H, RAMÍREZ VILARIÑO G, CASO GONZÁLEZ A
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar el impacto económico que supone la incorporación de un fármaco al equipo de trabajo de una Unidad de Medicina Intensiva (UMI). Secundariamente se estudió el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas en el Servicio Clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado durante 1 mes (enero 2018) en un Hospital General de 600 camas. La historia clínica y prescripciones de los pacientes se analizaron a partir de la información obtenida de forma presencial en las sesiones clínicas diarias de la UMI, así como a través de los programas de prescripción médica electrónica y validación farmacéutica del hospital.

Se analizó:

- Nº de intervenciones farmacéuticas.
- Grado de aceptación de las intervenciones en el Servicio Clínico.
- Tipo de intervención (clasificación).
- Ahorro económico derivado de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras revisar a diario la evolución clínica de los pacientes (100) y las prescripciones médicas, se propusieron cambios o mejoras en el 85% de los mismos. La edad media de los pacientes fue de $62,01.3 \pm 9,3$ años. Se realizó un total de 126 intervenciones, de las cuales 99 (78,6%) fueron aceptadas, 15 (11,9%) rechazadas y 12 (9,5%) fueron consultas directas realizadas por los facultativos al farmacéutico. Las intervenciones farmacéuticas se clasificaron en las siguientes categorías:

- Suspensión del tratamiento: 26 intervenciones propuestas, de las cuales 92,3% fueron aceptadas.
- Conciliación de la medicación al ingreso en UMI: 23 intervenciones propuestas, 82,6% aceptadas.
- Cambio de vía de administración (terapia secuencial): 20 intervenciones propuestas, 80% aceptadas.
- Ajuste de dosis por insuficiencia renal: 16 intervenciones propuestas, 87,5% fueron aceptadas.
- Adaptación galénica a la administración por sonda nasogástrica: 10 intervenciones propuestas, 100% aceptadas.
- Otros: 19 intervenciones, 90% aceptadas.

Teniendo en cuenta solo los costes directos, las intervenciones farmacéuticas realizadas estudio implicaron un ahorro económico real de 521,21 €/mes. El ahorro anual total, tomando como hipótesis que dicho ahorro se hubiese mantenido de forma mensual, hubiera sido de 6.254,52 €.

CONCLUSIONES

- Se realizaron intervenciones farmacéuticas para optimizar la prescripción médica en el 85% de los pacientes, de las cuales, el 78,6% fueron aceptadas.
- El ahorro mensual, en cuanto a costes directos, logrado con dichas intervenciones fue de 521,21 €. El ahorro hubiera sido probablemente mayor de haber tenido también en cuenta los costes indirectos.
- En caso de haber dispuesto de un mayor tiempo de estudio, quizá se hubiera podido establecer una relación entre estas intervenciones y la mortalidad y tasa de reingresos de los pacientes.
- La incorporación del farmacéutico hospitalario como parte fundamental de un equipo multidisciplinar en la UMI, implica un ahorro económico considerable a nivel hospitalario, así como posibles beneficios clínicos para los pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

567. USO DE SIROLIMUS TÓPICO EN PEDIATRÍA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES

GUISADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, MOLEÓN RUIZ M, BERNABÉU WITTEL J, MEJÍAS TRUEBA M, RODRÍGUEZ RAMALLO H, ÁLVAREZ DEL VAYO BENITO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N.

OBJETIVOS

Revisar sistemáticamente la documentación científica existente sobre el uso de sirolimus tópico en la edad pediátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis crítico de los trabajos recuperados en las bases bibliográficas MEDLINE (vía PubMed), EMBASE y SCOPUS, utilizando los términos “topical” AND “sirolimus OR rapamycin” AND “child* OR pediatric*”, como término libre en título y resumen. Los criterios de inclusión fueron: estudios con metodología cualitativa o cuantitativa, originales o casos clínicos, a todos los niveles asistenciales, que describiesen la patología para la que se utilizó la fórmula magistral sirolimus tópico, y sin límite de fecha. Se excluyeron aquellos trabajos identificados como duplicados, estudios no clínicos (in vitro o in vivo), trabajos realizados exclusivamente en pacientes adultos, en idiomas distintos del español e inglés y artículos en los que no se pudo acceder al texto completo.

Se recogieron los siguientes datos: año de publicación, tipo de estudio, características de la población de estudio, indicación, concentración de fórmula magistral sirolimus y resultados del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recuperaron 276 trabajos, de los que al aplicar los criterios de inclusión/exclusión, fueron seleccionados 32. Los datos recogidos fueron:

- Años de publicación: 2010-2018.
- Tipos de estudio: casos únicos o series de casos (29 artículos=90,6%) y ensayos clínicos (3 artículos=9,4%).
- Características de la población: 23 artículos (71,9%) incluían niños de todas las edades y 9 (28,1%) incluían niños y adultos.
- Se identificaron 27 artículos (84,4%) donde la indicación de tratamiento eran lesiones cutáneas asociadas a esclerosis tuberosa (24 publicaciones sobre angiofibroma facial, 1 sobre máculas hipomelánicas, 1 sobre fibroma subungueal y 1 sobre el tratamiento de varios tipos de lesiones cutáneas asociadas a esclerosis tuberosa). En el resto de artículos la indicación de uso fue: 2 linfangioma circunscrito, 1 neurofibroma en Neurofibromatosis tipo I, 1 tricoepitelioma familiar múltiple y 1 malformaciones capilares.
- Concentración fórmula magistral sirolimus:
 - Angiofibroma facial (AF) en esclerosis tuberosa: sirolimus 0,1% (45,8% de estudios), sirolimus 0,2% (16,7%), sirolimus 0,4% (8,3%) y sirolimus 1% (8,3%). Un estudio (4,2%) no indicaba la concentración usada y 4 publicaciones (16,7%)

utilizaron varias concentraciones entre 0,003-1%. Una de éstas, un ensayo clínico con sirolimus tópico 0,05, 0,1 y 0,2%, establece como concentración óptima 0,2%.

- Otras manifestaciones de esclerosis tuberosa: máculas hipomelánicas (sirolimus 0,2%), fibroma subungueal (sirolimus 0,1%) y varios tipos de lesiones cutáneas (sirolimus 1%).
- Linfangioma circunscrito: sirolimus 1%.
- Neurofibroma en Neurofibromatosis tipo I: sirolimus 0,02%.
- Tricoepitelioma familiar múltiple: sirolimus 1%.
- Malformaciones capilares: sirolimus 1%.

-Es un tratamiento bien tolerado y efectivo. La efectividad se midió en función de la mejoría subjetiva de las lesiones, salvo en 4 publicaciones de AF en esclerosis tuberosa donde los pacientes alcanzaron reducciones en el índice FASI (facial angiofibroma severity index).

Conclusiones

El uso de sirolimus tópico en Pediatría es diverso siendo el más común el AF en esclerosis tuberosa. Existe heterogeneidad en la concentración utilizada en las fórmulas magistrales tópicas, sobre todo en AF. El alto precio del principio activo hace que la optimización de la concentración de sirolimus sea una opción a considerar especialmente en pacientes con enfermedad estable.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

599. PREDICTING THE RISK OF PROLONGED LENGTH OF STAY AFTER ELECTIVE SURGERY

AUTORES

REIS PARDAL J, BRIEGAS MORERA D, GARCÍA LOBATO E, FERRIS VILLANUEVA M
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVENIDA DE ELVAS, S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

To develop a model to predict the risk of prolonged length of stay (LOS) in patients undergoing elective surgery.

MATERIALES Y MÉTODOS

The study included patients aged 18 or older who had undergone elective surgery in an orthopedic specialized hospital between January 1, 2018 and April 30, 2018. Patient data were obtained from medical records. LOS was determined from the date of surgery to the date of discharge. Prolonged LOS was defined as > 5 days. Body mass index (BMI) and age at admission were the predictor variables. Patients who were underweight (< 18 kg/m²) were excluded from the study. Multivariable analysis was performed using binary logistic regression. Discrimination was assessed with the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve. Calibration was evaluated using the Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test. The Nagelkerke R-squared statistic was used to assess overall performance.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Of a total of 160 patients, 114 (71.3%) were women and 104 (65.0%) were age 65 or older. Of this cohort, 82 patients (51.3%) had a prolonged LOS. A total of 33 patients (20.6%) were normal weight (18.5 kg/m²–24.9 kg/m²), 72 (45.0%) were pre-obese (25.0 kg/m²–29.9 kg/m²) and 55 (34.4%) were obese (≥30 kg/m²). Both obesity and age were significant risk factors of prolonged LOS (p-value of < 0.05). The model presented a non-statistically significant result for the Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test (p-value of > 0.05), which indicated a strong agreement between actual and expected probability of prolonged LOS. ROC curve analysis revealed an AUC value near to 0.80, indicating nearly a good discrimination for outcome prediction. The model had a Nagelkerke R-squared value of almost 33%.

Patients who are older and obese tend to stay in the hospital longer after surgery. The model developed can be used to enable hospital pharmacists to tailor services to patients at high risk of prolonged LOS after elective surgery.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

629. PRESCRIPCIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA EN PEDIATRÍA

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, MARTÍNEZ ROCA C, FERNÁNDEZ BARGIELA N, GIMENEZ ARUFE V, MONDELO GARCÍA C, YAÑEZ GOMEZ P, MARTIN HERRANZ I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

El acceso a medicamentos en situaciones especiales está contemplado en el Real Decreto 1015/2009. La falta de estudios en pediatría implica que el empleo de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas sea más habitual que en adultos con los problemas de seguridad que ello conlleva en una población especialmente vulnerable. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de prescripciones fuera de ficha técnica (FFT) en los pacientes pediátricos dados de alta en un hospital de nivel terciario, comprobar si éstas se iniciaron durante el ingreso, analizar las características de las prescripciones, examinar si existe suficiente evidencia para su uso y señalar si el seguimiento farmacoterapéutico se realiza o no a nivel hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de un mes de duración. Se incluyeron todos los pacientes < 15 años dados de alta entre el 1 y el 31 marzo 2018. Se revisó la medicación al alta hospitalaria y se seleccionaron aquellos pacientes con alguna prescripción de medicamentos FFT, comprobándose si éstas se habían iniciado durante el ingreso y si la dispensación se



realizaba desde el Hospital o mediante receta a nivel ambulatorio. Se realizó el análisis individual de cada prescripción FFT y la agrupación de las mismas según su condición de uso FFT (edad, indicación, vía de administración, posología), servicio clínico y grupo terapéutico. Se estudió la existencia de evidencia científica considerando como tal los casos documentados en las bases de datos Pediamecum® y/o UpToDate®. Fuente de datos: historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron dados de alta durante el período de estudio 239 pacientes (131 varones y 108 mujeres) con una edad media de 4,8 años. El 11,3% de los pacientes fueron dados de alta con alguna prescripción FFT (65,4% un medicamento, 23% dos medicamentos y 11,6% tres o más medicamentos). El 45% de las prescripciones FFT se iniciaron durante el ingreso y el 55% fueron continuaciones del tratamiento domiciliario previo. Los motivos que condicionaron su uso FFT: 76,1% edad, 15,3% posología, 4,3% indicación y 4,3% vía administración. La distribución por servicios: 30,8% Cardiología Infantil, 27% Lactantes, 15,4% Pediatría general, 11,5% Oncohematología, 11,5% Cirugía Pediátrica, 3,8% otros. La distribución por grupo terapéutico: 27,5% Sistema cardiovascular, 25% Sangre y órganos hematopoyéticos, 17,5% Tracto alimentario y metabolismo, 15% Antiinfecciosos uso sistémico, 5% Sistema nervioso, 10% otros. En un 7,5% de los casos no se encontró evidencia de uso en Pediamecum® ni UpToDate®. En un 57,5% de los casos la dispensación se realizó a nivel hospitalario y en un 42,5% a través de oficina de farmacia.

La prescripción de medicamentos FFT en pediatría no se restringe al ámbito hospitalario. El ingreso hospitalario incrementa en un 7,5% la probabilidad de recibir un medicamento FFT. Este estudio recoge la práctica clínica respecto al uso de medicamentos FFT y pone de manifiesto la necesidad de extremar las medidas de control y regulación que garanticen una administración segura de medicamentos en la población pediátrica, que debido a sus particularidades, tiene un riesgo aumentado de sufrir problemas relacionados con los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

644. INTERVENCIONES DEL FARMACÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

MARTÍNEZ TURRIÓN J, GARCIA-AVELLO FERNANDEZ-CUETO A, MEJIAS TRUEBA M, GIL NAVARRO MV, RODRIGUEZ RAMALLO H, MUÑOZ BURGOS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir las intervenciones realizadas por los farmacéuticos residentes durante su rotación clínica en la unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel.

Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas entre el equipo médico y el resultado sobre la farmacoterapia del paciente crítico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo. Se recogieron todas las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo por los residentes durante un periodo de 5 meses (noviembre 17 – marzo 18) en los cuales los farmacéuticos estuvieron integrados en los equipos asistenciales y participaron activamente en el pase de sala. Se consideraron intervenciones tanto las recomendaciones proactivas de los farmacéuticos como la resolución de dudas y consultas por parte del resto del equipo asistencial.

Las variables recogidas fueron: número de ingresos en la unidad, número de intervenciones realizadas, clasificación ATC del fármaco implicado, tipo de intervención y grado de aceptación.

Las intervenciones se clasificaron en 10 grupos: Ajuste de posología, monitorización niveles, suspensión de un tratamiento, cambio de p.a. / especialidad, conciliación de tratamiento domiciliario, recomendación de administración, interacción medicamentosa, simplificación de tratamiento, duplicidad y otros

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio se produjeron 1084 ingresos en la unidad de cuidados intensivos. Se realizaron 127 intervenciones en un total de 87 pacientes (1 intervención por cada 8 pacientes ingresados).

El grupo de medicamentos en el que se realizaron la mayor parte de las intervenciones fue en el grupo J "Antiinfecciosos" (76 intervenciones, 60%) seguidos por orden del grupo B "Sangre – Líquidos Corporales - Nutrición" (18 intervenciones, 14,2%), grupo A "Digestivo – Metabolismo" (8 intervenciones, 6,3%), grupo N "Sistema Nervioso" (8 intervenciones, 6,3%), grupo V "Otros Fármacos" (7 intervenciones, 5,5%), grupo R "Aparato respiratorio" (3 intervenciones, 2,36%), grupo H "Hormonas" y grupo L "Antineoplásicos (2 intervenciones, 1,57%) y finalmente grupo C "Cardiovascular, grupo G "Genitourinario – Hormonas Sexuales" y grupo M "Aparato locomotor (1 intervenciones, 0,79%)

El tipo de intervención más frecuente fue ajuste de posología (48 intervenciones, 37,8%) seguido de monitorización de niveles (18 intervenciones 14,17%) y suspensión de fármacos (15 intervenciones 11,81%). El grado de aceptación de las intervenciones fue del 93,2%.

En conclusión, la introducción de la figura del farmacéutico en la unidad de cuidados intensivos permite la optimización de la farmacoterapia de los pacientes críticos, especialmente mediante los ajustes posológicos y la monitorización de niveles plasmáticos de fármacos. La mayor parte de las intervenciones estuvieron relacionadas con fármacos antiinfecciosos y con la fluidoterapia /nutrición de los pacientes. El porcentaje de aceptación de las intervenciones fue superior al 90%, lo que indica un alto grado de inclusión del farmacéutico en los equipos multidisciplinares y en la toma de decisiones clínicas.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

652. EVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN A LAS GUÍAS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR.

AUTORES

ALCARAZ SANCHEZ JJ, SALCEDO LOBERA E, LINARES ALARCÓN A, MORALES LARA MJ, ASENSI DIEZ R
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar y describir el tratamiento de la hipertensión pulmonar (HP), así como su adecuación a la bibliografía actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de pacientes adultos con HP que durante el año 2017 estuvieron con tratamiento específico. Para ello se consultaron la historia clínica y las dispensaciones desde hace 10 años. Se recogió la edad, sexo, servicio prescriptor, clasificación clínica de la HP (Niza, 2013), Clase Funcional (según la clasificación de la NYHA/OMS), fármacos y tiempo en cada línea de tratamiento, si había habido cambios de estrategia en el último año, grados de recomendación-evidencia en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) y si la indicación del tratamiento estaba aprobada en ficha técnica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A lo largo del año 2017 42 pacientes recibieron tratamiento específico para la HP, 74% mujeres, cuya media de edad era $57,9 \pm 14,9$ años. Servicios prescriptores: Neumología y Medicina Interna con 15 pacientes cada uno, y Cardiología con 12. Clasificación según diagnóstico: 25 pacientes pertenecientes al grupo 1 de HAP (3 HAP idiopática, 11 asociada a enfermedad del tejido conectivo, 1 a infección por VIH, 1 a hipertensión portal, 7 a cardiopatías congénitas y 2 sin especificar), 2 al grupo 2 de HP secundaria a enfermedad del corazón izquierdo, 1 al grupo 3 de HP secundaria a enfermedad pulmonar, 7 al grupo 4 de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTC), 1 al grupo 5 de HP de mecanismo desconocido y/o multifactorial, 3 mixtas y 3 sin categorizar en ningún grupo.

A 30/42 pacientes se les clasificó en función de su Clase Funcional (CF) (4 niveles) resultando: 4 clase 1, 11 clase 2, 3 clase 2-3, 8 clase 3, 4 clase 3-4, de menor a mayor gravedad según su sintomatología.

Desde el año 2008: media de $1,83 \pm 1,06$ líneas de tratamiento por paciente, 1,83 fármacos por paciente específicos empleados para la HP y mediana de $14,5(1-116)$ meses de duración de cada tratamiento sin recibir cambio alguno.

En diciembre de 2017 los fármacos empleados para combatir la HP fueron: antagonistas de los receptores de endotelinas (ARE) (28 pacientes), inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPD-5) (25), estimuladores de la guanilato-ciclasa (4), prostaglandinas (3) y selexipag (6), estando 23/42 pacientes en monoterapia, 13/42 en biterapia y 6/42 en triterapia (5/42 con selexipag+ARE+IPD-5 y 1/42 con epoprostenol+ARE+IPD-5)

El grado de recomendación-evidencia (GR-E) de los tratamientos para la HAP fueron: 5 pacientes con GR-E 1A, 8 con 1B, 2 con 2aC, 3 con 2bC, 3 eran CF 1 para los que no hay GR-E y 6 no pudieron analizarse por no disponer de la CF. 20 tratamientos no cumplían con la indicación aprobada en ficha técnica (IAFT) y 17 sí (5 sin categorizar).

Conclusiones

La mayoría de nuestra población se clasificó como grupo 1. El tiempo con cada tratamiento es muy alto, lo que implica generalmente un buen control de la enfermedad. Generalmente el tratamiento pautado suele contar con un alto GR-E aunque en la mayoría de ellos alguno de los fármacos o todos no cuentan con la IAFT. La elección selexipag+ARE+IPD-5 se postula como una buena alternativa en los pacientes con CF alta.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

661. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES

PINTADO ÁLVAREZ A, ALCARAZ SÁNCHEZ JJ, LINARES ALARCÓN A, GALLEGO FERNÁNDEZ C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N.

OBJETIVOS

Describir y analizar el tratamiento específico de la hipertensión pulmonar (HP) en pediatría en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes pediátricos que durante el año 2017 recibieron tratamiento específico para la HP en la consulta de pacientes externos del servicio de Farmacia. Se agruparon los pacientes según la clasificación de Dana Point 2008. Se determinó sexo, edad, fármaco específico inicial y cambios, clase funcional, nº de hospitalizaciones, días de ingreso, control actual de la enfermedad y si habían sido sometidos a un cateterismo cardíaco y/o trasplante. Para evaluar a los pacientes se usa la Clasificación Funcional de la NYHA, para la cual es imprescindible realizar la prueba del cateterismo cardíaco derecho (CCD), que los clasifica en 4 clases de menor a mayor gravedad. Todos los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y el programa de dispensación a pacientes externos (Athos®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 24 pacientes con una media de edad de $8,2 \pm 6$ años, 58% varones. Clasificación según diagnóstico: 21 pacientes pertenecen al grupo 1 de hipertensión arterial pulmonar (HAP) (17 asociada a cardiopatía congénita, 2 hipertensión pulmonar del recién nacido, 1 idiopática y 1 hereditaria), 1 al grupo 2 HP asociada a enfermedad corazón izquierdo, 1 al grupo 3 HTP asociada a enfermedad parénquima pulmonar y 1 mixta entre grupo 1 y 2. Se encontraban en seguimiento por el servicio de cardiología 20 pacientes, 2 por pediatría general y 1 por ambos.

16 pacientes fueron sometidos a la prueba del CCD enclavándose 6 de ellos en clase III, 4 en clase I, 2 en clase II y en los otros 4 restantes no se recogió el resultado de la prueba.

Al final del estudio 11 pacientes estaban en tratamiento específico combinado (9 biterapia sildenafilo+bosentán, 1 biterapia macitentan+sildenafil y 1 triterapia bosentán+sildenafil+selexipag) y 13 en monoterapia (6 con sildenafil, 5 con bosentán y 2 con macitentan). A lo largo del estudio 2 pacientes estuvieron tratados con epoprostenol iv en algún momento, siendo uno de ellos el que está actualmente en tratamiento con selexipag. 2 de los pacientes con macitentan llevaron anteriormente bosentán, fármaco que tuvieron que suspender por alteraciones hepáticas producidos por éste. Tanto macitentan como selexipag son fármacos usados fuera de la ficha técnica (FT) del medicamento (16,6% del total los pacientes)

Se realizaron un total de 29 ingresos en el año 2017 con una media de 21,3 días de estancia hospitalaria por paciente.

Conclusiones

Existe una alta proporción (71%) de HAP asociada a cardiopatía congénita y baja de HAP idiopática (4%), muy distinto a lo que encontramos recogido en la bibliografía, al igual que la mayor prevalencia en varones que en mujeres.

Los médicos prescriptores de nuestro centro se adaptan por lo general a las indicaciones fijadas por la FT de los medicamentos. Únicamente se salen de estas indicaciones por razones de seguridad mayores (2 casos de alteraciones hepáticas por bosentán) o en el caso de ser necesaria la triterapia con fármacos específicos.

A pesar de la corta edad de nuestra cohorte acumularon gran cantidad de ingresos hospitalarios.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

664. EXPERIENCIA DE USO DE ACIDO QUENODESOXICÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA

AUTORES

JUEZ SANTAMARÍA C, CHICA MARCHAL AM, DIAZ JIMENEZ I, MUÑOZ GARCIA I, VINEY . AC, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLAS E, LLORET LLORCA A
C.H.UNIVERSITARIO STA. M^A DEL ROSELL - STA. LUCÍA. MEZQUITA, S/N. PARAJE LOS ARCOS. SANTA LUCIA. MURCIA

OBJETIVOS

Describir las manifestaciones clínicas y analíticas de los pacientes con xantomatosis cerebrotendinosa(XCT) tratados con ácido quenodesoxicólico(AQDC) en un hospital de tercer nivel. Objetivo secundario: analizar el coste asociado al tratamiento anual.

La XTC es una enfermedad rara producida por un déficit en la enzima esteroil-27-hidroxilasa codificada en el gen CYP27A1. Su deficiencia provoca una reducción de la síntesis de AQDC y un aumento de su producto de oxidación, el colestanol, medido de forma analítica como betacolestanol. Éste se acumula en ciertos tejidos, produciendo alteraciones neurológicas y psiquiátricas, cataratas y xantomas en los tendones. Además, se asocia con una diarrea crónica. El AQDC es el único tratamiento disponible para la XTC pudiéndose asociar a estatinas para potenciar su acción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde 1994 a 2018, en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de XCT en el área de influencia del hospital. Se recogieron datos de la historia clínica informatizada(SELENE[®]) y física de los pacientes y del programa de gestión(SAVAC[®]). Los datos incluidos fueron: edad, sexo, tratamiento concomitante para la enfermedad, fecha de diagnóstico, interrupciones en el tratamiento y sus causas, datos analíticos (concentración de betacolestanol), evolución clínica y coste.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 2 hombres y 1 mujer de 51, 54 y 50 años respectivamente. Todos ellos se diagnosticaron por su clínica y alteración del perfil lipídico; en uno de ellos se realizó test genético que confirmó una mutación en el gen CYP27A1. Todos están actualmente en tratamiento con AQDC, dos con dosis de 750mg/día y uno 1000mg/día. Dos pacientes han combinado su tratamiento con estatinas. Todos los pacientes presentan alteraciones conductuales y se encuentran en tratamiento psiquiátrico. Dos fueron intervenidos de cataratas. Uno presentó un xantoma en el tendón de Aquiles que le fue extirpado de forma parcial. Otro paciente presentó diarrea crónica que sólo mejora en tratamiento con Loperamida. Los valores de betacolestanol se encontraron en rango para pacientes en tratamiento con AQDC(36-102µmol/litro en suero); sin embargo, se incrementaron durante la suspensión del mismo por problemas de suministro y volvieron a niveles normales al reintroducir el fármaco. Además, un paciente empeoró el estado de la marcha y necesitó aféresis que retirase el betacolestanol acumulado en sangre durante 1 año. Todos los pacientes presentan clínica estable en la actualidad, sin presentar ninguna reacción adversa debido al AQDC. Actualmente presentan una concentración de betacolestanol de 18,6, 14,7 y 22,8 µmol/litro.

El coste anual con AQDC en los 3 pacientes es de 533562,48€

Conclusiones

Los pacientes presentan buena tolerancia al medicamento sin efectos secundarios graves que puedan ser susceptibles de una mala adherencia.

La discontinuidad en el tratamiento de los pacientes durante un tiempo supuso un empeoramiento de los síntomas y evolución de la enfermedad. Esta discontinuidad fue debida a un desabastecimiento temporal del medicamento.

El tratamiento con AQDC parece ser eficaz en estos pacientes con XCT dados los resultados obtenidos en parámetros clínicos y analíticos a excepción de un paciente que requirió terapia con aféresis.

El coste del tratamiento anual de esta enfermedad supone un alto porcentaje del gasto farmacéutico total.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

668. UTILIDAD DEL PACK DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

BÁEZ GUTIÉRREZ N, RINCÓN FERRARI MD, CASADO MÉNDEZ M, PÉREZ BLANCO JL, GUIADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, MARTÍNEZ TURRIÓN J, RODRÍGUEZ RAMALLO H
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de un pack de fármacos prohemostáticos (PFP) dentro de un Protocolo de Transfusión Masiva (PTM) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

En noviembre de 2014 se aprobó en nuestro centro un nuevo PTM que recoge la localización de de un pack de fármacos prohemostáticos (PFP) en cuatro unidades estratégicas del hospital, (en las neveras del quirófano de Urgencias, la Sala de Emergencias, la UCI pediátrica y la Sala de despertar), para que pueda ser empleado con inmediatez y de acuerdo con un diagrama de decisión centrado en la tromboelastrometría ROTEM.

El PFP está compuesto por fibrinógeno (3 gramos), complejo protrombínico (CP) (1800 UI) y ácido tranexámico (4 gramos). Además, se incluye un impreso para registrar la utilización y su adecuada reposición.

MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, incluyendo los pacientes en los que se empleó el PFP desde noviembre de 2014 hasta octubre de 2017.

Se analizó el uso del pack en el grupo de pacientes en los que se había activado el PTM y se recogieron las siguientes variables: demográficas (sexo y edad), causa del shock hemorrágico, componentes del pack empleados y dosis usadas. La información se obtuvo de los impresos de reposición del PFP y de la historia clínica digital (Diraya®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se solicitaron 43 reposiciones del pack durante el periodo de estudio. En tres de los casos el paciente no fue identificado, para dos pacientes se realizaron dos reposiciones el mismo día y en cinco pacientes no se especificó los componentes y/o las dosis utilizadas.

Finalmente, se analizaron las reposiciones efectuadas para 36 pacientes. La mediana de edad fue 34 (0-80) años, y el 64,71% fueron mujeres. Las causas del shock hemorrágico en las que se uso el PFP fueron obstétricas 47,2%, quirúrgicas 25%; politramatizados 5,5% y otras 22,2%.

Los fármacos prohemostáticos prescritos fueron: fibrinógeno al 94,4% de los pacientes, ácido tranexámico al 52,8% y CP al 22,2%. Además, fuera del pack, a un 11,1% de los pacientes se les administró vitamina K y a un 8,33% factor VIIa. En global, se emplearon 101,7 gramos de fibrinógeno, 23,2 gramos de ácido tranexámico, 2230 UI de CP, 3 mg de factor VIIa y 14 mg de vitamina K.

El número de veces que se activó el PTM en los años 2014 (meses de noviembre y diciembre), 2015, 2016 y 2017 (hasta octubre) fueron, respectivamente: 6, 31, 55 y 43 veces. De estos pacientes el 33,3%, 16,12%, 1,81% y 16,28% emplearon el pack de prohemostáticos.

Conclusiones

La hemorragia obstétrica fue la causa de shock hemorrágico que más empleó el pack de fármacos prohemostáticos.

El fibrinógeno fue el fármaco prohemostático más utilizado en el sangrado masivo en las que se empleo el pack.

La disponibilidad inmediata del pack en unidades estratégicas favorece la rápida administración de los fármacos requeridos según tromboelastrometría ROTEM.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

715. USO DE LA MELATONINA COMO TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

AUTORES

GOZALO ESTEVE I, ALLES PASCUAL R, FRAILE GALLART MJ, MÉNDEZ CABALEIRO N, SALAVERT JIMÉNEZ J
HOSPITAL SAN RAFAEL. Pº VALLE DE HEBRÓN, 117-117. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el uso de la melatonina como tratamiento hipnosedante en una muestra de pacientes con trastorno de salud mental infanto juvenil (SMIJ). Describir los diagnósticos más frecuentes, así como la dosis y la duración del tratamiento.

La melatonina es una opción terapéutica razonable en pacientes con insomnio relacionado con trastornos SMIJ. Su mecanismo de acción es la suplementación de los niveles de hormona pineal endógena, mediante su administración 30 minutos antes de acostarse. Pese a tratarse de un complemento alimentario y que su nivel de evidencia es bajo, la experiencia clínica indica que podría ser efectivo especialmente en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad(TDAH) y en Trastornos del Espectro del Autismo(TEA). No obstante, existe controversia respecto a su inocuidad ya que se han descrito potenciales efectos adversos como la supresión del eje hipotalámico-gonadal y el incremento de la reactividad del sistema inmune en niños con desordenes inmunológicos o en tratamiento con corticosteroides.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo en el que se incluyen pacientes visitados en el Centro SMIJ Horta-Guinardó (de 1-06-2017 hasta 31-12-2017). Fin período de seguimiento: 31-03-2018.



Se analizaron las características demográficas de los pacientes (edad, sexo), su diagnóstico principal, si recibían tratamiento hipnosedante, y el tipo de tratamiento.

Para el grupo en tratamiento con melatonina, se recogió la presentación del producto, la dosis media (miligramos), la duración del tratamiento y la dosis acumulada de melatonina (DAM). Se entiende por DAM el producto de la dosis (miligramos) por la duración (días).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 240 pacientes. La edad media fue $12,87 \pm 3,33$ años, el 75,83% ($n=182$) de sexo masculino. El diagnóstico principal fue TDAH (59,58%; $n=143$), seguido de TEA (9,17%; $n=22$), Trastorno Adaptativo (6,25%; $n=15$) y Trastorno Depresivo (5%; $n=12$). Un 11,25% ($n=27$) del total recibía algún tipo de tratamiento hipnosedante, repartidos en melatonina (74,07%; $n=20$), benzodiazepinas (14,81%; $n=4$) y fitoterapia (11,11%; $n=3$).

De los 20 pacientes que tomaban melatonina, la edad media fue $12 \pm 2,47$ años, el 85% ($n=17$) de sexo masculino. El diagnóstico principal fue TDAH (70%; $n=14$) seguido de Trastorno Depresivo (10%; $n=2$). La dosis media de melatonina fue de $2,18 \pm 0,83$ mg, con una duración media de tratamiento de $197,85 \pm 94,29$ días y una DAM de $450,75 \pm 289,51$ mgxdía. Pese a tratarse del tratamiento más habitual en los sujetos con TDAH e insomnio asociado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto del uso de melatonina en función del grupo diagnóstico ($\chi^2(5)=7.68, p=0.175$). La DAM tampoco fue significativamente diferente entre el grupo de pacientes con TDAH en tratamiento con melatonina, frente a los grupos de TEA en tratamiento con melatonina (TDAH= $445,72 \pm 259,99$; TEA= $178,75 \pm 160,86$, $t=1,4; p=0.42$) y de Trastorno Depresivo en tratamiento con melatonina (TDAH= $445,72 \pm 259,99$, Tr Depresivo= $90,25 \pm 10.96; t=1,8; p=0.08$).

Conclusiones

La melatonina en el centro de SMIJ estudiado, pese a no ser fármaco, es el tratamiento más prevalente para el insomnio, principalmente en pacientes con TDAH. Las dosis empleadas estarían dentro de las recomendadas y las DAM indican unos períodos de tratamiento no prolongados, tal y como recogen las últimas recomendaciones.

El creciente uso de melatonina sugiere la necesidad de estudios a largo plazo para analizar sus posibles efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

730. USO DE PICIBANIL PARA TRATAMIENTO DE LINFAGIOMA QUÍSTICO

AUTORES

ALONSO FITO L, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, DE CÁCERES VELÁSICO C, VIDAL IGLESIAS M, LÁZARO CEBAS J
COMPLEJO HOSPITALARIO DE SEGOVIA. MIGUEL SERVET S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia real en la práctica clínica de la infiltración con picibanil, OK-432, de todos los pacientes adultos con linfagioma quístico no operable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se analizaron todos los pacientes diagnosticados de linfagioma quístico inoperable tratados desde 2010 hasta 2015. $N=4$ pacientes con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años y sin tratamiento quirúrgico previo por la localización de riesgo del linfagioma. Todos los pacientes fueron infiltrados con picibanil (OK 432). Las variables analizadas fueron tamaño inicial del linfagioma, dosis administrada, tamaño en la primera revisión tras la administración, número de administraciones requeridas hasta desaparición, tiempo libre de reaparición del linfagioma, número de reapariciones en 5 años. Técnica empleada en la administración y complicaciones surgidas durante o tras el tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Ninguno de los pacientes tenía historial de tratamientos quirúrgicos para el linfagioma. El 75% de los pacientes necesitaron más de una administración, para conseguir la eliminación del linfagioma. El porcentaje de disminución del linfagioma tras la primera administración fue de 95%, sin embargo el 50% de los pacientes presentaron una reaparición en menos de 3 meses desde la primera aplicación y el 75% a los 6 meses. La media de administraciones requeridas hasta la no reaparición fue de 3 veces por paciente. En la actualidad el 50% de los pacientes lleva libre de reaparición más de 3 años.

El porcentaje de infiltraciones sin ayuda ecográfica que necesitaron otra administración posterior fue del 90%, sin embargo cuando se infiltró con ayuda ecográfica no fue necesario repetir el procedimiento. El porcentaje de complicaciones ocurridas fue inferior al 10% y ninguno fue con ayuda ecográfica.

Conclusiones

El picibanil es un agente antineoplásico para el tratamiento del linfagioma cuya adquisición en nuestro país se realiza a través de medicamentos en situaciones especiales.

La infiltración con picibanil es una técnica segura, con baja incidencia de reacciones adversas que supone una buena alternativa al tratamiento quirúrgico en circunstancias en las que la localización del linfagioma hace preferible buscar una alternativa. El 100% de los pacientes consiguió la total eliminación radiológica del linfagioma, sin embargo, la necesidad de repetir el procedimiento hasta en 5 veces, hace que haya que evaluar la metodología del tratamiento.

La objetivación de que los pacientes en los que fue necesario realizar la técnica de inyección del picibanil, guiada por control ecográfico, no necesitaron nuevas infiltraciones nos hace pensar que, la mejora de la extracción del líquido y la localización más precisa del tratamiento mejoran los resultados, aunque sería necesario ampliar el tamaño muestral.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

740. FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: USO DE NINTEDANIB

AUTORES

MARTÍNEZ AGUIRRE I, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, VALLINAS HIDALGO S, ALVAREZ LAVIN M, IBARROLA IZQUIERDO I, ALONSO DIEZ M, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

OBJETIVOS Describir la utilización y el perfil de seguridad de nintedanib en nuestro hospital.

Es un fármaco inhibidor de la tirosin quinasa clasificado como medicamento huérfano, aprobado en el 2015 para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Esta es una enfermedad de curso variable e impredecible con mal pronóstico a corto plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con FPI en tratamiento con nintedanib desde enero de 2016 hasta marzo 2018 que cumplieran el posicionamiento terapéutico de nuestra organización sanitaria integrada y aceptación por parte de la comisión de enfermedades raras. Todos los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de eOsabide Global®. Las variables recogidas fueron: edad, sexo y fecha de inicio de tratamiento. Para medir la respuesta al tratamiento se recogió la capacidad vital forzada (CVF (ml)) al inicio y en la semana 52 de tratamiento. En los pacientes que alcanzaron la semana 52 se calculó el deterioro de la tasa anual de CVF (ml). La proporción de respondedores se determinó con el cálculo de deterioro absoluto de la CVF $\leq 5\%$ o $\leq 10\%$. Para evaluar la toxicidad se recogieron las reacciones adversas descritas en la historia clínica y reducciones y suspensiones temporales o definitivas de dosis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes. Edad media 73.8 (58-80) años, 14 hombres. Dos pacientes fallecieron antes de alcanzar la semana 52 de tratamiento (3 y 11 meses desde el inicio de tratamiento) y hubo un abandono por voluntad propia. En el periodo de estudio 4 pacientes alcanzaron la semana 52. Sólo hubo un paciente con deterioro absoluto de la CVF $> 5\%$ y ninguno con deterioro $> 10\%$. Sin embargo, no hubo deterioro de la tasa anual media de la CVF de nuestros pacientes: CVF media al inicio fue de 2737.5 ml y en la semana 52 de 3025 ml. Los 12 pacientes que no alcanzan la semana 52 continúan en tratamiento sin deterioro. Las reacciones adversas más frecuentemente descritas fueron gastrointestinales: diarrea (9), dolor abdominal (5), pérdida de apetito (3), náuseas (1); alteraciones de la función hepática (7): principalmente elevación de ALT/GPT, AST/GOT, GGT y fosfatasa alcalina. Se observó elevación de la bilirrubina total y la directa en un paciente. Otra reacción frecuentemente descrita fue la infección de vías respiratorias altas (5). Durante el periodo estudiado se produjeron 6 reducciones de dosis y 11 suspensiones temporales de tratamiento en 11 pacientes. La principal causa de reducción fue la diarrea (4) y las causas de suspensión fueron múltiples destacando alteración de la función hepática (3). 6 pacientes no requirieron ajustes.

Conclusiones

Los 4 pacientes que alcanzaron la semana 52 muestran una tasa de respuesta adecuada al tratamiento y siguen en activo. La mayoría de toxicidades fueron leves y temporales siendo todas ellas manejables con ajustes de dosis (reducciones y suspensiones temporales de tratamiento). Se requieren más estudios para valorar la aportación clínica de nintedanib en FPI.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

744. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CLEVIDIPINO EN EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE CRÍTICO POSTOPERADO CARDÍACO

AUTORES

PEDREIRA VAZQUEZ MI, MONDELO GARCIA C, SALVADOR GARRIDO P, GONZALEZ PIÑEIRO S, HURTADO BOUZA JL, MARTIN HERRANZ I
XERENCIA DE XESTION INTEGRADA A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Objetivo: Clevidipino es un antagonista dihidropiridínico indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial aguda perioperatoria al reducir la postcarga sin alterar la precarga, y sin efecto sobre la contractilidad miocárdica y la frecuencia cardíaca. El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de Clevidipino en pacientes críticos potoperados cardíacos desde su aprobación por la Comisión Autonómica Central y la Comisión de Farmacia y Terapéutica de nuestro hospital en Enero 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a tratamiento con clevidipino en la unidad de postoperados cardíacos, desde marzo 2017 hasta marzo 2018. Las variables estudiadas fueron: características demográficas, diagnóstico, dosis inicial y máxima, duración de la perfusión, valores de tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y frecuencia cardíaca, medicación antihipertensiva IV concomitante y efectos adversos. Se realiza un análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes, 18 hombres (60%) y 12 mujeres (40%), de 67 ± 8 años y 78 ± 14 kg. El 50% de los pacientes presentaban una cardiopatía isquémica y/o valvular, el 23% una sustitución valvular aórtica y el 27% restante otras cirugías cardíacas. Todos los pacientes iniciaron tratamiento con clevidipino por un aumento severo y agudo de la presión arterial durante la cirugía, TAS = $156,13 \pm 22,22$ mmHg y TAD = $74,63 \pm 12,6$ mmHg, y una frecuencia cardíaca de $80,4 \pm 14,1$ lpm. La dosis inicial de la perfusión fue de 2 mg/h y los ajustes de dosis se realizaron según la TA deseada y la respuesta del paciente, hasta alcanzar una dosis máxima media de 6 mg/h (rango de dosis: 2-16 mg/h). Dichas perfusiones se mantuvieron durante 37 ± 38 horas, consiguiéndose al final del tratamiento una TAS = $127,6 \pm 16,5$ mmHg, TAD = $60,2 \pm 10,1$ mmHg y frecuencia cardíaca = $78,53 \pm 11,7$ lpm, lo que determinó una disminución de la TAS de $28,53 \pm 26,78$ mmHg y de la TAD de $14,4 \pm 12,16$ mmHg, manteniéndose las cifras de frecuencia cardíaca ($1,86 \pm 11$ lpm). El 33% de los pacientes necesitaron otro antihipertensivo IV de rescate para conseguir el objetivo deseado (9 con nitroglicerina y 1 con labetalol). Clevidipino no fue efectivo en 8 pacientes ya que se mantuvieron las TAS por encima de 140 mmHg. En cuanto a la seguridad, 3 pacientes presentaron efectos adversos (2 hipotensión y 1 bradicardia) que determinaron su suspensión.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en nuestra revisión, clevidipino permitió alcanzar de forma rápida y mantener las cifras objetivo de tensión arterial sin modificar la frecuencia cardíaca. Sin embargo, los resultados terapéuticos obtenidos en situaciones clínicas más críticas no son tan favorables, por lo que sería recomendable una adecuada selección de los pacientes para poder lograr un control de la hipertensión arterial aguda efectiva. Se comprobó que es un medicamento seguro, produciendo hipotensión y bradicardia en un número reducido de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

769. ACTIVIDAD DE UN FARMACÉUTICO RESIDENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

COMPANY BEZARES F, VILANOVA BOLTÓ M, RODRIGUEZ CAMACHO JM, MENDIGUREN VELARDO AJ, PEREZ RODRIGUEZ O, CANO COLLADO V, GONZALEZ MORCILLO G, MANDILEGO GARCIA AC
HOSPITAL SON LLÀTZER. CTRA. MANACOR, KM.4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados por el farmacéutico en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo de los PRM detectados por un farmacéutico interno residente (FIR) en la UCI general de 18 camas de un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 250.000 habitantes. El periodo de estudio comprendió del 15 de enero al 31 de marzo de 2018.

La UCI dispone de un farmacéutico de referencia sin presencia física que valida órdenes médicas telemáticamente y responde telefónicamente a consultas de farmacoterapia. Durante el estudio la actividad del FIR era presencial y consistía en la validación de tratamientos mediante revisión del programa de prescripción (PICIS®) e historia clínica informatizada (HP-HCIS®), participación en los pases de guardia y resolución de consultas farmacoterapéuticas.

Los PRM detectados se registraron utilizando la clasificación de la "Pharmaceutical care Network Europe" versión 8.02, describiendo los PRM según el tipo de problema, causas, recomendaciones realizadas y grado de aceptación. Cada PRM podía tener varias causas y recomendaciones asociadas. No se incluyeron los PRM relacionados con las nutriciones parenterales.

Los fármacos que generaron PRM se clasificaron por grupo farmacoterapéutico (ATC). Los datos se recogieron en un documento de Microsoft Excel®, y se expresaron como frecuencias relativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 211 PRM, correspondientes a 67 pacientes. El 51.2% (108/211) llegaron al paciente, siendo el resto PRM potenciales.

El 56,9% (120/211) de los PRM estuvieron relacionados con la efectividad del tratamiento, el 32.7% (69/211) con la seguridad, el 7,1% (15/211) con la no pertinencia del tratamiento prescrito y el 3.3% (7/211) con otros motivos.

Se registraron 218 causas para los 211 PRM, con la siguiente distribución: 37.6% (82/218) selección de dosis, 24.4% (53/218) selección de fármaco, 20.6% (45/218) utilización inapropiada del medicamento, 10.1% (22/218) duración del tratamiento, 3.2% (7/218) relacionadas con la dispensación, 2.3% (5/218) forma farmacéutica inapropiada, y 1.8% (4/218) otras.

El 65.9% (139/211) de los PRM fueron detectados mediante revisión activa del tratamiento, mientras que en el 34.1% (72/211) otros profesionales del equipo asistencial realizaron consultas farmacoterapéuticas que llevaron a la detección del PRM.

En el 92.9% (196/211) de PRM se realizó alguna recomendación efectuándose un total de 201 recomendaciones. El 7.1% (15/211) restante fueron consultas verbales que se resolvieron sin recomendación específica. Las recomendaciones realizadas fueron: 38.3% (77/201) cambio de dosificación, 21% (42/201) instrucciones de utilización del fármaco, 18.4% (37/201) inicio de nuevo fármaco, 13.9% (28/201) parada del tratamiento, 4.9% (10/201) cambio de fármaco, 2.5% (5/201) cambio de forma farmacéutica y 1% (2/201) otras.

Se aceptaron el 95.5% (192/201) de las recomendaciones realizadas.



La distribución de fármacos por grupo farmacoterapéutico fue la siguiente: 36.5%(77/211) anti-infecciosos generales(J), 15.2%(32/211) sangre y órganos hematopoyéticos(B), 14.7%(31/211) tracto digestivo y metabolismo(A), 11.8%(25/211) sistema nervioso(N), 10.9%(23/211) sistema cardiovascular(C), y 10.9%(23/211) otros.

La recomendación más frecuente fue la de cambio de dosificación. El grupo J fue el más frecuente en los PRM detectados. El alto grado de aceptación de las recomendaciones realizadas unido a que más de un tercio de los PRM fueran detectados tras una consulta activa del equipo asistencial, podría indicar una buena acogida de la figura del farmacéutico como parte del equipo asistencial en la UCI.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

774. PROGRAMA DE CONCILIACIÓN AL ALTA EN POBLACIÓN NEONATAL

AUTORES

CABAÑAS POY MJ, GARCIA PALOP B, JIMENEZ LOZANO I, CAMBA LONGUEIRA F, CLEMENTE BAUTISTA S, CAÑETE RAMIREZ C, FERNANDEZ POLO A, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. P^º VALLE HEBRÓN S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

La mayor supervivencia de los neonatos debido a los avances tecnológicos y a los cuidados integrales ha conducido a la aparición de pacientes crónicos de muy corta edad. Estos pacientes necesitan pautas complejas de tratamiento al alta. Los objetivos del programa de conciliación al alta de los neonatos son:

-para las familias: mejorar la adherencia al tratamiento, informando sobre los medicamentos prescritos, la adaptación de formas farmacéuticas y condiciones de administración (en relación con la lactancia) y de dispensación. En casos seleccionados, son necesarios los planes personalizados en soporte gráfico para la comprensión del tratamiento farmacológico.

-para los neonatólogos y enfermería: proporcionar una información homogénea indicando para cada medicamento las condiciones de prescripción y dispensación.

-para el Servicio de Farmacia (SF): planificar coordinadamente el alta del paciente.

DISEÑO

El programa de conciliación al alta se ha implantado en un hospital de tercer nivel dotado con 65 cunas de neonatos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Cuando se plantea el alta, el neonatólogo realiza una interconsulta al SF. El farmacéutico referente revisa la historia clínica y el tratamiento activo.

Las acciones que realiza el SF son:

-respuesta de la interconsulta en la historia clínica electrónica indicando los medicamentos y dosis al alta, las condiciones de dispensación (hospitalaria, farmacia comunitaria con receta electrónica, farmacia comunitaria con receta clásica en papel), y si requiere validación sanitaria.

-si se trata de medicamentos de uso hospitalario, se comprueba la prescripción en el programa de dispensación a paciente externo y se cita a la familia por agenda para las siguientes dispensaciones, considerando las visitas con los especialistas.

-si se trata de fórmulas magistrales, se adjunta información destinada al paciente ambulatorio en forma de trípticos.

-se dispensa medicación para unos días o hasta la siguiente visita, según la medicación sea de dispensación comunitaria u hospitalaria respectivamente.

-si es necesario (barrera idiomática, polimedicación), se consensúa con enfermería un plan de medicación personalizado, que se adjunta en la historia clínica.

IMPLANTACIÓN

El programa de conciliación se inició en septiembre del 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Hasta abril del 2018 se han incluido 21 pacientes, 9 de ellos cardiópatas. La media de medicamentos por paciente es de 4. Hubo 1 paciente de neurología con 8 medicamentos prescritos al alta. El 43 % de los pacientes tenía prescritos medicamentos de 3 condiciones diferentes de dispensación. Cuatro pacientes necesitaron un plan de medicación personalizado.

La limitación del programa es que el neonatólogo selecciona el paciente que se puede beneficiar de la conciliación. La siguiente fase sería aplicar el "Modelo de atención farmacéutica al paciente crónico pediátrico" para seleccionar desde el SF el grupo de pacientes que más se podrían beneficiar de la atención farmacéutica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La interconsulta al alta permite coordinar, agilizar y estandarizar la información al alta dada a las familias y al equipo asistencial y mejorar la calidad del proceso. Este programa es aplicable a otros SF cuyo hospital disponga de unidad neonatal o unidades de hospitalización con pacientes crónicos pediátricos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

795. UTILIZACIÓN DE CONCENTRADO DE FIBRINÓGENO EN CIRUGÍA CARDIACA

AUTORES

PEDREIRA VAZQUEZ MI, SALVADOR GARRIDO P, RABUÑAL ALVAREZ MT, GONZALEZ PIÑEIRO S, MONDELO GARCIA C, MARTIN HERRANZ I

XERENCIA DE XESTION INTEGRADA A CORUÑA. AS XUBIAS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Objetivo: Los pacientes tras cirugía cardíaca (CC) presentan cambios hemostáticos, consistentes en incrementos del dímero D, TP y TTPa, así como trombocitopenia, hipofibrinogenemia (fibrinógeno plasmático < 1,5 g/L), siendo el sangrado una complicación grave. Las estrategias terapéuticas para su manejo incluyen la infusión de componentes sanguíneos, medicamentos hemostáticos y control de la acidosis e hipotermia. El objetivo es analizar la utilización del concentrado de fibrinógeno (CF) en el contexto sangrado-hipofibrinogenemia en CC (indicación fuera de ficha técnica).

MATERIALES Y MÉTODOS

Material y método: Estudio descriptivo observacional retrospectivo, de todos los pacientes adultos que recibieron CF después de recambio valvular y/o bypass, desde mayo de 2017 a marzo de 2018. Su identificación se realizó mediante el aplicativo de registro de trazabilidad por radiofrecuencia de factores de coagulación dispensados por el Servicio de Farmacia. De la historia clínica informatizada (IANUS®) se recogieron: edad, sexo, peso, indicación, dosis administrada, parámetros bioquímicos (hemogramas previos y posteriores a la administración de CF), necesidad de reintervención quirúrgica, reacciones adversas, fármacos hemostáticos asociados (complejo protrombínico-CCP, factor VII activado recombinante-rFVIIa) y mortalidad. El establecimiento de las categorías de sangrado se realizó según los concentrados de hematíes, plasma, plaquetas, CCP y rFVIIa administrados. Se realiza un análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 16 pacientes (15 hombres y 1 mujer), edad 66 ± 17 años (rango: 16-82 años) y peso 81 ± 9 kg (rango: 66-93,6 kg). 4 pacientes recibieron CF en quirófano (52%) por sangrado masivo y 12 pacientes en reanimación, de los que 8 presentaban sangrado grave y 4 pacientes sangrado leve-moderado. En sangrado masivo se administraron 2 g de CF a 2 pacientes y 5 g a 2 pacientes. En el resto de los pacientes se administró 1 g de CF, excepto en un paciente con sangrado leve-moderado que recibió 2 g CF. No se dispone del nivel de fibrinógeno basal precirugía en ningún paciente. En 7 pacientes se dispone del valor de fibrinógeno tras sangrado post-quirúrgico: $135,3\pm 25,1$ mg/dL (rango: 98-172 mg/dL). En 9 pacientes la administración de CF junto con otras estrategias terapéuticas, incrementó el valor de fibrinógeno a $224,0\pm 25,1$ mg/dL (rango: 169-299 mg/dL), desconociendo el valor alcanzado en el resto de los pacientes. 7/16 pacientes recibieron otros fármacos hemostáticos además de CF: 4 pacientes CF y CCP (dosis: 600 ó 1.200 UI) y 3 pacientes CF, CCP (dosis: 600 ó 1.200 UI) y rFVIIa (dosis: 5 a 7 mg). 6/16 pacientes fueron reintervenidos por no control del sangrado y 1/16 fue exitus tras sangrado masivo. No se notificaron eventos tromboticos relacionados con la administración de CF, sin embargo 1 paciente presentó ictus de origen mixto perioperatorio.

Conclusiones

La administración de CF en asociación con otras estrategias terapéuticas permitió alcanzar niveles objetivo de fibrinógeno sin incremento de efectos adversos.

Se necesita mayor evidencia para evaluar individualmente las opciones terapéuticas y obtener datos concluyentes sobre dosis de CF a administrar, nivel objetivo de fibrinógeno y contexto clínico en la CC.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

804. UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA HUMANA EN PACIENTES SOMETIDOS A PARACENTESIS EVACUADORA

AUTORES

CANTUDO CUENCA MD, CORRAL BAENA S, GARABITO SANCHEZ MJ
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. AVENIDA EDUARDO DATO, 42. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar el uso de albumina en pacientes cirróticos con ascitis severa tras paracentesis evacuadora y evaluar el grado de adecuación a las guías de práctica clínica (GPC)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron paciente con ascitis severa en tratamiento con albúmina tras paracentesis terapéutica en una Unidad de Medicina Interna de Enero de 2017 a Abril 2018. Las variables registradas a partir de la historia clínica digital fueron: edad, sexo, volumen de líquido extraído (litros), cantidad de albúmina administrada (gramos), uso diuréticos postparacentesis, prescripción de fármacos contraindicados en pacientes con ascitis, motivo del alta. Las GPC empleadas para evaluar la adecuación fueron: guía de la European Association for the Study of the Liver (EASL) 2010 y la guía de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) 2012. El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa Microsoft Excell® 2010.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 20 pacientes, edad media $77,7\pm 5,9$ años (75% mujeres). Las dosis empleadas en ningún caso fueron de 8 g/L de líquido ascítico retirado, según indican las GPC con un nivel de evidencia (NE) A1. El 80% de los pacientes fueron sometidos a una paracentesis de menos de 5 litros (NE B1). El 40% de los pacientes recibieron dosis mayores a 10 g/L



de líquido ascítico. Un 30% de los pacientes no recibió dosis mínimas de diuréticos recomendadas para evitar la reacumulación de líquido (NE A1). Resaltar que la administración de albúmina se prolongó tras la paracentesis en 2 pacientes, sin presencia de otras patologías que justifiquen su uso. El 50% de los pacientes tenían prescritos fármacos contraindicados en pacientes con ascitis, como antiinflamatorios no esteroideos (AINES), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de angiotensina II, o bloqueantes de receptores α 1-adrenérgicos y aminoglucósidos (NE A1). Todos los pacientes fueron exitos.

La utilización de albúmina en pacientes cirróticos con ascitis severa tras paracentesis evacuadora es heterogénea. La adecuación de las prescripciones a las recomendaciones de las GPC debería ser mayor que la encontrada en nuestro estudio para obtener el máximo beneficio clínico en los pacientes, aumentar la seguridad y optimizar los recursos. Por todo ello, se hace necesario protocolizar y adecuar su uso a las recomendaciones de las GPC.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

817. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA HUMANA

AUTORES

CANTUDO CUENCA MD, CORRAL BAENA S, GARABITO SÁNCHEZ MJ
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. AVENIDA EDUARDO DATO,42.

OBJETIVOS

La falta de evidencia científica sólida en el uso de albúmina, ha ocasionado una gran variabilidad en su utilización. Se estima que una parte considerable de la prescripción, que va del 40% al 90%, no está respaldada por evidencia científica o guías de práctica clínica, como lo han revelado varios estudios y encuestas en diferentes países.

El objetivo del estudio es conocer las indicaciones de albúmina en la práctica clínica habitual y evaluar el grado de adecuación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con albúmina en una Unidad de Medicina Interna de Enero de 2017 a Abril 2018. Se excluyeron pacientes con indicación de albúmina en paracentesis evacuadora. Las variables registradas a partir de la historia clínica digital fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, motivo de prescripción, pauta, duración, nivel de albúmina sérica previa al tratamiento, existencia de fracaso renal agudo o edema agudo de pulmón, prescripción de diuréticos, motivo del alta. Se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar las indicaciones con suficiente evidencia. Se consideró indicación adecuada:

- Hipovolemia refractaria a cristaloides con fallo multiorgánico o síndrome de distress respiratorio.
- Edema periférico refractario al tratamiento convencional.
- Ascitis refractaria al tratamiento con diuréticos.
- Síndrome nefrótico si hipoalbuminemia < 2 g/dL y/o existen edemas generalizados resistentes a otros tratamiento especialmente en edema agudo de pulmón o fracaso renal agudo.
- Plamaféresis.
- Trasplante de órganos.

El edema periférico sin uso de diuréticos previamente y la hipoproteinemia se consideraron indicación inapropiada. El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa Microsoft Excell® 2010.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 28 pacientes, edad media $82,3 \pm 9,5$ años (75% mujeres). El diagnóstico principal al ingreso más frecuente fue la sepsis (35,7%), seguido de enfermedad infecciosa (14,9%), cirrosis hepática (14,9%), insuficiencia cardiaca descompensada (14,3%) y otras patologías (14,3%). Todos los pacientes fueron tratados con 20 g/día y la mediana de duración del tratamiento fue 3 días (1-11). El motivo de prescripción de albúmina fue: Síndrome nefrótico si hipoalbuminemia < 2 g/dL y/o existen edemas generalizados resistentes a otros tratamiento (28,6%), Hipovolemia refractaria (17,6%), Edema periférico sin uso de diuréticos (17,6%), Hipoproteinemia (17,6%), Edema periférico refractario (10,7%), Ascitis refractaria (7,1%). Un 35,7% de las prescripciones se consideran inapropiadas. El 75% de los pacientes fueron exitos.

El estudio ha permitido conocer la práctica clínica habitual. El uso más frecuente de albúmina fue en el síndrome nefrótico con hipoalbuminemia < 2 g/dL y/o existen edemas generalizados resistentes a otros tratamiento. Según el rango de prescripción inadecuada considerado en otros estudios (40-90%), podemos concluir que los datos obtenidos se adecúan a las necesidades clínicas de los pacientes, siendo interesante establecer un protocolo que favorezca el uso racional de albúmina.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

825. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, MARTÍNEZ TURRIÓN J, RODRIGUEZ RAMALLO H, GIL NAVARRO MV, BAEZ GUTIERREZ N, HERRERA HIDALGO L, GUISSADO GIL AB, MEJIAS TRUEBA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVDA. MANUEL SIUROT, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Los antimicrobianos son uno de los grupos de fármacos más empleados de las unidades de cuidados intensivos. El objetivo de este estudio es describir las intervenciones realizadas por el farmacéutico residente durante su rotación en la unidad de pacientes críticos destinadas a mejorar la prescripción del tratamiento antimicrobiano.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y observacional de las intervenciones sobre el tratamiento antimicrobiano realizadas por el farmacéutico residente rotando en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel entre noviembre 2017 y marzo 2018.

Durante este periodo el farmacéutico se integró en el equipo multidisciplinar formado por intensivistas, enfermería y auxiliares de UCI y registró el número de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la prescripción de antimicrobianos.

Para este estudio se recogieron las intervenciones realizadas y el fármaco implicado. Se clasificaron las intervenciones en los siguientes tipos: ajuste de dosis, recomendación de monitorización de niveles plasmáticos por el servicio de farmacia, optimización del tratamiento (Que incluyó simplificación del tratamiento antimicrobiano, cambio a otro fármaco más activo, introducción de un nuevo antimicrobiano o suspensiones de tratamientos innecesarios), recomendaciones de administración y manejo de los eventos adversos e interacciones medicamentosas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo en estudio se realizaron un total de 76 intervenciones farmacéuticas destinadas a mejorar la calidad de la prescripción de antimicrobianos.

El objetivo del 39,5% de las intervenciones (30) fue ajustar la posología de los fármacos implicados. Entre ellos en el 60% de los casos el paciente sufría insuficiencia renal que requería ajuste posológico.

En un 26% de los casos (20) se recomendó el seguimiento por la unidad de farmacia de los niveles plasmáticos de los antimicrobianos. Se monitorizaron niveles de vancomicina y aminoglucósidos.

En cuanto a las intervenciones destinadas a optimizar el tratamiento antimicrobiano se recomendó la simplificación del tratamiento en 6 casos (8%), en 4 casos (5%) se intervino para cambiar el tratamiento a otro más activo, en otros 4 casos (5%) se recomendó añadir otro antimicrobiano y en 8 casos (10%) se suspendieron tratamientos innecesarios o duplicados. Los fármacos sobre los que se realizaron la mayoría de las intervenciones fueron meropenem, piperacilina/tazobactam, vancomicina y combinaciones de antifúngicos (anfotericina liposomal, equinocandinas y azoles.)

Se realizaron 6 intervenciones destinada a mejorar la administración de los antimicrobianos mediante la recomendación de la administración de antibióticos betalactámicos en perfusión extendida, administración post- diálisis de antibióticos dializables u optimización de los accesos venosos para la administración de fármacos que presenten incompatibilidades físicas.

Por último, se detectaron 3 interacciones medicamentosas y 2 eventos adversos que se manejaron realizando 2 cambios de fármacos y 3 suspensiones.

Por tanto, podemos concluir que la inclusión del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de la UCI ayuda a optimizar el tratamiento antimicrobiano de los pacientes críticos, siendo el ajuste de dosis por función renal y la monitorización farmacocinética las áreas en las que más se interviene.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

860. APLICACIÓN DEL ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ TRAS ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA DE MEDICAMENTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES

ESTAIRE GUTIERREZ J, SANCHEZ DEL MORAL R, CONTRERAS REY MB, CARRIÓN MADROÑAL MI, ROMERO ALONSO MM

HOSPITAL INFANTA ELENA. CTRA. SEVILLA-HUELVA, S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Identificar mediante el análisis causa-raíz (ACR) las posibles causas que llevaron a la administración errónea de un medicamento no prescrito en un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), retirado del Sistema de Administración Automatizada de Medicamentos Pyxis®. Proponer un plan de acción para prevenir casos similares tanto en esta unidad clínica como en otras.

MATERIALES Y MÉTODOS

La secuencia de hechos fue: dispensación manual de un vial de ReoPro® (Abciximab) solicitado como especialidad comercial telefónicamente de forma urgente a la farmacéutica de guardia por enfermera UCI, al indicar que no había existencias del mismo en Pyxis®. Tras detectar la farmacéutica que en Pyxis se reflejaba la existencia de un vial de Abciximab, se vuelve a confirmar con enfermería que es ReoPro® lo que el médico solicita, sin haber enviado la receta con la prescripción por la urgencia del momento. Se dispensa el medicamento en mano y al ser recibida la receta con la prescripción médica, en la que se indicaba otro medicamento (Protamina), se detecta el error: medicamento solicitado no correspondiente con prescripción real, y certificación de administración anterior de Abciximab al paciente previamente a la llamada telefónica. El paciente sufría sangrado. Se contacta con intensivista de guardia, que confirma la prescripción en receta (Protamina) y por tanto ordena suspender la perfusión de ReoPro®.

El análisis causa-raíz fue conducido por un miembro experimentado de la Comisión de Seguridad del hospital. Las variables para la aplicación del ACR fueron las relacionadas con los recursos humanos, máquina, material, método y entorno.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las posibles causas analizadas fueron: A. Recursos humanos: 1.falta de plantilla de enfermería estable,2.falta de formación continua en el conocimiento de medicamentos, indicaciones y dosis apropiadas en medicamentos urgentes. B. Máquina: los medicamentos se encontraban situados contiguamente con una mínima separación. C. Material: similitud

fonética entre la especialidad (ReoPro®) y principio activo(Protamina) D. Método:1. Prescripción oral, 2. Barreras por sobrecarga de trabajo, no prescripción electrónica asistida (PEA), 3. Comunicación telefónica por enfermería solicitando medicamento erróneo no prescrito. E. Entorno: 1. Situación de urgencia vital 2. Estrés, fatiga...por sobrecarga de trabajo. Plan de mejora: tras análisis de las causas potenciales se decidió en la Comisión de Seguridad: 1. Los medicamentos de alto riesgo establecidos según el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos estarán identificados con una etiqueta fluorescente con la leyenda: “Medicamento de alto riesgo. Comprobar prescripción antes de administración”. 2. Ubicación: misma localización de medicamentos de alto riesgo incluidos en Guía (número de cajón y subdivisión) en todos los Pyxis® y dispuestos de forma no consecutiva.3. Implantación de PEA en UCI con respaldo de Dirección.

Conclusiones

El ACR es una herramienta útil para identificar las posibles causas subyacentes que han podido causar un error de medicación, permitiendo la elaboración de un plan de mejora para la prevención de casos similares. No se han notificado otros errores de seguridad parecidos al evento centinela con posterioridad al plan de mejora. El seguimiento del plan de mejora adoptado es esencial para asegurar su implementación correcta y utilidad en evitar nuevos incidentes parecidos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

866. DOSIS INFRATERAPÉUTICAS DE ISOPROTERENOL EN UCI

AUTORES

MONTOLIU ALCÓN P, SEGUÍ SOLANES C, FORTIÀ PALAHÍ C, DE TEMPLE PLA M, EL HILALI MASÓ N, GALOFRÉ MESTRES L, PONS BUSOM M
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. VILADOMAT, 288. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la dosis de isoproterenol utilizada en la práctica clínica habitual y su efectividad en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

MATERIALES Y MÉTODOS

La dosis recomendada de isoproterenol por perfusión intravenosa continua es de 2 a 10 µg/min, ajustable según la frecuencia cardíaca (FC) y la respuesta al ritmo.

A propósito del caso de una mujer de 75 años en la que se utilizaron dosis infraterapéuticas (1 µg/min) y que precisó reducción de dosis por tendencia a taquicardia; se realizó un estudio observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con isoproterenol, desde marzo-2013 hasta abril-2018, en la UCI de un hospital universitario de segundo nivel.

Las variables registradas fueron: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus, sobrepeso y tabaquismo; tratamiento habitual con antiarrítmicos, antecedentes de cardiopatía, indicación de isoproterenol, dosis (µg/min), FC previa y post-isoproterenol, necesidad de aumento/reducción de dosis, uso concomitante de otros fármacos cronotrópicos positivos durante la perfusión y necesidad de implantar marcapasos definitivo.

Los datos se obtuvieron del registro de las dispensaciones farmacológicas y de la revisión de las historias clínicas del hospital.

El estudio estadístico descriptivo se realizó con el programa Stata/IC versión 14.1 con el que se realizó un análisis de las variables más relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 51 pacientes (55% mujeres) con una edad media de 83,6 años (rango 55,8-95,9). El 92,2% de los pacientes presentaba algún FRCV, siendo la HTA y la dislipemia los más frecuentes (88,2% y 45,1%, respectivamente). Un 70% presentaba antecedentes de cardiopatía y un 48% tomaba antiarrítmicos, de los cuales la mayoría eran beta-bloqueantes (87,5%). En el 51% de los casos el motivo de inicio de isoproterenol fue el Bloqueo Aurículo-Ventricular; mientras que en el resto, lo fue la bradicardia sintomática.

La FC media pre-isoproterenol fue de 35,5 latidos/minuto (SD=6,01) y, tras una dosis media de 1,02 µg/min (rango 0,13-3,33), aumentó hasta una FC≥50 latidos/minuto en el 75,7% de los pacientes. Un 11,8% del total de los pacientes precisó reducción de la dosis por presentar taquicardia; mientras que al 9,8% se le aumentó la velocidad de perfusión por persistencia de bradicardia. La duración media de las perfusiones fue de 29,3 horas (SD=24).

En el 45,6% de los casos se administró, además de la perfusión de isoproterenol, algún fármaco cronotrópico positivo; mayoritariamente salbutamol (91,6%). El 83% de los pacientes precisó la implantación de marcapasos definitivo.

Conclusiones

La dosis media de las perfusiones intravenosas de isoproterenol utilizadas en la práctica clínica habitual fue la mitad (1,02 µg/min) de la mínima recomendada (2 µg/min).

En la mayoría de los casos esta dosis fue efectiva y no fue preciso modificarla, aunque en un pequeño porcentaje de los pacientes se tuvo que reducir por taquicardias.

A pesar de las recomendaciones existentes para el uso de isoproterenol, parece razonable utilizar dosis menores y ajustar según la necesidad del paciente.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

868. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RUIZ JIMÉNEZ MDM, PAREJA RODRIGUEZ DE VERA A, GARCÍA MOLINA O, GONZÁLEZ LOZANO E, LAORDEN CARRASCO A, VALDERREY PULIDO M, MATEO CARMONA J, GARCÍA SOLER JI
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir y analizar la prescripción de antimicrobianos (AB) de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias por una infección respiratoria (IR) o una infección del tracto urinario (ITU) y evaluar el grado de adecuación al Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado durante dos semanas de marzo de 2018. Se valoraron todos los pacientes adultos que acudieron al servicio de urgencias por IR o ITU. Se revisaron todas las prescripciones de AB a través del programa de Prescripción Electrónica y los datos clínicos en la historia clínica electrónica. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico en urgencias, alergias, cultivos en urgencias, cultivos en el último año, tratamiento AB en urgencias y aclaramiento de creatinina. Para la evaluación de la adecuación de la prescripción se consultaron las guías clínicas y protocolos de tratamiento antimicrobianos aprobados en el hospital. Consideramos como no adecuación al PROA lo siguiente: selección incorrecta del AB, resistencias al AB seleccionado, alergia al AB seleccionado, tratamiento AB insuficiente, no necesidad de tratamiento AB y dosis no ajustada a Función Renal (FR).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La muestra fue de 77 pacientes, el 75,3% (n=58) con IR y el 24,7% (n=19) con ITU. La media de edad del total de pacientes fue de 70,9±12,4 y el 63,6% fueron hombres. De los 58 pacientes con IR, a un 15% (n=9) no se les cursaron cultivos durante su estancia en el servicio de urgencias, mientras que a todos los pacientes con ITU se les cursó el correspondiente cultivo. Un 39% del global de los pacientes presentaron una Tasa de Filtración Glomerular por debajo de 50mL/min y solo en el 5% (n=4) no se realizó el correspondiente ajuste de dosis. Con respecto a la adecuación al PROA, de los 19 pacientes con ITU, en un 42% (n=8) la prescripción fue inadecuada por las siguientes causas: tratamiento AB innecesario en 2 pacientes, selección incorrecta del AB en 4 pacientes, resistencias al AB seleccionado en 2 pacientes y dosis no ajustada a FR en un paciente. Del mismo modo, de los 58 pacientes con IR, en un 31% (n=18), la prescripción fue inadecuada por las siguientes causas: selección incorrecta del AB en 8 pacientes, alergia al AB seleccionado en un paciente, tratamiento AB insuficiente en 6 pacientes y dosis no ajustada a FR en 3 pacientes. Globalmente, en un 33,7% de los pacientes, la prescripción AB no se adecuó al PROA.

Conclusiones

Se constata la necesidad de afianzar la utilización del PROA en el servicio de urgencias de nuestro hospital ya que el porcentaje de prescripciones inadecuadas es elevado, así como el número de pacientes con IR a los que no se les cursó los cultivos correspondientes durante su estancia en urgencias.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

871. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

AUTORES

RAMOS SANTANA E, DÍAZ RUIZ P, SUÁREZ GONZÁLEZ M, FERNANDEZ LOPEZ E, HERNÁNDEZ ROJAS S, FERRER MACHÍN A, MARTÍN CONDE JA, MERINO ALONSO J
HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA. CTRA. GRAL. DEL ROSARIO 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar las características y el manejo terapéutico de los casos de hipertensión arterial pulmonar diagnosticados en nuestro centro, así como el tratamiento propuesto para cada uno de ellos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados de hipertensión pulmonar del Servicio de Neumología. Se recogieron todos los pacientes tratados desde 2004 hasta la actualidad por el Servicio de Pacientes Externos de Farmacia con inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil y tadalafilo), estimuladores de la guanilato ciclase (riociguat), inhibidores de la endotelina (bosentan, ambrisentan y macitentan) o prostanoideos (epoprostenol e iloprost). Los datos fueron recogidos en una base de datos Exce® y obtenidos de la historia clínica electrónica Drago AE® y del programa de dispensaciones de pacientes externos Dominion®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

43 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial pulmonar, diferenciando según distintas etiologías: 7 con hipertensión arterial pulmonar idiopática, 11 asociada a enfermedad pulmonar intersticial difusa, 6 asociada a cardiopatía congénita y 19 con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). 17 hombres y 26 mujeres con una mediana de edad de 61,6 años al comienzo del tratamiento. La media de duración de tratamiento fue de 3,1 años. 14 pacientes (32,5%) han sido éxitos, 7 hombres y 7 mujeres. 6 de los éxitos (42,9%) eran pacientes con HPTEC.



La mediana de duración de tratamiento fue 735 días (2 años).

En primera línea 35 pacientes fueron tratados en monoterapia y 8 con terapia combinada. Los fármacos elegidos en monoterapia fueron: 12 sildenafil, 1 tadalafilo, 4 riociguat, 15 bosentan y 3 ambrisentan. En terapia combinada: 6 combinaciones de inhibidores endotelina-1 (IE1) + inhibidores fosfodiesterasa 5 (IPDE5), 1 inhibidor guanilato ciclasa (IGC) + IE1 y una triple terapia con IPDE5 + IE1 + prostanoides.

En segunda línea 5 pacientes en monoterapia (todas con IE-1) y 14 en terapia combinada. 12 combinaciones de IPDE5 con IE1 y 1 combinación de IE1 + prostanoides y 1 combinación de IPDE5 y prostanoides.

En tercera línea 1 paciente en monoterapia con epoprostenol y 7 en terapia combinada. 2 pacientes con triple terapia (IPDE5 + IE1 + prostanoides), 3 con IPDE5+IE1, uno con IE1 + prostanoides y uno con IPDE5 + prostanoides.

En cuarta línea 1 paciente en monoterapia con IPDE5 y 3 en terapia combinada. 2 en triple terapia y uno con IPDE5 + IE1.

Conclusiones

Aunque recientemente hay estudios que avalan la terapia combinada de inicio frente a una secuencial, en nuestro centro el porcentaje de terapia combinada es mayor a medida que avanzamos en las líneas terapéuticas (siendo superior al 70% a partir de la segunda línea). La biterapia más frecuente es la que combina un inhibidor de la fosfodiesterasa-5 con un inhibidor de la endotelina-1.

Es importante realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes, para una optimización constante del tratamiento, especialmente en los pacientes con HPTEC pues son los de peor pronóstico y mayor mortalidad a corto plazo.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

885. ANÁLISIS DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SUS INDICACIONES

AUTORES

GARCIA ECHEVERRIA D, ARANGUREN REDONDO A, IRASTORZA LARBURU B, LANDA ALBERDI J, ZURUTUZA LOPEZ A, URRETABIZCAYA ANTON M, MENDARTE BARRENETXEA L, BACHILLER CACHO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. P^º.DR BEGUIRISTAIN S/N. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de Inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) por los diferentes servicios, valorando las indicaciones autorizadas frente a las no autorizadas en ficha técnica, comparando los datos con la guía de práctica clínica de la SEFH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se han incluido pacientes en tratamiento con IgIV durante el mes de octubre del 2017. Los datos se han recogido de la historia clínica electrónica y del programa de preparación de mezclas intravenosas del servicio de farmacia. Se han analizado las siguientes variables: servicio prescriptor, indicación, y posología.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 89 pacientes. El número de prescripciones por servicios fue: Hematología-oncología 50, Inmunología 9, Reumatología 6, Neumología 6, Pediatría 6, Neurología 5, Infecciosos 4, Oftalmología 2, Digestivo 1.

Se utilizaron en 21 indicaciones diferentes: Inmunodeficiencia secundarias (26 pacientes, de los cuales 9 tenían LLC y otros 9 Mieloma múltiple), Inmunodeficiencia primaria (ID1^a) (22 pacientes, 12 de ellos tenían Inmunodeficiencia común variable y 1 inmunodeficiencia severa combinada), Enfermedad de Injerto contra receptor (EICR) tras alotrasplante de células progenitoras (aloTPH) (8 pacientes), Infecciones recurrentes por hipogammaglobulinemia (7 pacientes), Concentraciones bajas de Ig tras trasplante hematopoyético (3 pacientes), Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) (3 pacientes), Trombopenia inmune tras aloTPH (3 pacientes), Infecciones de repetición tras aloTPH (2 pacientes), Uveítis (2 pacientes); Profilaxis de infección en enfermedades hematológicas (2 pacientes), Dermatomiositis, Vasculitis sistémicas, Mielofibrosis postpolicitemia vera, Síndrome de Good, Guillein Barre, Miastenia Gravis, Polimiositis, Síndrome de Susac, Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, Neuropatía proximal diabética autoinmune y Epilepsia infantil refractaria (1 paciente).

En 48 pacientes las indicaciones estaban incluidas en ficha técnica (FT). En 15 pacientes las indicaciones fueron “grises” (evidencia débil), y en 2 casos fueron indicaciones “negras” (no recomendadas).

En las indicaciones aprobadas en FT, el 77% cumplía la posología indicada. Entre las indicaciones que no respetaban la posología de FT, destaca la ID1^a (0.2 mg/kg/mes), PTI (0,5 g/kg/mes) y Síndrome de Guillein Barre (0,2 g/kg/mes).

En el servicio de hemato-oncología, el 54% de los tratamientos eran crónicos y el 46% agudos (meses sueltos).

Más del 50% de las IgIV administradas se prescribieron desde el servicio de hemato-oncología. Apoyados en su alta evidencia, en el 48% de casos se utilizaron para indicaciones no aprobadas en FT pero que están protocolizadas en el centro hospitalario. Aunque en muchos pacientes se han utilizado pautas de dosificación estandarizadas, hemos observado que especialmente en pacientes hematológicos se utilizan dosis ajustadas en función de los niveles de IgG.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

897. APORTE ÓPTIMO DE VITAMINA D EN NACIDOS PRETÉRMINO

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, MARTÍN MARQUÉS M, LÓPEZ BROSETA PA, DE DIOS LÓPEZ A, ROCH VENTURA MA, VUELTA ARCE M, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA



OBJETIVOS

En recién nacidos pretérmino los niveles inadecuados de vitamina D pueden comportar una mayor comorbilidad. El suplemento farmacológico o las fórmulas enriquecidas son las mejores estrategias para asegurar los aportes, pero las recomendaciones son controvertidas, aceptándose de manera general el suplemento con 400UI/día hasta el primer año de vida. El objetivo es relacionar los aportes de vitamina D en estos pacientes con niveles inadecuados de 25-hidroxicalciferol.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los recién nacidos pretérmino a los que se administró calciferol entre enero y diciembre de 2016. Para ello se solicitaron al laboratorio del hospital la relación de pacientes a los cuales se les realizó la determinación de 25-hidroxicalciferol en el periodo seleccionado y la bibliografía necesaria. Se recogen datos de sexo, edad gestacional, peso, antecedentes de crecimiento retardado intrauterino, raza, determinación plasmática de 25-hidroxicalciferol, de calcio y fósforo. Los aportes de vitamina D fueron calculados teniendo en cuenta el contenido de la nutrición enteral o parenteral cuando fue necesario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de pacientes fue 17, de los cuales el 58,8% fueron varones y se contabilizaron 36 determinaciones de 25-hidroxicalciferol. La mediana de edad gestacional fue 29,8 semanas y la mediana de peso 980g. El 64,7% presentó antecedentes de retraso en el crecimiento uterino. El 82,4% eran de raza blanca. La edad mediana de los pacientes en el momento de la determinación fue 58,5 días.

Se eligió el nivel de 25-hidroxicalciferol por ser el mejor indicador plasmático del nivel de vitamina D en el organismo. La mediana de las determinaciones de 25-hidroxicalciferol fue 53,92ng/ml y la mediana de los aportes de calciferol fue 885UI/día. El 11,1% presentó niveles insuficientes (< 20ng/ml), un 19,4% deficientes (< 30ng/ml), un 50% presentaba niveles óptimos (30-80ng/ml) y un 19,5 % presentó niveles tóxicos (> 80ng/ml). En todos los casos los niveles de calcio y fósforo fueron normales.

La correlación fue significativa entre los niveles de 25-hidroxicalciferol y los aportes de vitamina D (calciferol). Todos los pacientes con niveles tóxicos habían recibido en algún momento dosis mayores a 1200UI/día, teniendo en cuenta el aporte de la nutrición enteral y/o parenteral y la suplementación farmacológica. Se analizó la asociación entre el tipo de alimentación, la época del nacimiento y niveles sin obtener resultados significativos.

Tras analizar la bibliografía y los resultados se decidió realizar el cambio en nuestro hospital de calciferol a calciferol para alcanzar requerimientos de vitamina D, con el objetivo de realizar un nuevo estudio en el que relacionar las nuevas determinaciones de 25-hidroxicalciferol.

Para asegurar un aporte correcto de vitamina D sería necesario realizar una determinación de 25-hidroxicalciferol una vez iniciado el suplemento para individualizar dosis en función de los niveles y en función de los aportes recibidos mediante la nutrición.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

903. UTILIZACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS INESPECÍFICAS PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO

AUTORES

BORRÀS TRIAS L, ISERN CARTRÓ M, PÉREZ- QUIRÓS MA, ALDIRRA- TAHA MS, RODRÍGUEZ- MAURIZ R, RUDI SOLA N HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. AVINGUDA FRANCESC RIBAS S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Primario: evaluar las indicaciones de uso de inmunoglobulina intravenosa inespecífica (IgIV) previa a la implementación del protocolo de uso del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFyT).

Secundarios:

- Evaluar el uso de las indicaciones fuera ficha técnica (FFT)
- Calcular el % de indicaciones no recomendadas según "Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use (2nd Edition 2008; 2nd Edition Update, 2011)" editadas por el Department of Health (DH) británico y su adaptación por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos y pediátricos tratados con IgIV entre Enero 2017 y Marzo 2018, hospitalizados y ambulatorios, en un hospital de segundo nivel. Fuente de datos: historia clínica informatizada SAVAC® v.3.41.6.

Variables registradas: datos del paciente, indicación terapéutica, tratamiento agudo o crónico, indicación FFT, servicio prescriptor y marca comercial.

Se revisaron las fichas técnicas de los medicamentos empleados y las indicaciones se clasificaron según grado de evidencia utilizando el modelo de las guías del DH.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 46 pacientes, 39 adultos y 7 pediátricos. La media de peso del paciente adulto fue 67 ± 21.5 kg y en pediatría 23.9 ± 23.5 kg.

Todos los pacientes fueron tratados con Plangamma® excepto 6 con Flebogammadif®. Se realizaron 21 tratamientos con indicación FFT. En 27 pacientes, el tratamiento era de máxima prioridad y de éstos, 2 eran indicaciones FFT. Sólo se trataron 2 pacientes con una indicación con evidencia débil y 3 sin evidencia o no descritas en la guía. Los servicios médicos prescriptores fueron 30 Neurología, 7 Pediatría, 3 Hematología, 3 UCI, 2 Reumatología y 1 Urgencias.



En paciente adulto: 20 tratamientos con indicación aprobada de los cuales 9 síndrome de Guillain Barré, 8 inmunodeficiencia común variable y 3 trombocitopenia severa autoinmune. 19 tratamientos con indicación FFT de los cuales 6 miastenia Gravis, 3 dermatomiositis, 3 shock séptico por *Streptococcus pyogenes*, 2 polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, 1 escleromixedema, 1 enfermedad de Still, 1 polimiositis, 1 síndrome de Lambert-Eaton, 1 shock tóxico estreptocócico. 26 pacientes agudos y 13 crónicos. Sólo se trataron 1 paciente con indicación con evidencia débil y 2 sin evidencia suficiente o no descritas en las guías del DH.

En paciente pediátrico: 5 tratamientos con indicación aprobada de los cuales 2 trombocitopenia severa autoinmune, 2 inmunodeficiencia común variable y 1 enfermedad de Kawasaki. 2 tratamientos con indicación FFT de los cuales 1 glomerulonefritis membranoproliferativa mediada por complemento y 1 varicela en paciente inmunodeprimido. 5 pacientes agudos y 2 crónicos. Se trataron 1 paciente con indicación con evidencia débil y 1 sin evidencia suficiente o no descrita en las guías del DH.

Conclusiones

La mayoría de las indicaciones terapéuticas en Pediatría estaban aprobadas en ficha técnica y en el paciente adulto aproximadamente la mitad. El principal servicio prescriptor fue Neurología, en tratamientos principalmente agudos y con un grado de evidencia alto.

El análisis del uso de inmunoglobulinas nos permitirá adecuar el contenido del protocolo de uso de IgIV en el hospital y en un futuro evaluar el efecto de su implementación.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

915. SUSPENSIÓN ORAL DE METIMAZOL 3MG/ML PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO AUTOINMUNE EN NEONATOLOGÍA.

AUTORES

REPILADO ÁLVAREZ A, SANTIAGO PRIETO E, RODRIGUEZ MARRODAN B, GARCÍA DÍEZ J, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, CALVO SALVADOR M, SÁNCHEZ GUERRERO A
HU PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. C/ MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

La enfermedad de Graves (EG) es un trastorno autoinmune caracterizado por la presencia de anticuerpos que estimulan la glándula tiroides. Estos anticuerpos pueden atravesar la placenta y afectar al feto tras el nacimiento. Tiamazol (metimazol), fármaco indicado en el tratamiento del hipertiroidismo, se utiliza en neonatología a dosis de 0.2-0.5mg/kg/día. No obstante, en la práctica clínica se hace difícil administrar la dosis adecuada ajustada por peso ya que, a fecha de marzo de 2018, sólo existe comercializada en España la presentación de comprimidos de 5mg. Tampoco se dispone de metimazol como materia prima para formulación.

El objetivo es describir la elaboración y validación de una fórmula magistral de calidad, eficaz y segura, que permitió la correcta dosificación de metimazol, partiendo de comprimidos, en un paciente neonato con hipertiroidismo por EG materno.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, obteniéndose una única referencia para la elaboración de una suspensión oral de metimazol 3mg/mL a partir de comprimidos de 5mg (Gateway Pediatric Pharmacy Group-Formulary of Extemporaneous Oral Liquid Medications). Ante la dificultad para contrastar la bibliografía mencionada, se decidió realizar una validación galénica, siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Se consideró esta preparación de riesgo medio. Periodo de estudio y conservación: 14 días a temperatura entre 2-8°C, en envase de cristal topacio. El indicador de estabilidad fisicoquímica utilizado fue el pH. Para el control microbiológico se estudió el crecimiento de microorganismos aerobios y anaerobios sembrando, por duplicado, una alícuota de 1mL de la suspensión en agar-sangre, que se incubó 48h a 37°C. También se evaluaron características organolépticas y capacidad de redispersión durante el periodo de estudio. Se realizaron controles por triplicado los días 0, 7 y 14. Para valorar la efectividad de la formulación se realizó un seguimiento al paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó una suspensión con la siguiente composición: (24 comprimidos de 5mg de metimazol finamente triturados en el mortero, 20mL de agua para inyectables, y 20mL de jarabe simple). La suspensión, color blanco opaco, presentó partículas sólidas en suspensión, fácilmente redispersables por agitación. Permaneció estable, homogénea y carente de agregados o precipitados durante todo el periodo de estudio.

El pH fue 5 en todos los controles, y los cultivos microbiológicos, negativos. La analítica del neonato a los 5 días de vida mostró los siguientes valores: TSH 0.01µIU/mL (0.35-5.0), T4 libre 5.96ng/dL (0.7-1.98), T3 libre > 20.00pg/mL (2.3-4.2). La sintomatología mejoró al iniciar metimazol 0.34 mg/kg/día, y los parámetros de función tiroidea se normalizaron (analítica 21 días de vida: TSH 0.02µIU/mL, T4 libre 0.90 ng/dL, T3 libre 3.12 pg/mL).

La suspensión oral de metimazol mantiene estables sus características fisicoquímicas, microbiológicas y caracteres organolépticos dentro del periodo de estudio. Además, facilita la administración de las dosis prescritas en pacientes neonatos y permite lograr un manejo eficaz y seguro del hipertiroidismo autoinmune neonatal.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

920. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

RAMOS SANTANA E, DÍAZ RUIZ P, SUÁREZ GONZÁLEZ M, MARTIN CONDE JA, HERNÁNDEZ ROJAS S, FERNÁNDEZ LÓPEZ E, MORALES BARRIOS JA, MERINO ALONSO J
HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA. CTRA. GRAL. DEL ROSARIO 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y analíticas de los casos de hipertensión arterial pulmonar primaria diagnosticados en nuestro centro. Comparando las características basales al diagnóstico con las características a partir de la semana 24 post-tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados de hipertensión pulmonar idiopática, asociada a enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) o asociada a cardiopatía congénita. Se recogieron todos los pacientes del Servicio de Neumología con ese diagnóstico tratados desde 2004 hasta la actualidad.

Los datos fueron recogidos en una base de datos Exce® y obtenidos de la historia clínica electrónica Drago AE® y del programa de dispensaciones de pacientes externos Dominion®.

Se excluye del análisis a los pacientes con hipertensión arterial secundaria y a los que causaron exitus antes de la semana 24.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio fueron tratados 18 pacientes, 10 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 52.8 años. 6 con hipertensión arterial pulmonar idiopática, 7 asociada a enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y 5 asociada a cardiopatía congénita.

Dichos pacientes fueron tratados siguiendo las recomendaciones actuales de las guías clínicas con los siguientes fármacos: sildenafil, tadalafil, bosentan, ambrisentan, macitentan, iloprost inhalado y epoprostenol, en monoterapia o combinados en función de la clase funcional y de las características del paciente.

La media de duración del tratamiento fue de 4.7 años. 5 pacientes causaron exitus después de la semana 24, con una media de edad al fallecimiento de 60.6 años.

Un 44% de los pacientes había estado en contacto o estaba con el tabaco. Un 33% presentaba otras comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial o enfermedad coronaria).

La media de ingresos debida a descompensaciones de la propia enfermedad es de 0.72 (0-5).

Al diagnóstico, 4 pacientes se encontraban en clase funcional de la OMS II, 10 pacientes en clase III, 1 en clase funcional IV y de 3 no tenemos datos. Tras la semana 24, 9 pacientes mantuvieron clase funcional, 4 mejoran la clase funcional y 2 empeoraron.

Los valores medios al inicio del tratamiento fueron: péptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) 618 pg/ml, presión arterial pulmonar (PAP) 56.8 mmHg, resistencia venosa pulmonar (RVP) 6.3 uw, distancia caminada 6 minutos (6MWD) 365 m y capacidad de difusión pulmonar (DLCO) 62.9.

Los valores medios tras 24 semanas fueron: NT-proBNP 302 pg/ml, PAP 65.8 mmHg, RVP 6.1 uw, 6MWD 439 m y DLCO 68.6.

Conclusiones

Los parámetros clínicos medidos empeoran tras 24 semanas de tratamiento, excepto el NT-proBNP, aunque es de esperar que lo haga más lentamente que en pacientes no tratados, pues la propia enfermedad hace que avance muy rápido la sintomatología. A pesar del empeoramiento global, la mayoría de los pacientes se mantiene en su clase funcional inicial, e incluso en un 26% se mejora.

Es importante realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes, para una optimización constante del tratamiento, pues esta enfermedad tiene un mal pronóstico y una alta tasa de mortalidad a corto plazo.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

925. 8 AÑOS CON ECULIZUMAB EN UN CASO DE HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRIGUEZ J, APIÑANIZ APIÑANIZ R, NEBOT VILLACAMPA MJ, CALVO ARAGÜETE ME, CASO GONZALEZ A, MARIN GORRICO R, CASAJUS NAVASAL A
HOSPITAL SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

La Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) es una enfermedad rara (1/100.000 casos), cuyo tratamiento con Eculizumab supone unos 334320 € anuales. Debido a al alto impacto económico que supone para el sistema nacional de salud se debe comprobar la efectividad de este tipo de medicamentos en la práctica clínica real.

Evaluar la efectividad de Eculizumab en la HPN

Analizar la evolución del estado general tras 8 años en tratamiento con Eculizumab en comparación a los años sin este.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2008 (año del diagnóstico) hasta Marzo de 2018

Los parámetros de efectividad del medicamento son el descenso de la lactato deshidrogenasa (LDH), la estabilización de la hemoglobina (HB) y un menor número de transfusiones de hemáties. Estos se midieron mediante, la visualización de analíticas desde el año del diagnóstico hasta la última administración del medicamento del mes de marzo, a través del programa electrónico del laboratorio.

Las variables incluidas dentro de la evolución del estado general tras 8 años con Eculizumab fueron la actividad física diaria, número de ingresos hospitalarios, motivo de ingreso, tolerancia al tratamiento y la presencia de brotes durante este tiempo. La recogida de estos datos se realizó utilizando el programa informático de historia clínica electrónica.

Otras variables recogidas fueron el sexo, la edad, el año de inicio del Eculizumab y su tratamiento domiciliario, a través del programa informático de historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mujer de 51 años anticoagulada de manera indefinida con acenocumarol, resistente al tratamiento con corticoides y desde mayo de 2010 se introduce Eculizumab.

Se han recogido un total de 25 analíticas pre-tratamiento con un promedio de HB $8,78 \pm 1,64$, LDH $4219,08 \pm 1350,14$ y transfusiones periódicas (> 10) desde enero de 2008 hasta mayo de 2010. En referencia, tras iniciar Eculizumab (se administra según ficha técnica) se han recabado un total de 92 analíticas hasta marzo de 2018 con un promedio de HB $8,85 \pm 0,63$, LDH $394,14 \pm 198,88$ y 6 transfusiones.

Antes de iniciar este medicamento (2008-2010) presentaba una vida limitada, anemia crónica, cefaleas continuas, astenia, brotes hemolíticos intensos y 12 ingresos (75%(9) por necesidad de transfusión y el 25% restante (3) por litiasis biliar, insuficiencia renal aguda que precisó hemodiálisis y trombosis venosa profunda.

Actualmente tras 8 años muestra una buena tolerancia al Eculizumab sin presentar astenia, pero con una vida en reposo, cefaleas ocasionalmente leves, dolor lumbar, alteración de la bilirrubina sin manifestar un patrón de ictericia y 3 ingresos (66,7% (2) infecciones respiratorias y el 33,3% (1) por brote hemolítico con ictericia conjuntival que requirió intensificar la frecuencia de administración del medicamento cada 12 días durante 6 meses.

La efectividad del Eculizumab en este caso se manifiesta en una mejora de la LDH, un menor número de transfusiones y una estabilización de los valores de hemoglobina.

El estado general ha mejorado con una menor tasa de complicaciones asociadas a la enfermedad y con una buena tolerancia al fármaco.

Se precisan un mayor número de estudios a largo plazo para determinar la eficiencia de Eculizumab en HPN.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

959. EFECTIVIDAD DE IDARUCIZUMAB EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DABIGATRÁN EN EL ENTORNO CLÍNICO

AUTORES

PONCE ORTEGA P, GÓMEZ PERALES Á, CALPE ARMERO P, LUCAS ALCAHUZ B, TORRECILLA JUNYENT T, FERRIOLS LISART R, CARRIÓN CARRIÓN C, ALÓS ALMIÑANA M
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. AV. DE BLASCO IBÁÑEZ Nº17. VALENCIA

OBJETIVOS

El objetivo principal es la evaluación de la efectividad de la administración de idarucizumab en la reversión del efecto anticoagulante de dabigatrán etexilato en pacientes con hemorragias potencialmente mortales o no controladas y en intervenciones quirúrgicas de urgencia o procedimientos urgentes. Como objetivo secundario se establece el análisis de la adecuación del tratamiento con dabigatrán (indicación, dosis y pauta) en los pacientes que requirieron la administración de idarucizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de una cohorte de pacientes tratados con idarucizumab desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica del hospital (julio de 2016) hasta diciembre de 2017.

La efectividad del tratamiento se evaluó como la normalización del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) (23-32 segundos) y del ratio del tiempo de trombina (TT) (0,8-1,2) a las 24 h. de la administración. Del mismo modo, se identificaron posibles signos de sangrado activo. De forma complementaria se evaluó el TTPa y el TT a las 48 horas para establecer la efectividad a largo plazo y la necesidad de administrar una segunda dosis de idarucizumab.

Las variables recogidas fueron: datos biométricos (edad, sexo), creatinina, aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault), indicación del tratamiento y dosis administrada de idarucizumab, duración de la estancia hospitalaria, mortalidad, TTPa, TT y signos de sangrado.

El tratamiento con dabigatrán se consideró adecuado si se ajustaba a la indicación aprobada, dosis e intervalo posológico (ajustados según edad y aclaramiento de creatinina), definido en ficha técnica.

Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 7 pacientes en tratamiento con idarucizumab. Un paciente fue excluido del estudio por no ser evaluable. La edad media fue de $78,4 \pm 6,6$ años, 50% mujeres y 50% hombres. Un 50% de los pacientes recibieron idarucizumab en hemorragia no controlada o potencialmente mortal relacionada con dabigatrán y el 50% restante por necesidad de una intervención quirúrgica o procedimiento urgente. Todos los pacientes tratados normalizaron los valores de TTPa y TT a las 24 horas. A las 48h. un 50% de los pacientes mantuvo normalizados los valores de TTPa y TT. No obstante, en ningún caso

fue necesaria la administración de una dosis adicional de idarucizumab. No se describieron episodios de sangrado activo ni exitus tras la administración del fármaco. La estancia hospitalaria fue de $7,9 \pm 5,7$ días. La indicación del tratamiento con dabigatrán fue en todos los casos la prevención de ictus y de embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular en todos los pacientes. La dosis prescrita en el 33% (n=2) de los pacientes fue superior a la que le correspondería por grupo etario (150 mg/12h vs. 110 mg/12h). El idarucizumab se muestra como un tratamiento seguro y efectivo para revertir el efecto anticoagulante del dabigatrán. No obstante, aunque se observa una prolongación de los tiempos de TTPa y TT a las 48h de la administración de idarucizumab, no presentó relevancia clínica. Es importante ajustar la dosis de dabigatrán según la edad y función renal para evitar posibles complicaciones del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

964. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TIOSULFATO SÓDICO EN LA ARTERIOLOPATIA URÉMICA CALCIFICANTE.

AUTORES

SALMERÓN NAVAS FJ, DIAZ NAVARRO J, GIL SIERRA MD, DE LA ESPADA PIÑA V, CAMEN CASTILLO M, BRICEÑO CASADO MP, PALOMO PALOMO C, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CTRA. N-IV KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con tiosulfato sódico al 25% en pacientes sometidos a técnicas de terapia renal sustitutiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, donde se evalúa efectividad y seguridad de los pacientes dializados tratados con tiosulfato sódico al 25% en el periodo comprendido desde Julio del 2016 hasta Abril del 2018. Los datos recogidos fueron edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC), patología renal de base, técnica de diálisis, niveles de calcio, hormona paratiroidea (PTH) y albúmina, dosis de tiosulfato y uso concomitante con bifosfonatos, obtenidos a partir de la historia única digital. La efectividad clínica del tratamiento se valoró según la evolución favorable de la úlcera mediante la disminución del diámetro y de las infecciones; la seguridad se valoró según el riesgo de acidosis metabólica, mediante los niveles de HCO_3 , y los posibles efectos hemodinámicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, cuatro pacientes fueron tratados con tiosulfato sódico, con edades comprendidas entre 65 y 75 años. Tres pacientes presentaban obesidad tipo I y otro fue clasificado como pre-obeso. Todos los pacientes presentaban enfermedad renal crónica (ERC) de base estadio V y úlceras en los miembros inferiores compatible con arteriopatía urémica calcificante (calcifilaxis). Dos pacientes se encontraban en diálisis peritoneal, otro en hemodiálisis y el último con trasplante renal. Los niveles de calcio en sangre no variaron durante el periodo de tratamiento. Tres pacientes presentaban niveles de PTH $< 300\text{pg/ml}$ e hipoalbuminemia. La pauta de tiosulfato prescrita a los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal fue de 25 mg, 3 veces por semana, sin bifosfonatos asociados al tratamiento; El paciente trasplantado recibió dosis bajas de tiosulfato (12,5 gramos 2 veces por semana) junto con bifosfonatos. Hubo disminución del diámetro de las úlceras, hasta curación completa en tres pacientes. El cuarto falleció como consecuencia de una sobreinfección bacteriana de la úlcera en el marco de shock séptico. Los niveles de HCO_3 se mantuvieron dentro de los valores normales de referencia y no se describieron alteración hemodinámica durante el periodo de tratamiento. El tiosulfato sódico al 25% resultó eficaz en la curación de las úlceras en la mayoría pacientes, con dosis de 25 a 75 mg a la semana, sin haber reacciones adversas de tipo metabólicas ni hemodinámicas, por lo que podría ser considerado como una opción válida de tratamiento para la calcifilaxis.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

997. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE TRATAMIENTO CON PIRFENIDONA EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ARAGÓN

AUTORES

TRIGO VICENTE C, AIBAR ABAD P, BANDRES LISO AC, ABAD SAZATORNIL R
C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. AVDA. DUQUESA VILLAHERMOSA, 66. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar a eficacia del tratamiento con pirfenidona en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en la comunidad autónoma de Aragón.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con pirfenidona desde septiembre de 2015 a octubre de 2018 en Aragón. Se recogieron datos de capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión pulmonar (DLCO) basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento; edad de inicio de la terapia y sexo. Dichos datos se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos (Farmatools®) y de la historia clínica electrónica. El análisis de los datos se realizó con Excel®.

Se calculó la mediana del %CVF y %DLCO basal, y a los 6 y 12 meses, respecto a las medidas iniciales. Se analizaron las modificaciones de ambas variables, según si el descenso era $\geq 10\%$, $< 10\%$ o no había disminución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Iniciaron tratamiento 27 pacientes, de los cuales el 66,7% fueron hombres. La media de edad de inicio del tratamiento fue de 70,3 años (DE: 7,33). La mediana de la CVF basal fue del 76% (69 a 90), produciéndose un cambio del 0% (-10,8 a 8) y del 2% (-16 a 10,9) a los 6 y 12 meses, respectivamente. La mediana de la DLCO basal fue 46% (37 a 58), a los 6 meses se observó un incremento del 0,5% (-7 a 4,5) y al año una disminución del -7,3% (-14 a -3,8).

A los 6 meses de tratamiento, 7 (29,2%) pacientes presentaron una disminución de la CVF en $\geq 10\%$ y en $< 10\%$, mientras que en 10 (41,6%) se produjo mejoría de la CVF. A los 12 meses de tratamiento, 3 (23,1%) pacientes presentaron una disminución $\geq 10\%$ de la CVF basal y en 2 (15,4%) fue $< 10\%$. En 8 pacientes (61,5%) no hubo disminución de la CVF. La DLCO disminuyó a los 6 meses de iniciado el tratamiento en $\geq 10\%$ en 4 (16,7%) pacientes, en 8 (33,3%) el descenso fue $< 10\%$, mientras que hubo mejoría en 12 (50%) pacientes. A los 12 meses, 4 pacientes (30,8%) presentaron un descenso $\geq 10\%$; 7 (53,8%) $< 10\%$, y en 2 (15,4%) no hubo descenso.

Conclusiones:

Pirfenidona parece que enlentece la progresión de la enfermedad, manteniendo una eficacia similar a los 6 y 12 meses de tratamiento. Estos resultados, deberán confirmarse en estudios a más largo plazo, y con un tamaño muestral más grande. Los pacientes analizados presentaron valores de CVF y DLCO basales similares a los del estudio ASCEND. La edad media fue similar, con menor porcentaje de hombres en la muestra estudiada.

Los datos obtenidos en la población estudiada en Aragón al año de tratamiento, respecto al porcentaje de pacientes en los que se produce una disminución de $\geq 10\%$ de la CVF, siguen en línea con los resultados obtenidos en el estudio ASCEND. Sin embargo, los datos en referencia a estabilización o mejora de la CVF difieren en la población de Aragón, en la que se obtienen mejores resultados.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1001. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON NINTEDANIB PARA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ARAGÓN

AUTORES

TRIGO VICENTE C, AIBAR ABAD P, BANDRES LISO AC, ABAD SAZATORNIL R
C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. AVDA. DUQUESA VILLAHERMOSA, 66. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del tratamiento con nintedanib en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en la comunidad autónoma de Aragón.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con nintedanib desde septiembre de 2015 a octubre de 2018 en Aragón. Se recogieron datos de capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión pulmonar (DLCO) basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento; edad de inicio de la terapia y sexo. Dichos datos se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos (Farmatools®) y de la historia clínica electrónica. El análisis de los datos se realizó con Excel®.

Se calculó la mediana del %CVF y %DLCO basal, y a los 6 y 12 meses, respecto al valor inicial. Se analizaron las modificaciones en ambas variables, según si el descenso era $\geq 10\%$, $< 10\%$ o no había disminución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Iniciaron tratamiento 17 pacientes, de los cuales el 72,2% fueron hombres. La media de edad de inicio del tratamiento fue de 65,6 años (DE: 10,8). La mediana de la CVF basal fue del 83% (69,6 a 101,3), a los 6 meses se observó un mejoría del 2% (-1,8 a 10,8) y a los 12 meses un descenso del -2,1% (-10,8 a 15). La mediana de la DLCO basal fue 45% (32,8 a 62,5), a los 6 meses se observó un incremento del 2,5% (-9,0 a 8,5) y a los 12 meses un descenso del -10% (-15 a -1).

A los 6 meses del inicio de tratamiento, se produjo una disminución de la CVF en $\geq 10\%$ del valor basal en 2 (12,5%) pacientes, en 4 (25%) fue $< 10\%$, mientras que en 10 (62,5%) se produjo mejoría o estabilidad de la CVF. A los 12 meses de tratamiento, 2 (25,6%) pacientes presentaron tanto una disminución $\geq 10\%$ de la CVF basal como menor del 10%. En 3 pacientes (42,9%) no hubo disminución de la CVF.

La DLCO disminuyó a los 6 meses de iniciado el tratamiento en $\geq 10\%$ y menor del 10% en 3 (18,8%) pacientes, mientras que hubo mejoría o estabilidad en 10 (62,4%) pacientes. A los 12 meses, 4 pacientes (57,1%) presentaron un descenso $\geq 10\%$; 2 (28,6%) $< 10\%$, y en 1 (14,3%) no hubo descenso.

Conclusiones

Nintedanib parece que enlentece la progresión de la enfermedad, especialmente en los primeros 6 meses, ya que los datos de mayor disminución de las variables estudiadas se producen al año de tratamiento. Deberá confirmarse más a largo plazo, y con una muestra de pacientes mayor.

Los pacientes a estudio presentaron valores de CVF y DLCO basales similares a los de los estudios pivotaes INPULSIS 1 y 2, así como en la edad media y el porcentaje de hombres incluidos.

Los datos obtenidos en el porcentaje de pacientes en los que se produce una disminución $< 10\%$ de la CVF junto con los que la mantienen estable o mejoran en la población en tratamiento con nintedanib para FPI en Aragón al año de tratamiento, siguen en línea con los resultados de dichos estudios.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1004. PRESENCIA DE EXCIPIENTES RELACIONADOS CON TOXICIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR DE 4 AÑOS

AUTORES

HIJAZI VEGA M, ACHAQUES RODRIGUEZ M, CAVADA CARRANZA I, IBÁÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO KM.12,500. MADRID

OBJETIVOS

Los excipientes son componentes necesarios para garantizar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de los medicamentos, así como su aceptación por los pacientes. Sin embargo, alguno de ellos puede no ser adecuado para la población pediátrica. El objetivo es determinar la exposición de la población pediátrica a excipientes potencialmente relacionados con toxicidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes de las unidades de neonatología y pediatría menores de 4 años, que hubieran recibido medicación durante su ingreso en el año 2017. La medicación administrada durante su ingreso se obtuvo a través del programa de prescripción del hospital. La presencia de excipientes se recogió de las fichas técnicas. Los excipientes seleccionados fueron: alcohol bencílico y benzoatos, etanol, propilenglicol, sorbitol, sulfitos, colorantes (tartrazina, carmoisina, quinoleínas y xantinas) y parabenos, por estar potencialmente relacionados con toxicidad en la población pediátrica. Se excluyeron las fórmulas magistrales, vacunas, sueroterapia y dietas y suplementos enterales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 583 pacientes pediátricos. Un 84% de los pacientes recibieron al menos un excipiente de los estudiados y una media de 2 excipientes por paciente. El número total de medicamentos evaluados fue de 261 y el 71,6% de ellos contenían alguno de los excipientes. Un 62% recibieron medicamentos que contenían colorantes de tipo tartrazina, carmoisina, quinoleína o xantinas. El medicamento que en más casos aportaba este tipo de excipientes fue el paracetamol gotas (88,3%). El 44,8% de los pacientes recibieron algún medicamento con parabenos, los más frecuentes fueron prednisolona gotas (51,7%), la amoxicilina 250 mg solución oral (16,9%) y gentamicina vial (14,5%). El 17,7% de los pacientes recibieron medicamentos que contenían alcohol bencílico o benzoatos, los más frecuentes fueron el ibuprofeno suspensión (40,7%), amoxicilina-clavulánico suspensión (14,6%) y cefixima suspensión (10,6%). El 16,8% de los pacientes recibieron fármacos con propilenglicol, como colecalciferol gotas (39,8%), complejo vitamínico gotas (38,7%) o diazepam vial (9,2%). Respecto a los medicamentos que contienen sulfitos fueron administrados a un 9,4% de los pacientes y los más frecuentes fueron gentamicina vial (69,1%), seguido de amikacina vial (9,1%) y aciclovir vial (9,1%). El 9,3% de pacientes recibieron medicamentos que contenían sorbitol, los más frecuentes fueron ferroglicina gotas (51,8%) y domperidona gotas (11,1%). Finalmente el 7,7% de los pacientes recibieron medicamentos con etanol, como nistatina suspensión (22,2%), diazepam vial (20,0%) y budesónida suspensión para inhalación infantil (13,3%).

Un alto porcentaje de los pacientes menores de 4 años en nuestro hospital han recibido medicamentos que contenían al menos uno de los excipientes estudiados. Los colorantes fueron los excipientes principalmente implicados seguidos de los parabenos. Dado estos resultados, la presencia de excipientes no adecuados para la población pediátrica debería ser un criterio a evaluar en la adquisición de medicamentos destinados a esta población.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1011. UTILIDAD Y FUTURO DE LA INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

BONAGA SERRANO B, OBÓN AZUARA B, LUQUE GÓMEZ P, JIMÉNEZ BARTOLOMÉ B, DIAZ MELE MC, CAMPOS MONTELLANO FJ, ORTE ALDEA MDC, SALVADOR GÓMEZ T
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. AVENIDA SAN JUAN BOSCO 15 50009. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) comportan una complejidad tecnológica y asistencial que los diferencia de otros servicios del hospital. La integración del farmacéutico en los SMI resulta especialmente útil a la hora de seleccionar la prescripción médica más adecuada. El objetivo del trabajo es analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas con motivo de la incorporación de un farmacéutico en un SMI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de las intervenciones realizadas por el farmacéutico en un SMI Médico-Quirúrgico de 34 camas de un hospital de tercer nivel en el período de Marzo 2017 a Marzo 2018. Diariamente y de manera semipresencial, el farmacéutico revisó la situación clínica, datos analíticos y tratamiento farmacológico de cada paciente, interviniendo si se consideró necesario. Las IF se clasificaron en pasivas (participación activa del farmacéutico) y activas (solicitadas por los médicos y enfermeros del SMI) quedando registradas en el sistema informático empleado en el SMI. Las IF realizadas fueron: ajuste según función renal, optimización posológica (ajuste de dosis por peso, insuficiencia hepática, según la edad etc), monitorización farmacocinética (vancomicina/aminoglucósidos), interacciones farmacológicas potenciales, interacción fármaco-nutrición enteral, conciliación de la medicación (en el momento del ingreso). Se consideró aceptada en caso de modificación de la prescripción a las 24 h. Así mismo se registraron: datos demográficos, tipo de IF, aceptación o no de la misma, fármaco implicado, terapia de reemplazo renal sustitutiva (si/no), valor de creatinina (mg/dL).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período de estudio se elaboraron un total de 500 recomendaciones sobre un total de 362 pacientes (1,38 intervenciones/paciente) siendo la media de edad 65 (DE 14,6) años y el 30,6% mujeres. Las IF pasivas supusieron un 89,8% (n=449): optimización posológica (17,8%), monitorización farmacocinética (16,2%), interacciones farmacológicas potenciales (12,7%), interacciones fármaco-nutrición enteral (8,9%), conciliación de la medicación (7,8%). En relación al ajuste según función renal, se realizaron 164 recomendaciones (36,5%) con un valor medio de creatinina de 1,87 (DE 2,3) mg/dl. Del total (n=164), en el 46,9% de las ocasiones el paciente requirió terapia de reemplazo renal sustitutiva. Los fármacos sobre los que más se intervino fueron meropenem (28,1%), daptomicina (19,0%), levofloxacino (19,0%), otros (33,9%). El 95 % de las IF pasivas (n=427) fueron aceptadas por el médico responsable. Las IF activas supusieron un 10,2% (n=51) y englobaron información acerca de administración de fármacos, estabilidad y volumen mínimo de dilución.

Conclusiones

La participación de los farmacéuticos como miembros activos en los equipos de trabajo de UCI, ayuda a mejorar los resultados del paciente, y por tanto la calidad de la práctica asistencial. En nuestra experiencia, la aceptación de esta participación ha sido elevada, lo que favorece la consolidación de nuestro papel en la actividad clínica desarrollada en los SMI. Este trabajo conjunto nos permitirá establecer recomendaciones y objetivos farmacoterapéuticos especialmente diseñados para los pacientes críticos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1017. PROFILAXIS DEL SÍNDROME ABSTINENCIA NEONATAL A OPIOIDES CON SOLUCIÓN ORAL DE METADONA

AUTORES

HIJAZI VEGA M, CAVADA CARRANZA I, IBÁÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO KM.12,500. MADRID

OBJETIVOS

El Síndrome de Abstinencia Neonatal Adquirido (NAS) es un conjunto de signos desarrollados por el recién nacido como consecuencia de la retirada brusca de analgésicos opioides. Se ha desarrollado un protocolo que establece el uso de metadona oral para la retirada progresiva de los opioides con el fin de disminuir el NAS. Las ventajas que presenta la metadona frente a la morfina tradicionalmente utilizada son su buena biodisponibilidad y semivida larga. El objetivo del estudio es la descripción del protocolo de profilaxis del NAS a opioides así como su valoración en la práctica clínica diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de neonatos pretérmino ingresados en la UCI neonatal que han requerido el empleo de metadona por exposición postnatal a morfina y/o fentanilo intravenoso. Se recogieron los siguientes datos desde la instauración del protocolo en el año 2012: edad gestacional, peso al nacer, dosis y días de tratamiento con fentanilo/morfina, dosis iniciales y días de tratamiento con metadona oral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El protocolo definido en el Hospital para evitar el NAS por opioides considera candidatos a la administración de metadona a aquellos neonatos con perfusión continua de opioides durante 7 días o más o con una dosis acumulada mayor o igual a 1,5 mg/kg de fentanilo o 150 mg/kg de morfina intravenosa. La metadona se debe introducir 12 horas antes del descenso de la perfusión del opioide y se disminuye paulatinamente hasta su retirada. La dosis inicial de metadona se establece a partir de la dosis diaria de fentanilo/morfina y no debe exceder de 40 mg/kg. Pasado el tercer o cuarto día de metadona, se reduce dosis y se ajusta la pauta posológica en función de la escala de Finnegan. El Servicio de Farmacia valida la adecuación al protocolo y la dosis diaria prescrita. Puesto que el preparado comercial de metadona contiene alcohol, el farmacéutico elabora una fórmula magistral de metadona 1 mg/mL solución oral y se dispensa diariamente en jeringas orales la dosis individualizada. Se estudiaron un total de 9 pacientes, con un peso al nacer de 1.03 (\pm 0.57) kg y una edad gestacional de 27,8 (\pm 3,6) semanas. Ocho pacientes recibieron fentanilo intravenoso a dosis iniciales entre 1.3mcg/kg/hora a 6mcg/kg/hora y uno de ellos recibió morfina intravenosa a 10mcg/kg/hora, que fue modificándose a lo largo del ingreso dependiendo de la evolución del paciente. Todos los pacientes se ajustaron al protocolo ya que superaron los 7 días de tratamiento con opioides y recibieron metadona oral a dosis entre 0.1mg/kg/día y 0.45mg/kg/día durante 18 días [IQR 9-19]. No se observó una relación lineal entre la duración del tratamiento de opioides previos y la duración del tratamiento con metadona oral.

La instauración de un protocolo para la profilaxis del NAS a opioides permite un manejo uniforme de los síntomas asociados. La duración del tratamiento con metadona es independiente del número de días previos con opioides. El Servicio de Farmacia tiene un papel fundamental tanto en garantizar el adecuado cumplimiento del protocolo como en la elaboración de la fórmula magistral y dispensación diaria individualizada de la dosis prescrita.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1061. PATRONES DE USO E IMPACTO ECONÓMICO DE LOS FACTORES ESTIMULANTES DE LA TROMBOPOYESIS EN PEDIATRÍA

AUTORES

LÓPEZ VINARDELL L, FERNANDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, GRAS MARTÍN L, SERNA BERNA JV, GARIN ESCRIVÀ N, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CTRA. SAN QUINTI, 89. BARCELONA



OBJETIVOS

Eltrombopag y romiplostim son fármacos estimuladores de la producción de plaquetas indicados en Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) crónica a partir del primer año de edad refractarios a otros tratamientos. Los objetivos son: 1) Explorar los patrones de uso y las dosis de mantenimiento de romiplostim y eltrombopag en pacientes pediátricos con PTI; 2) Analizar el impacto económico de ambas alternativas, comparándolas entre pacientes con distintos pesos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes pediátricos en tratamiento con romiplostim y/o eltrombopag en el periodo 2013-2017 en un hospital universitario de tercer nivel.

Mediante la revisión de historias clínicas se recogieron datos clínicos (indicación, eficacia) y sociodemográficos (edad, peso) y variables de interés (dosis inicial, dosis de mantenimiento).

Una vez conocidas las dosis habituales de mantenimiento en los casos de PTI se comparó el impacto económico de las distintas pautas posibles de romiplostim para diversos rangos de peso (2mcg/kg/semana, 7,5mcg/kg/semana y 10mcg/kg/semana) y eltrombopag (12,5mg/24h, 25mg/24h, 50mg/24h y 75mg/24h), estimando el coste a partir del precio de facturación de los dos medicamentos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes entre 4 y 17 años. Las indicaciones de los tratamientos fueron: ocho PTI, seis para la recuperación hematológica después de un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y en un paciente para evitar transfusiones.

Los ocho pacientes con PTI eran mayores de seis años, de los cuales dos fueron tratados con eltrombopag y seis recibieron ambos tratamientos en distintos tiempos. El rango de dosis de mantenimiento de romiplostim se situó entre 6-10 mcg/kg/semana (dosis media 7,5 mcg/kg/semana) mientras que el de eltrombopag fue de 25-75 mg/24h.

La comparación del impacto económico (mensual) de las distintas pautas mostró los siguientes resultados:

- Romiplostim 2mcg/kg/semana:
 - Pacientes hasta 20kg: coste inferior independientemente de la dosis de eltrombopag.
 - Pacientes entre 30-40kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 25mg/24h.
 - Pacientes \geq 50kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 50mg/24h.
- Romiplostim 7,5mcg/kg/semana:
 - Pacientes hasta 10kg: coste inferior a eltrombopag \geq 25mg/24h.
 - Pacientes entre 15-20kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 50mg/24h.
 - Pacientes de 30kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 75mg/24h.
 - Pacientes \geq 40kg: coste superior independientemente de la dosis de eltrombopag.
- Romiplostim 10mcg/kg/semana:
 - Pacientes hasta 15kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 50mg/24h.
 - Pacientes de 20kg: coste inferior a una dosis de eltrombopag \geq 75mg/24h.
 - Pacientes \geq 30kg: coste superior independientemente de la dosis de eltrombopag.

Conclusiones

Eltrombopag y romiplostim se utilizan principalmente en PTI (indicación autorizada) y secundariamente para la recuperación hematológica después de un TPH (uso en condiciones distintas a las autorizadas).

Las dosis de romiplostim requeridas para lograr el objetivo de recuento de plaquetas en PTI son más altas que las iniciales recomendadas en ficha técnica (1mcg/kg/semana). A estas dosis el impacto económico mensual de eltrombopag es menor que el de romiplostim. En nuestro entorno, por lo tanto, la opción más coste-efectiva es el tratamiento con eltrombopag, excepto las pautas de eltrombopag \geq 25mg/24h en pacientes con peso de 10kg, eltrombopag \geq 50mg/24h en pacientes con peso de 15-20kg o eltrombopag de 75 mg/24h en pacientes de 30kg.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1077. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEVACIZUMAB EN NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2

AUTORES

FERNÁNDEZ MEGÍA MJ, EDO SOLSONA MD, CAMPINS ROMEU M, ALCALA VICENTE C, LOPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL, CASANOVA ESTRUCH B

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE. AVINGUDA FERNANDO ABRIL MARTORELL,106. VALENCIA

OBJETIVOS

La neurofibromatosis tipo 2 (NF2) es una enfermedad genética caracterizada por la ocurrencia de meningiomatosis múltiple y schwannomas vestibulares bilaterales y de múltiples raíces nerviosas. Existen pocas opciones de tratamiento además de la cirugía para este tipo de pacientes. Los schwannomas vestibulares expresan factor de crecimiento del endotelio vascular por lo que se ha utilizado bevacizumab para disminuir el crecimiento de estos tumores y retrasar la discapacidad neurológica de estos pacientes. El objetivo es la descripción del uso de bevacizumab en el tratamiento sintomático de pacientes con NF2 en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ámbito: Hospital general de 1.000 camas. Diseño: Observacional y retrospectivo. Población: Todos los pacientes con NF2 tratados con bevacizumab. Procedimiento: Se autorizó el uso fuera de ficha técnica de bevacizumab según legislación vigente. Todos los pacientes recibieron 5mg/kg cada 15 días realizando periodos de descanso según criterio médico. Variables: La efectividad del tratamiento se evaluó a través de las imágenes de los tumores por RM y la valoración clínica del médico y del paciente. La tolerancia al mismo se registró en la historia clínica electrónica.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han tratado 4 pacientes con NF2 (50% mujeres) con una mediana edad al inicio del tratamiento de 29 años. El objetivo del tratamiento con bevacizumab en todos los pacientes fue frenar el crecimiento o disminuir el tamaño tumoral.

Paciente 1: schwannomas vestibulares bilaterales y múltiples meningiomas. Hipoacusia severa oído derecho, ataxia, disimetría y alteración motilidad ocular. Recibió 37 dosis de bevacizumab con un período de descanso. La RM mostró reducción del schwannoma y estabilización de los meningiomas. Como único efecto adverso, alteraciones en la menstruación. La evolución clínica ha sido lentamente progresiva a lo largo de los años.

Paciente 2: múltiples meningiomas a nivel cerebral y de médula espinal, neurinomas en raíces nerviosas y schwannomas gigantes en los nervios auditivos. Sordera bilateral, alteración de la visión, hipofonía e inestabilidad progresiva de la marcha. Ha recibido 98 dosis con estabilización tamaño de tumores y como efecto adverso presenta cefalea diaria.

Paciente 3: múltiples neurinomas vestibulares, meningiomas y ependiomas medulares. Hipoacusia, vértigos e inestabilidad en la marcha. Se trató con cirugía de un neurinoma acústico. Recibió 16 dosis de bevacizumab mejorando la audición, el equilibrio y el tinnitus. El paciente sufrió prurito generalizado y proteinuria (paciente monorreño). Se interrumpió bevacizumab por empeoramiento de la función renal y actualmente en hemodiálisis. Se le ofreció cirugía por riesgo de compresión de nervios del tronco pero el paciente prefirió seguir con bevacizumab. La RM muestra estabilidad de los tumores pero el paciente presenta inestabilidad y visión doble.

Paciente 4: schwannomas acústicos bilaterales, meningiomas en lóbulo frontal y neurinomas a nivel espinal. Pérdida audición, acúfenos, lumbalgia, cefalgia y pérdida sensibilidad en la cara. Ha recibido solo 3 dosis de bevacizumab con mejora de la audición, del equilibrio y del tinnitus, aunque refiere episodios de disartria, entumecimiento de cara. En conclusión: Bevacizumab puede considerarse una opción terapéutica en pacientes con NF2 con mejora de los síntomas asociados y control del crecimiento de los tumores con un perfil de efectos adversos manejables.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1079. EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA MATERNO-INFANTIL

AUTORES

FERNÁNDEZ BARGIELA N, MARTÍNEZ ROCA C, YÁÑEZ GÓMEZ P, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, GIMENEZ ARUFE V, MONDELO GARCÍA C, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

La evolución que la asistencia sanitaria ha experimentado en los últimos años nos exige una mayor especialización para proveer una atención farmacéutica (AF) de calidad. La implantación de un modelo de consultas monográficas de AF al paciente externo pretende dar respuesta a este nuevo escenario. Los objetivos de este estudio son: a) Definir una escala de complejidad en una consulta de AF. b) Evaluar con la escala anterior el grado de complejidad de una consulta de AF en el área materno-infantil (AF-MI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Para definir la escala de complejidad se optó por un método Delphi en el que participaron seis farmacéuticos responsables de AF en consulta externa. Para evaluar el grado de complejidad de la consulta de AF-MI se diseñó un estudio observacional prospectivo de cuatro semanas en el que se incluyeron todas las consultas de presencia física realizadas con dispensación de medicación. Fuente de datos: aplicativo informático de gestión de citas e historia clínica electrónica. Datos recogidos: edad, programa de medicación según diagnóstico, número de líneas de tratamiento y características del mismo, revisiones médicas y cambios de tratamiento. Para el análisis estadístico se empleó el programa Stata/IC 15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La escala para definir el grado de complejidad se diseñó con los siguientes ítems y puntuaciones: 1-Primera consulta (3 puntos) o continuación (1 punto); 2-Número programas medicación (un programa=0, 2 programas=1, ≥3 programas=2 puntos); 3-Líneas medicamentos/programa (≤2 líneas=0, 3-4 líneas=1, ≥5 líneas=2 puntos); 4-Inicia tratamiento medicamento grupo 2-3 NIOSH (sí=1, no=0 puntos); 5-Requiere gestión individual medicamentos situaciones especiales (sí=1, no=0 puntos); 6.-Requiere elaboración en Farmacia (dosificación parenteral=2, formulación magistral=1, no requiere=0 puntos); 7-Necesita nuevas instrucciones específicas (administración parenteral=2, otras vías=1, no requiere=0 puntos); 8-Consulta médica desde última dispensación (sí=1, no=0 puntos); 9-Cambio medicamento o dosis (sí=1, no=0 puntos); 10-Necesidad realizar cálculos para validación farmacéutica (sí=2, no=0 puntos). Se definieron tres niveles de complejidad: baja (1-2 puntos), intermedia (3-5 puntos) y alta complejidad (≥6 puntos). En la segunda parte del trabajo se aplicó la escala anterior en la consulta monográfica de AF-MI. Se analizaron 322 consultas: 240 correspondieron a pacientes < 18 años y 82 a ≥18 años. El grado de complejidad obtenido fue: 47,5% (153/322) baja, 33% (106/322) intermedia y 19,5% (63/322) alta complejidad. La distribución de consultas de alta complejidad por programa de medicación según diagnóstico fue: 31 reproducción asistida, 15 formulación magistral, 8 parálisis cerebral infantil, 9 otros.

Conclusiones

Se ha diseñado un instrumento para medir la complejidad de las consultas de AF al paciente externo. La escala definida demostró una complejidad intermedia-alta en más de la mitad de las dispensaciones realizadas en la consulta de AF-MI. En un siguiente paso nos gustaría validar la escala comparando el grado de complejidad obtenido con los tiempos reales de AF invertidos en diferentes consultas monográficas. Una escala validada permitirá calcular el grado de complejidad medio de las diferentes consultas monográficas de AF al paciente externo y ajustar los tiempos de atención optimizando recursos y minimizando tiempos de espera.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1096. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE IDARUCIZUMAB EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, VELASCO ROCES L, MENÁRGUEZ BLANC R, ARIAS MARTÍNEZ A, ZAPICO GARCÍA I, ZARATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Idarucizumab es un fragmento de anticuerpo monoclonal humanizado que se une al dabigatrán con una afinidad muy alta (más de 300 veces que la afinidad del dabigatrán por la trombina). Idarucizumab se une tanto al dabigatrán libre como al unido a la trombina, revirtiendo rápidamente los efectos anticoagulantes y atenuando el sangrado inducido por dabigatrán.

Idarucizumab obtuvo la aprobación acelerada por la Food and Drug Administration para dos indicaciones: intervenciones quirúrgicas de urgencia o procedimientos urgentes y casos de hemorragias potencialmente mortales o no controladas. El objetivo de este trabajo es analizar la adecuación a los criterios de utilización de idarucizumab en el Servicio de Urgencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de los pacientes que han requerido administración de idarucizumab desde su comercialización hasta el momento actual. Se recogieron variables demográficas, indicación, dosis de dabigatrán, tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) y fibrinógeno (al ingreso y después de la administración de idarucizumab). También se documentaron las concentraciones plasmáticas de dabigatrán antes y después de la administración del antídoto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Idarucizumab fue administrado a 4 pacientes (50% mujeres), con una edad media de 82 años (66-83). Dos presentaban hemorragia cerebral, uno sangrado de absceso escrotal y el otro requería cirugía tras un traumatismo en la mano. Las dosis de dabigatrán referidas en la historia clínica fueron: 150 mg/12h (n = 1), 75 mg/12h (n = 1) y 110 mg/12h (n = 2). Los parámetros por paciente al ingreso fueron: TP 66%, 52%, 84%, 84%; TTPA 43.7, 51.6, 41.6, 30.6 segundos; fibrinógeno 363, 695, 515, 513 mg/dL; concentraciones plasmáticas de dabigatrán 91.87, 289.19, 57.36, - ng/dL. Después de la administración de idarucizumab: TP 73%, 66%, 88%, 93%; TTPA 34.4, 24.3, 29.7, 24.4 segundos y fibrinógeno 533, 706, 456, 529 mg/dL; las concentraciones plasmáticas de dabigatrán -, 1.29, 0.16, - ng/dL. En un paciente no se determinó la concentración plasmática de dabigatrán tras la administración de idarucizumab. En otro no se determinó ni al ingreso ni después de la administración del antídoto, y el hemograma además se evaluó 4 días tras la hospitalización.

En todos los pacientes se pudo controlar el proceso hemorrágico y el subsidiario de cirugía fue intervenido sin complicaciones. Este último podría ser considerado no candidato ya que el traumatismo no suponía un riesgo vital. La indicación siempre fue realizada por un hematólogo.

Conclusiones

Idarucizumab puede considerarse una alternativa efectiva en situaciones de emergencia hemorrágica en pacientes a tratamiento con dabigatrán. Tratándose de un fármaco de alto impacto económico y con una evidencia limitada sobre su perfil de seguridad, parece necesario establecer procedimientos estrictos de utilización para evitar su uso irracional en pacientes tratados con dabigatrán con sospecha de procesos hemorrágicos. El TP y el TTPA aportan información cualitativa por lo que la determinación de los niveles plasmáticos de dabigatrán es esencial para concluir una alteración significativa de la coagulación. La colaboración y el abordaje multidisciplinar de estas situaciones es clave para garantizar la mejor atención al paciente optimizando los recursos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1104. DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

AUTORES

RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, VELASCO ROCES L, ORDÓNEZ FERNÁNDEZ L, MENÁRGUEZ BLANC R, PIERAS LÓPEZ Á, ZARATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti-receptor alfa de la interleucina-4 recientemente autorizado para el tratamiento de la Dermatitis Atópica (DA) moderada-grave en pacientes no candidatos o refractarios a terapia sistémica. Se trata de un fármaco no comercializado en España por lo que los pacientes deben acceder al tratamiento a través del programa de Uso Compasivo.

El objetivo de este trabajo es analizar los criterios de inicio de tratamiento con dupilumab, así como su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que han recibido tratamiento con dupilumab hasta abril de 2018. Se recogieron variables demográficas, características basales, tratamientos previos y efectos adversos (EAs). Se evaluó la respuesta a las 16 semanas. Se consideró como variable principal de respuesta la reducción del 50% en el Índice de Gravedad y



Localización del Eccema (Eczema Area and Severity Index, EASI), EASI-50. Se documentó la reducción de intensidad del prurito según la Escala de Valoración Numérica (Numerical Rating Scale, NRS) así como la variación en la calidad de vida de los pacientes según el Índice de Calidad de Vida Dermatológica (Dermatology Life Quality Index, DLQI).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Cuatro pacientes recibieron dupilumab (todos ellos con una puntuación ≥ 16 según el índice EASI), 3 de ellos fueron evaluables durante al menos 16 semanas (2 hombres). Las edades fueron: 23, 50 y 47 (mujer). Todos los pacientes habían sido tratados con corticoides tópicos, antihistamínicos orales, ciclosporina y metotrexato. El varón de 23 años había recibido tratamiento tópico con pimecrólimus y los otros dos pacientes fototerapia con psoraleno y omalizumab. Los valores basales EASI, NRS y DLQI fueron respectivamente: (28.8, 23 y 30); (8.5, 6 y 6); (12, 23 y 23). Tras las 16 semanas: (12.3, 7.8 y 12.3); (2, 3 y 3); (5, 9 y 9). El porcentaje de reducción en el índice EASI fue de 57%, 66% y 59% respectivamente. Los EAs más frecuentes fueron: descamación generalizada (n=3) y reacción en el punto de inyección (n=2). La mujer tuvo conjuntivitis leve que cedió con lágrimas artificiales. El varón de 50 años sufrió conjuntivitis intensa que no respondió a corticoides y antihistamínicos tópicos, requiriendo seguimiento por el Servicio de Oftalmología. Además, este último refirió ansiedad, nerviosismo y disfunción eréctil en relación con dupilumab dada la coincidencia temporal, suponiendo la interrupción del tratamiento. Dichos EAs fueron notificados al Centro de Farmacovigilancia.

Conclusión

Todos los pacientes iniciaron tratamiento con dupilumab tras haber fracasado a varias terapias y con una puntuación alta en el índice EASI. Dupilumab se mostró efectivo, alcanzándose el objetivo EASI-50 y reduciéndose considerablemente la puntuación NRS en los tres casos. La calidad de vida de los pacientes mejoró significativamente tras el periodo de evaluación. La gravedad de la conjuntivitis observada así como los EAs no descritos en la literatura refuerzan la necesidad de seguimiento estrecho de los pacientes en tratamiento con dupilumab. Se requiere un mayor tamaño muestral y un periodo de seguimiento más amplio para obtener conclusiones robustas en cuanto a efectividad y seguridad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1108. DESCRIPTION A CASE OF SICKLE-CELL ANEMIA TREATED WITH HYDROXYUREA

AUTORES

GONZALEZ MORCILLO G, RODRIGUEZ CAMACHO JM, OLIVER NOGUERA A, MANDILEGO GARCÍA AC, COMPANY BEZARES F, VILANOVA BOLTÓ M, CANO COLLADO V
HOSPITAL SON LLATZER. CARRETERA MANACOR KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

To describe a case of SCA in a child treated with hydroxyurea

MATERIALES Y MÉTODOS

This was a descriptive and retrospective clinical case. Data were obtained by review of the electronic medical records

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A 2-year-old man from Venezuela was followed by the pediatric service for SCA diagnosed since 6 months old. He had received treatment with phenoxymethylpenicillin 125 mg/12hours for the prevention of infection and folic acid 5 mg/day as a supplement and two blood transfusions were carried out. The calendar vaccine is being completed according to the Spanish vaccination regulation. During the course of the disease, the patient has had 5 admissions caused by one episode of bacterial infection, three episode of anemia, and two pain attacks.

The patient exhibited an episode of dactylitis in mars 2017, which conditioned the onset of off-label pharmacological treatment with hydroxyurea suspension (20 mg/kg titrating according to tolerance up to 30 mg/kg). The treatment was started with the following analytical values: Hb 7.13 gr/dL; HbF 8.5 %, HbS 53%; Mean Corpuscular Volume (MCV) 81.50 fl; reticulocytes 353.0*109/L; neutrophils 4.99*109L; creatinine 0.41 mg/dL; glutamic-oxalacetic transaminase (TGO) 11 U/L; glutamic-pyruvic transaminase (TGP) 14 U/L.

After 8 months of treatment the patient has only presented one admission for febrile syndrome. Its analytical values are Hb 9.04 gr/dL; HbF 25.6%; HbS 64.8%, MCV 96.50 fl; reticulocytes 153.0*109/L; neutrophils 2.93*109/L; creatinine 0.40 mg/dL; TGO 12 U/L; TGP 33 U/L, and the patient has not presented adverse reactions to the treatment.

The lack of alternative treatment to this disease makes it necessary to use off label treatments to try to slow down the progressive deterioration to which these patients are exposed. In our experience, treatment with hydroxyurea has been clinically and analytically effective as well as safe.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1123. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS SOBRE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO PARA PACIENTES CRÓNICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES

GUZMÁN RAMOS MI, JIMÉNEZ GALÁN R, DÍAZ ACEDO R, SERRANO GIMENEZ R, CANTILLANA SUÁREZ M, MÁRQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA



OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) relacionadas con medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos (MARC) realizadas en el servicio de Urgencias de un hospital de especialidades y evaluar el grado de aceptación de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención, realizado entre el 1 de diciembre de 2017 y el 31 de marzo de 2018. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años pendientes de ingreso en planta de hospitalización, excluyendo aquellos con ingreso cursado en Medicina Interna. El listado de pacientes se obtenía diariamente del programa de prescripción electrónica. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, servicio clínico destino, presencia de polimedicación (≥ 5 medicamentos crónicos), tipo de IF (relacionada con la conciliación y/o adecuación) sobre medicamentos incluidos en la lista MARC elaborada por el ISMP-España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos), MARC implicados y grado de aceptación de las mismas evaluadas dentro de las 48 horas posteriores). Las intervenciones fueron realizadas a través del programa de prescripción electrónica. Los datos fueron obtenidos a través de la historia clínica electrónica y módulo de prescripción en receta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 1230 pacientes revisados, se realizó IF sobre 542, siendo el 42,8% (n=232) sobre medicamentos incluidos en la lista MARC. De ellos, el 59% fueron hombres y la mediana de edad fue de 72 años (RIQ 61-80). Los principales servicios clínicos destino fueron quirúrgicos (24,1%), cardiología (20,7%), neumología (20,7%) y neurología (16,8%). El 82,8% de los pacientes sobre los que se intervino eran polimedificados. Respecto al tipo de IF realizada, el 74,1% (n=172) estaban relacionadas con errores de conciliación, el 24,6% (n=57) con adecuación de la prescripción al ingreso y el 1,3% (n=3) restante fueron de ambos tipos. El error de conciliación más frecuente fue de omisión, detectándose en el 85,5% de los casos. Los principales MARC implicados en intervenciones de conciliación fueron benzodiazepinas (28,0%), antihipertensivos orales (ADOs; 16,6%), antiagregantes (13,1%), betabloqueantes (9,1%). Mientras que en las IF de adecuación fueron, antiagregantes (33,3%), insulinas (16,7%), ACOs (11,7%), ADOs (11,7%) y AINES (10,0%). El 65,5% de la IF realizadas sobre MARC fueron aceptadas, un 28,4% no aceptadas y el 6% restante fueron no evaluables por alta dentro de las 48 horas posteriores a la intervención. La tasa de aceptación para las IF de conciliación y adecuación fue del 66,3% y 56,7%, respectivamente. Los grupos de medicamentos que tuvieron mayor tasa de aceptación fueron antiepilépticos (88,9%), antineoplásicos (83,3%), ACOs (78,9%), inmunosupresores (75,0%), antipsicóticos (75%), betabloqueantes (73,7%), insulina (71,4%) y ADOs (68,6%).

Conclusiones

Un elevado porcentaje de las IF realizadas en el servicio de urgencias fueron sobre MARC, siendo la mayoría de ellas relacionadas con errores de conciliación. La tasa de aceptación de las IF realizadas fue elevada, especialmente de aquellas relacionadas con errores de conciliación. La repercusión clínica de errores de medicación relacionados con este tipo de medicamentos, así como el envejecimiento de la población y la creciente proporción de pacientes polimedificados hace necesario diseñar estrategias que nos permitan priorizar nuestra actuación sobre este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1189. TEDUGLUTIDA Y SÍNDROME DE INTESTINO CORTO: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

AUTORES

MAGALLÓN MARTÍNEZ A, GARCIA ROMERO R, PINILLA RELLO A, CASAJUS NAVASAL A, VICENTE ITURBE C, ARIAS SÁNCHEZ Á, PEREIRA BLANCO O

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Pº ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La nutrición parenteral a largo plazo puede asociarse a múltiples complicaciones y deterioro de la calidad de vida del paciente con síndrome de intestino corto (SIC). Teduglutida (análogo del péptido similar al glucagón-2 humano) favorece la reparación estructural y funcional del intestino remanente, siendo el primer fármaco indicado en abordaje no sintomático en estos pacientes.

Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de teduglutida en el tratamiento de SIC de un paciente pediátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un paciente pediátrico en tratamiento con teduglutida. La dosis recomendada es de 0,05 mg/kg una vez al día. Variables de efectividad: % de reducción de la Nutrición parenteral, % de reducción de calorías por nutrición parenteral, nivel de citrulina en sangre, volumen de líquido eliminado por riñón e ileostomía y variación de peso y talla.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Paciente de 10 años de edad, con diagnóstico de neurodisplasia intestinal tipo B, que presenta un síndrome de intestino corto a los 8 años de vida. La paciente tiene que ser intervenida en múltiples ocasiones debido a los cuadros suboclusivos que presenta, quedando con una longitud de intestino de 15 cm desde segunda porción duodenal. Precisa para su alimentación, hidratación y crecimiento de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) de manera diaria durante 16 horas al día. Además, presenta antecedentes de trombofilia por Factor V de Leiden, que producen trombosis en los accesos venosos centrales. A los 9 años presenta un síndrome de vena cava superior que obliga a realizar una trombectomía mecánica.



Ante la necesidad de NPD y la escasa existencia de vías centrales, debido a su enfermedad trombótica de base, se inicia en octubre de 2017 tratamiento con Teduglutida. Al inicio del tratamiento la paciente presentaba: niveles de citrulina 7 mOsmol/l, aporte calórico y volumen de NPD: 1130 kcal y 1875 mL respectivamente, pérdida de líquido por orina 690 mL y por ostomía 490 mL. A los dos meses de tratamiento aumentaron significativamente los niveles en sangre de citrulina (28,72 mOsmol/l) así como el peso (1.7 kg) y talla (1 cm) de la paciente. Tras 5 meses de tratamiento farmacológico, el nivel de citrulina aumentó a 54,27 mOsmol/l, se redujo en un 23% el volumen de nutrición parenteral y en un 4% las kilocalorías aportadas. Actualmente, y tras 6 meses de tratamiento la paciente muestra mejoría clínica, con un aumento de 4 kg y 5,5 cm de talla respecto al inicio, además de la mejora del balance hídrico, con incremento de eliminación de líquidos por orina (865 mL) y reducción de las pérdidas por ileostomía (370 mL), por lo que se pauta de nuevo NPD con reducción al 50% del volumen y 12% de kcal aportadas durante 8h diarias.

Conclusiones

En este paciente, y tras 6 meses de tratamiento, teduglutida ha mostrado ser efectivo consiguiendo una mejora de la funcionalidad intestinal y absorción de nutrientes, favoreciendo el balance hídrico y la reducción de dependencia a la nutrición parenteral. Además, al reducir NPD de 16 horas a 8h al día, la paciente presenta una mejora importante de su calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1195. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ACETATO DE LANREÓTIDO EN ENFERMEDAD HEPÁTICA ASOCIADA A LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

AUTORES

MARTINEZ ORTEGA PA, GIMÉNEZ MANZORRO Á, DURÁN GARCÍA ME, MANRIQUE RODRÍGUEZ S, GARCÍA MARTÍN E, AMOR GARCÍA MÁ, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GRAL. UNIV. GREGORIO MARAÑÓN. DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de acetato de lanreótido en el tratamiento de la enfermedad hepática asociada a la poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó todos los pacientes tratados con acetato de lanreótido para la enfermedad hepática asociada a la PQRAD desde enero de 2012 hasta abril de 2018.

Se recogieron variables demográficas, clínicas (efectos adversos clasificados según Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 5.0, estadio de enfermedad renal crónica (ERC), ecografías abdominales) y farmacoterapéuticas.

La efectividad se evaluó como la disminución o el mantenimiento del volumen hepático total y como la disminución de la sintomatología debida al aumento de volumen hepático.

La seguridad se evaluó como la aparición de efectos adversos, o el empeoramiento de la sintomatología presente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 4 pacientes, 100% mujeres (edad mediana al inicio del tratamiento 52,2 años (desviación estándar (SD) 8,1), con PQRAD confirmada. El tratamiento se inició con lanreótido 120 mg/28 días.

Estadio de ERC (del órgano nativo) al inicio del tratamiento: 2 pacientes con ERC grado 1, una con ERC grado 4 y otra trasplantada 10 años antes del inicio del tratamiento (con función normal del injerto).

El tiempo mediano en tratamiento fue de 291 días (rango intercuartílico (RIC): 249-1773)

Tres de las pacientes continúan en tratamiento con lanreótido (dos con la misma dosis y una con descenso de dosis a 30 mg/14 días).

La sintomatología basal de las pacientes fue:

-4 pacientes presentaron distensión abdominal (3 de ellas grado 2 y una grado 1).

-3 pacientes, dolor abdominal (una grado 3, otra grado 2 y otra grado 1).

-Astenia grado 2, epigastralgia grado 2, dispepsia grado 2, prurito grado 1 y náuseas grado 1 en una de las pacientes.

El volumen hepático disminuyó a los seis meses de tratamiento en una paciente y se mantuvo igual en dos. En la paciente en que disminuyó el volumen hepático, la sintomatología previa al tratamiento remitió, excepto la distensión abdominal grado 1. En otra el grado de los síntomas previos (distensión abdominal grado 3, dolor abdominal grado 2, astenia grado 2, epigastralgia grado 2) se mantuvo, y en las dos restantes alguno de los síntomas empeoró.

Seguridad del tratamiento:

•A una paciente se le suspendió el tratamiento por presentar astenia grado 2, aumento de gamma-glutaril transferasa (GGT) grado 1, aumento de alanina aminotransferasa (ALT) grado 1 y aumento de aspartato aminotransferasa (AST) grado 1.

•Una paciente presentó reacción en el lugar de inyección grado 1, astenia grado 2 y alopecia grado 1, que motivaron que se redujera la dosis de lanreótido.

•Dos de las pacientes no presentaron ningún efecto adverso.

El uso de acetato de lanreótido en el tratamiento de la enfermedad hepática sintomática asociada a la PQRAD parece controlar o disminuir el volumen hepático total, con un nivel aceptable de control de síntomas previos. Los efectos adversos, aunque poco frecuentes, han sido causa de suspensión de tratamiento en una de las pacientes y de reducción de dosis en otra.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1200. PROFILAXIS CON ECULIZUMAB EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON SÍNDROME HEMOLÍTICO UREMICO ATÍPICO (SHUA)

AUTORES

SALVADOR GARRIDO P, PEDREIRA VAZQUEZ MI, GONZALEZ PIÑEIRO S, MARTIN HERRANZ I
COMPLEJO HOSPITALARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

El trasplante renal no ha sido una buena opción terapéutica para los pacientes con Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUA) debido a la alta frecuencia de recidivas y la consiguiente pérdida temprana del injerto. El objetivo del presente estudio es presentar nuestra experiencia en la utilización de eculizumab como profilaxis del SHUA en pacientes trasplantados adultos renales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes adultos con SHUA que han sido sometidos a un trasplante renal. Protocolo de profilaxis: 1) Trasplante renal de donante vivo: antes del trasplante 2 dosis de 1200 mg los días -7 y -1, para continuar a partir del día +1 post-trasplante con la posología establecida (fase inicial y de mantenimiento); 2) Trasplante renal de donante cadáver: antes del trasplante 1 dosis de 1200 mg inmediatamente antes de la reperusión para continuar después del día +1 con la posología habitual. Variables clínicas para monitorización: 1) Eficacia: función renal (creatinina -Cr en mg/dL-), función hematológica (plaquetas en $\times 10^9/L$) y parámetros indicativos de hemólisis (lactato deshidrogenasa-LDH en UI/L- y haptoglobina en mg/dL). 2) Seguridad: reacciones adversas. Se realiza un análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Han sido sometidos a un trasplante renal 5 pacientes con SHUA (3 con mutaciones en el factor H, 1 con polimorfismos en el factor H y 1 con polimorfismos en MCP y Factor I). 3 pacientes recibieron un injerto de donante cadáver y 2 de donante vivo. Su terapia inmunosupresora consistió en inducción con timoglobulina, en 2 pacientes que recibieron un trasplante previo con recidiva de la enfermedad de base y pérdida de sus injertos, y basiliximab en 3, y triple terapia inmunosupresora con tacrolimus, ácido micofenólico y corticoides.

Tras un seguimiento de 18 ± 5 meses, la evolución de los parámetros clínicos utilizados para monitorizar la respuesta terapéutica ha sido: 1) Situación basal (al alta de los pacientes): Cr: $1,80 \pm 0,49$; Plaquetas: $239,40 \pm 65,37$; LDH: $614,40 \pm 319,68$; Haptoglobina: $120,40 \pm 120,55$. 2) A los 6 meses: Cr: $1,22 \pm 0,17$; Plaquetas: $172,00 \pm 50,02$; LDH: $339,00 \pm 57,69$; Haptoglobina: $123,75 \pm 66,83$. 3) A los 12 meses: Cr: $1,16 \pm 0,18$; Plaquetas: $167,20 \pm 36,91$; LDH: $344,40 \pm 93,75$; Haptoglobina: $105,67 \pm 67,57$; 4) Al cabo de 18 meses: Cr: $1,33 \pm 0,13$; Plaquetas: $152,25 \pm 19,62$; LDH: $379,67 \pm 15,31$; Haptoglobina: $112,00 \pm 59,50$. En cuanto a los niveles de tacrolimus fueron, respectivamente, $10,58 \pm 3,76$; $7,66 \pm 2,04$; $7,86 \pm 1,15$ y $7,80 \pm 2,11$ ng/mL.

La supervivencia del injerto y paciente ha sido del 100%, no presentando ningún paciente recidiva de la enfermedad de base.

Ningún paciente ha presentado mala tolerancia al tratamiento.

Conclusiones

Este estudio muestra la efectividad de la utilización de eculizumab como profilaxis del SHUA en pacientes trasplantados renales, ya que ha permitido una mejora renal significativa, un mantenimiento de la respuesta hematológica y una mejora de la hemólisis intravascular sin recidiva de la enfermedad de base, así como su seguridad y buena tolerabilidad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1205. USO DE COMPRIMIDOS DE DOSIS FIJAS DE ANTITUBERCULOSOS EN PEDIATRÍA

AUTORES

BOSSACOMA BUSQUETS F, SÁNCHEZ CELMA M, ROZAS QUESADA L, GUIX COMELLAS E, VELASCO ARNAIZ E, FORTUNY GUASCH C, VINENT GENESTAR J, NOGUERA-JULIAN A
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU. Pº SANT JOAN DE DEU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

En 2009 la Organización Mundial de la Salud publicó recomendaciones del uso de medicamentos en combinación de dosis fijas (CDF) en niños con enfermedad tuberculosa (ET) con la intención de facilitar su administración, mejorar la adherencia y disminuir el riesgo de aparición de resistencias. Como en el caso de los adultos, el tratamiento de la ET en el niño consiste en una fase de inducción combinando cuatro fármacos durante 2 meses, seguida de una fase de continuación con dos fármacos durante un mínimo de 4 meses más.

En nuestro país las CDF de antituberculosos disponibles no están indicados en Ficha Técnica (FT) en pacientes menores de 8-12 años o < 25 kg, para quien solo se dispone de presentaciones individuales de los fármacos. Sólo se dispone de jarabe comercializado para rifampicina.

Determinar si el uso off-label de CDF de antituberculosos en niños con ET es eficaz y seguro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital pediátrico terciario durante los años 2010-2016; se incluyeron todos los pacientes < 18 años que recibieron tratamiento antituberculoso para ET. Se clasificaron según si recibieron



antituberculosos en CDF de acuerdo con la FT (Grupo A), fuera de indicación de FT por edad y/o peso del paciente (Grupo B) o bien formulaciones líquidas o sólidas de un solo principio activo utilizadas según FT (Grupo C).

De la historia clínica se obtuvieron los datos demográficos de los pacientes, diagnóstico de ET pulmonar o extrapulmonar y los datos de eficacia y seguridad del tratamiento, utilizando como marcadores analíticos de toxicidad la elevación por encima del margen superior de normalidad de AST, ALT, bilirrubina o creatinina; también se registró la disminución en el recuento plaquetario por debajo del margen inferior de la normalidad.

Se realiza análisis descriptivo y estadístico de los resultados mediante SPSS v.21.0 (IBM Corp., Armonk, NY).

El estudio cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De un total de 88 pacientes en tratamiento por ET, 21 pacientes cumplían criterios del grupo A (edad media 14,9 años, 9 varones y 14 diagnosticados de ET pulmonar), 53 del grupo B (edad media 4,4 años, 34 varones y 42 diagnosticados de ET pulmonar) y 14 del Grupo C (edad media 1,9 años, 9 varones y 12 diagnosticados de ET pulmonar).

Eficacia: Todos los pacientes alcanzaron la remisión clínica y radiológica en un tiempo similar, 7.1 meses (Grupo A), 6.6 (Grupo B) y 6.9 meses (Grupo C).

Seguridad: se detectaron 5/53(9.4%) eventos adversos en el Grupo B y 4/35(11.4%) eventos adversos en los grupos A y C. Respecto a los parámetros analíticos, se detectaron alteraciones en la función hepática (AST, ALT o Bilirrubina) en 2/53(3.8%) pacientes del grupo B y 4/35(11.4%) en los grupos A y C. No se detectaron alteraciones en la creatinina sérica. Las diferencias entre datos de eficacia y seguridad, clínica y analítica, entre los tres grupos analizados no fueron significativas.

En conclusión, el uso off-label de CDF de antituberculosos en niños con ET no se asoció con diferencias en eficacia o seguridad respecto a aquellos que los reciben según FT.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1220. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y VALORACIÓN DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES

OLIER MARTÍNEZ P, REAL CAMPAÑA JM, IZUEL RAMI M, MARRÓN TUNDIDOR R, BLANCO SÁNCHEZ G, GASSO SÁNCHEZ A, LORENTE BAIGORRI A, POVAR MARCO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la prescripción mediante la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) en un Servicio de Urgencias (SU) así como analizar el valor añadido de la validación farmacéutica y las mejoras en la administración de medicamentos que este proceso ha producido.

Disminuir los errores de medicación ligados a la transición asistencial Urgencias-Hospitalización al utilizar todos los servicios clínicos la misma herramienta de PEA.

DISEÑO

Se desarrolló la interfaz necesaria para integrar el programa de PEA (Farmatools® módulo Unidosis) y el software de gestión integral del paciente en el SU (PCH-URGENCIAS®) tanto en la herramienta de prescripción como el módulo de cuidados de enfermería.

También se integró la PEA con el SAD disponible en Urgencias (Pyxis®) y con el sistema de solicitud de medicamentos por vía urgente al Servicio de Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se formó al personal facultativo y de enfermería por personal de farmacia y se crearon los protocolos en la herramienta de PEA.

La integración PEA mediante Farmatools® con la herramienta PCH-URGENCIAS® ha permitido mantener el flujo de trabajo habitual, dotando a los profesionales de un sistema asistido que incluye, un nomenclátor único y alertas de prescripción como duplicidad, contraindicaciones, alertas en función de valores clínicos...

Una vez realizada la prescripción en urgencias es validada por Farmacia analizándose posteriormente las intervenciones registradas. Si el paciente pasa a planta lo hace con el tratamiento de urgencias ya revisado y conciliado disminuyendo así el impacto de la transición asistencial.

IMPLANTACIÓN

El arranque del nuevo sistema se realizó el 21/11/2017 cuando se integraron los dos programas con los que se trabaja en el SU, Farmatools®-PCH-URGENCIAS® y también el SAD y el sistema de peticiones urgentes a farmacia, facilitando la preparación y la petición de medicamentos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se ha formado a 50 FEAs y 100 DUE del SU y 250MIR de diferentes servicios que desarrollan actividad en el SU.

Se crearon 56 protocolos en Farmatools® para facilitar la prescripción y se estandarizaron las perfusiones y pautas de fluidoterapia.

Se han registrado 464 intervenciones en los 5 meses analizados, de las que fueron aceptadas 374 (80,6%). Se detectaron 24 motivos de intervención, siendo "conciliación" el mayoritario con 238 (51,3%), con una aceptación del 76,9%. Tras conciliación, los motivos más frecuentes fueron "dosis excesiva" con 44 intervenciones (9,4%), "dosificación insuficiente"

con 27 (5,82%), “duplicidad terapéutica” con 26 (5,6%) y alergia 19 (4,1%).

En 337 (72,6%) ocasiones la intervención se comunicó por escrito, información verbal in situ en 73 (15,7%) y telefónicamente en 54 (11,6%).

Limitaciones

Se requirió un periodo de adaptación del personal de enfermería al modificarse la forma en las que se visualizaban las prescripciones en su módulo de cuidados.

Los facultativos comunicaron problemas en la prescripción de bombas de perfusión por las limitaciones del programa. Además, se detectaron problemas puntuales de comunicaciones y de integración entre programas que generaron omisiones y duplicidades en la gráfica de enfermería y que se fueron corrigiendo durante las semanas posteriores.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Esta integración es útil para todos los hospitales de la nuestra comunidad autónoma, ya que se utilizan los mismos programas para Urgencias y PEA.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1226. TRATAMIENTO DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

AUTORES

ESTEBAN SÁNCHEZ CM, BOSSACOMA BUSQUETS F, MARIÑO FERNÁNDEZ C, MUÑOZ BOLAÑO M, IGLESIAS JIMÉNEZ E
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU. PASSEIG DE SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la miopatía inflamatoria más común en la infancia (85% de los casos). Es una enfermedad rara (2-4 casos/1.000.000 niños). El tratamiento precoz ajustado a cada paciente mejora el control de la enfermedad y reduce las complicaciones asociadas a medio y largo plazo. El tratamiento inicial recomendado se basa en corticoides y metotrexato (está demostrada la superioridad de esta combinación frente a corticoides solos) e hidroxiquina. El uso de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) se recomienda como tratamiento de segundo escalón cuando hay afectación severa al debut de la enfermedad. En casos de mala respuesta a los tratamientos anteriores se han utilizado otros inmunosupresores como tacrolimus, micofenolato de mofetilo, ciclosporina A, rituximab y/o anti-TNF alfa. El objetivo de este trabajo es describir el tratamiento de pacientes con DMJ en seguimiento desde enero de 2017 hasta julio de 2017 en nuestro hospital pediátrico de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogieron y analizaron los datos de los tratamientos extraídos de las historias clínicas de pacientes en seguimiento durante el periodo de enero a julio de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Un total de 20 pacientes diagnosticados de DMJ estaban en seguimiento en nuestro centro, la totalidad cumplía el algoritmo de tratamiento según el protocolo de la unidad de reumatología pediátrica del hospital; 13/20 estaban en tratamiento de primer escalón, 9/13 con prednisona, metotrexato e hidroxiquina y 4/13 con los tres fármacos más IgIV a una dosis de 2g/kg mensual debido a la severidad de la afectación cutánea.

Como tratamiento de segundo escalón, 3/20 pacientes recibieron IgIV a una dosis de 2g/kg mensual, ante la no remisión con el tratamiento previo con los tres fármacos anteriores.

Como tratamiento de tercera línea, 4/20 pacientes recibieron tacrolimus añadido al de tratamiento de segundo escalón. En 4 de los 7 pacientes tratados con IgIV se alcanzó la remisión clínica, pudiendo retirar el tratamiento tras 6 meses de inactividad. Dos de estos cuatro pacientes mostraron recidivas cutáneas, por lo que se reinició la administración mensual de IgIV.

Dos pacientes presentaron intolerancia a las IgIV. Para prevenirla en siguientes administraciones se redujo la velocidad de infusión y se fraccionó la dosis a 1mg/kg quincenal. Esta estrategia fue efectiva en uno de los pacientes, pero en el otro fue necesario modificar la pauta de IgIV a tacrolimus.

Conclusiones

en las enfermedades raras existe poca evidencia científica para la recomendación de unos fármacos sobre otros. En la DMJ hay recomendaciones de expertos en las que el primer y segundo escalón de tratamiento están claramente definidos (1º metotrexato + corticoides, 2º adición de IgIV). La administración de IgIV ha sido bien tolerada y efectiva en la mayoría de nuestros pacientes. En los casos en que no existe buena respuesta a estos tratamientos, otros fármacos inmunosupresores como el tacrolimus logran controlar la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1227. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN NEONATOS: ESTANDARIZACIÓN E INTEGRACIÓN EN UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA

AUTORES

AGUILAR SALMERON R, TORO BLANCH C, NOGUÉ PUJADAS E, FABRELLAS FABRELLAS M, AMETLLER MALFAZ E, DÍEZ VALLEJO C, FAYET PÉREZ A, VILA CURRIUS M
HOSPITAL DR. JOSEP TRUETA. CTRA. DE FRANCIA S/N. GIRONA



OBJETIVOS

Las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son áreas de especial riesgo para que se produzcan errores de medicación. La falta de preparados comerciales que faciliten la dosificación de fármacos en pediatría, obliga a la realización de cálculos adicionales, diluciones y cambios en las unidades de medida que potencian la aparición de errores. La estandarización en el modo de preparar y administrar la medicación en una UCIN y la inclusión de dicha información dentro de un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) es una herramienta de gran ayuda para enfermería. El objetivo de la comunicación es describir el proceso de estandarización de la preparación y administración de la medicación en una UCIN y la integración en un programa de PEA.

DISEÑO

Se decidió implantar en la UCIN el sistema de gestión de información clínica Centricity® para dar soporte a las actividades de documentación y decisión clínica. Para el desarrollo del módulo de PEA se constituyó un equipo multidisciplinar constituido por pediatra, enfermera y farmacéutica clínica.

CIRCUITO Y ETAPAS

Para cada uno de los medicamentos orales se revisó la información relativa al modo de administración e interacción con alimentos y para los de uso parenteral se consideró la información relativa a reconstitución, dilución, estabilidad, vías de administración y tiempos de infusión. Para el resto de fármacos se incluyó alguna recomendación específica si procedía. Como fuentes de información farmacológica se consultó: fichas técnicas de los medicamentos, Neofax® pediatría, Pediamecum®, UpToDate®, Lexicomp®, Pubmed®, Stablis® y Trissell®.

IMPLANTACIÓN

La informatización de la UCIN se implantó en junio de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se revisaron todos los medicamentos necesarios en la UCIN, aquellos que su presentación no era adecuada o requerían manipulaciones complejas se sustituyeron por fórmulas magistrales o en su defecto se centralizó la preparación en el Servicio de Farmacia. Finalmente se incluyeron un total de 345 fichas de medicamentos (correspondientes a 319 especialidades farmacéuticas/fórmulas magistrales/fluidoterapia): 185 de administración parenteral, 118 oral y 42 resto de vías. Para estas fichas de medicamentos se crearon un total de 256 pautas de prescripción predefinidas incluyendo, en el 99,9% de las pautas, recomendaciones específicas para su preparación y/o administración.

Para todas las fichas de medicamentos se restringieron las vías de administración permitidas y en el caso de fármacos intravenosos se definió la concentración máxima recomendada en neonatos para ser administrada según vía y tiempo de administración.

En el caso de la infusión continua, para los 21 fármacos que disponían de biblioteca dentro del software de las bombas de infusión, se replicó la información relativa a la preparación y administración de los medicamentos, así como las pautas posológicas predefinidas según rangos de peso y concentración de la preparación.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La estandarización de la preparación y administración de la medicación en una UCIP es una medida clave para mejorar la seguridad y evitar infra o supradosis, preparaciones no estables y vías de administración inadecuadas. La incorporación de esta información dentro de un sistema de PEA facilita significativamente el trabajo del personal de enfermería.

Dentro de los equipos multidisciplinarios, el farmacéutico clínico constituye una figura importante para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1237. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN REAL DEL CONCENTRADO COMPLEJO PROTROMBÍNICO HUMANO A DOSIS BAJAS SEGÚN INR BASAL.

AUTORES

ROLDÁN NAVARRO P, ROLDÁN NAVARRO P, MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM, PÉREZ ENCINAS M, PLO SECO I
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar efectividad y seguridad de la utilización del concentrado de complejo protrombínico (CCP) a dosis bajas según INR basal en pacientes de riesgo bajo o moderado anticoagulados con antagonistas de la vitamina K (AVK).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que evaluó a pacientes de riesgo bajo o moderado a los que se administró CCP entre enero 2014-febrero 2018 en un hospital terciario, con la finalidad de revertir el valor del INR en situaciones clínicas de riesgo leve (hemorragias digestivas, sobredosis de acenocumarol, previa a endoscopia o punción lumbar) y riesgo moderado (hemorragias cerebrales, hemorragias digestivas con inestabilidad hemodinámica). No se incluyeron pacientes con hemorragia masiva o grave.

La recomendación consensuada en nuestro centro para la reversión de estos pacientes es Si $1.6 > \text{INR} < 4.0 = 600 \text{ UI CCP}$, Si $4.0 > \text{INR} < 8 = 1200 \text{ UI CCP}$, Si $\text{INR} > 8 = 1800 \text{ UI CCP}$ para conseguir una reversión de $\text{INR} \leq 1.5$. Además, incluye la administración de 10 mg de vitamina K, la determinación de INR postdosis a los 15-20 minutos, la necesidad de repetir dosis en caso de no alcanzarse el objetivo clínico, y profilaxis con HBPM a las 24h por el riesgo tromboembólico.

Las variables descriptivas: Sexo, edad, peso, anticoagulante, antiagregante habitual y motivo de ingreso. Como variable principal de efectividad: porcentaje de pacientes que revirtieron su INR.

Como variable principal de seguridad: porcentaje de pacientes que tuvieron episodios hemorrágicos o protrombóticos y necesidad de otros hemoderivados (plasma fresco congelado y/o concentrado de plaquetas). Como variables secundarias: indicación CCP, dosis administrada de CCP, cumplimiento de la recomendación de dosis de nuestro centro y utilización de una segunda infusión de CCP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 39 pacientes, con una edad media de 79.04 años (SD:8,62), de los cuales el 56.4% fueron hombres. Un 26.3% fueron clasificados como hemorragias de riesgo moderado con inestabilidad hemodinámica. Todos los pacientes estudiados estaban anticoagulados con acenocumarol previo, y un 18.9% estaban además antiagregados. Los motivos de prescripción de CCP fueron: 37.8% sangrados digestivos, 18.9% sangrados cerebrales, 29.7% previo a endoscopia o punción lumbar y 13.5% sobredosificación de acenocumarol. La dosificación se ajustó a las recomendaciones de nuestro centro en el 80% de los casos. Todos los pacientes redujeron de forma significativa el INR ($p < 0.001$) y se alcanzaron valores $\text{INR} \leq 1,5$ tras la primera dosis en un 82% de los casos (32). En un 5,6% se necesitaron dosis adicionales de acuerdo al protocolo del centro y 2 casos se perdió el seguimiento. En ningún caso fue necesario administrar plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas, antifibrinolíticos o fibrinógeno. En nuestro estudio la mayoría de los casos se adaptan a las recomendaciones de dosificación de CPP según INR y alcanza los objetivos clínicos en la primera dosis o con redosificación según el protocolo de nuestro centro: control de hemorragias agudas y/o realización de procedimientos invasivos en pacientes leves moderados que requieren reversión de anticoagulación sin haber complicaciones hemorrágicas o protrombóticas posteriores.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1238. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES

SALAR VALVERDE I, ONTENIENTE CANDELA M, GIL CANDEL M, CABALLERO REQUEJO C, INIESTA NAVALON C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AV. INTENDENTE JORGE PALACIOS. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de las inmunoglobulinas intravenosas en un hospital general de referencia de Área y su adecuación a las recomendaciones de las guías

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en un Hospital de Referencia de Área de 330 camas, que no dispone de oncología ni pediatría. A partir del sistema informático que da soporte a la gestión del servicio de farmacia se recogieron todas las dispensaciones de inmunoglobulinas intravenosas realizadas durante un periodo de un año (enero-diciembre de 2017), identificándose los pacientes a los que se había administrado. Los datos demográficos (sexo, edad) y clínicos (diagnóstico, indicación de la prescripción) de cada paciente se extrajeron del programa de historia clínica electrónica del centro.

Para valorar la adecuación o no de la indicación a las recomendaciones actuales se utilizó la adaptación de la Clinical Guidelines for Immunoglobulin Use, 2nd Edition 2008 y 2nd Edition Update, 2011 del Department of Health británico realizada por la SEFH y se contrastó con la indicación que figura en la ficha técnica publicada por la Agencia Española del Medicamento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se comprobó que durante 2017 hubo 41 paciente que fueron tratados con inmunoglobulinas intravenosas. De los cuales 22 (53.66%) eran mujeres y 19 (46.34%) fueron hombres, la edad media de la muestra es de 53'49 años (intervalo 14-79). Los servicios prescriptores principales fueron neurología (31,7%) y medicina interna (31,7%), seguido por neumología con una 14,63% y sumando el resto de los servicios prescriptores (dermatología, alergología, nefrología, hematología y reumatología) el 19,52% de las prescripciones. En cuanto a las indicaciones en las que se prescribió se pudo observar que apenas el 51'22% de las indicaciones se podían incluir en los grupos A o B de recomendación, de las cuales solo un 17'07% era tipo A. El 21'95% se encontraban dentro de las catalogadas como indicaciones grises, y un 7'32% no estaban recogidas en la ficha técnica ni en la Guía Clínica Para El Uso De Inmunoglobulinas. Según a AEMPS el 52'7% de las prescripciones estaban fuera de ficha técnica.

Conclusiones

Dado que las inmunoglobulinas intravenosas son una opción terapéutica de disponibilidad limitada y que para una serie de enfermedades no hay alternativa, deben establecerse estrategias para garantizar el suministro a estos pacientes. Los resultados muestran que en nuestro centro debería replantearse el uso de este recurso en indicaciones donde la evidencia clínica es baja (C y D). Por otra parte, la elevada variabilidad de especialidades médicas que lo prescriben coincide con lo observado a nivel nacional, con lo que consideramos esencial la realización de este tipo de estudios sobre su perfil de utilización como paso previo para alcanzar el nivel de autosuficiencia.



CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1240. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA CON ANTIFIBRÓTICOS

AUTORES

VARELA MARTINEZ I, MARTINEZ ITURRIAGA S, BOLDOVA LOSCERTALES A, MONCIN TORRES CA ROYO VILLANOVA. AVENIDA SAN GREGORIO 30. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con nintedanib y pirfenidona en pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de FPI en tratamiento con un antifibrotico durante un mínimo de 12 meses. Se analizaron los datos demográficos edad, sexo y antecedentes de tabaquismo. Para valorar la efectividad se utilizó la reducción del porcentaje de los parámetros de función pulmonar: Capacidad Vital Forzada (FVC) y Difusión pulmonar de CO (DLCO) basal, a los 6 y a los 12 meses. La seguridad se evaluó por la aparición de efectos adversos. Se considera estabilización o mejoría si la disminución de FVC es menor del 10% y la de DLCO menor del 15%. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y el registro de dispensaciones de Farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registran 15 pacientes tratados de los que se excluyen 10 por no cumplir con criterio de tiempo. Se incluyeron un total de 5 pacientes en el estudio (3 en tratamiento con pirfenidona y 2 con nintedanib). La media de edad fue de 57,4 años, el 40% eran mujeres y el 60% presentaban antecedentes de tabaquismo. La media de duración del tratamiento fue de 20,4 meses. La totalidad de la muestra estudiada registra FPI de carácter leve-moderado (FVC > 50% y DLCO > 30%).

La reducción del porcentaje medio obtenido en los parámetros fue: 10,6% y 11,6% a los 6 meses para FVC y DLCO respectivamente y 1,8% y -2% a los 12 meses. A los 6 meses de tratamiento, el 20% de los pacientes experimentó una reducción del FVC < 10% (n=1 pirfenidona) y el 60% redujo el DLCO < 15% (n= 3 pirfenidona). A los 12 meses, todos los pacientes redujeron el FVC < 10% y también el DLCO < 15%.

Con respecto a la seguridad el 60% de los pacientes presentó trastornos gastrointestinales en todos los pacientes tratados con Nintedanib y en uno con Pirfenidona. En el caso de Nintedanib obligó a reducir la dosis al 50%.

Conclusiones

- Los datos de efectividad a los 12 meses muestran estabilización de la enfermedad en todos los casos y para ambos tratamientos. A los 6 meses, los resultados obtenidos son más favorables con Pirfenidona que con Nintedanib pero no son concluyentes debido a la escasez de la muestra. De los datos de efectividad, se desprende que el tratamiento continuado durante 12 meses consigue limitar la progresión de la enfermedad.
- La valoración de los tratamientos a los 12 meses manifiesta la necesidad de continuidad en todos los casos del estudio.
- La evaluación de reacciones adversas muestra buena tolerancia. Los efectos adversos descritos fueron molestias gastrointestinales (diarrea) controladas con medidas farmacológicas concomitantes (loperamida). En el caso de Pirfenidona, se siguieron las recomendaciones de fotoprotección por lo que no apareció en ningún caso esta reacción adversa.
- Es necesario ampliar la muestra y el tiempo de tratamiento para obtener resultados más fidedignos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1263. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DEFIBROTIDE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ALVAREZ CRIADO J, SOBRINO JIMENEZ C, RODRIGUEZ MARTIN E, JIMENEZ NUÑEZ C, GABALDON GARNICA P, JIMENEZ VICENTE C, MOLINA CABEZUELO M, HERRERO AMBROSIO A HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Pº. DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el perfil de uso, la efectividad y seguridad del tratamiento con defibrotide en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que recibieron trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y fueron tratados con defibrotide durante el periodo de estudio (enero 2017-abril 2018). A partir de la historia clínica de los pacientes y de los programas de pacientes ambulatorios, externos y oncológicos del Servicio de Farmacia se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico de base, indicación de defibrotide, tiempo en tratamiento con defibrotide, tipo de inmunosupresión recibida, desarrollo de enfermedad injerto contra huésped (EICH) previa, tratamiento concomitante y valores analíticos de hemoglobina (Hb), plaquetas, bilirrubina, función renal (creatinina y filtrado glomerular) antes y después de la utilización de defibrotide.

Para evaluar la efectividad, se determinó la supervivencia a los 100 días de haber terminado el tratamiento con defibrotide, así como normalización de parámetros analíticos: Hb, plaquetas, bilirrubina. Para la seguridad, se registraron las reacciones adversas atribuibles a defibrotide.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 11 pacientes, 6 mujeres y 5 hombres, con una mediana de edad de 12,52 años (1,82-67,94).

La enfermedad de base desencadenante de TPH fue: patología maligna (leucemia y/o linfoma) en 8 pacientes (73%) y patología no maligna (síndrome de inmunodeficiencia combinada severa, aplasia medular o anemia sideroblástica con sobrecarga férrica) en 3 (27%).

La indicación de defibrotide fue: síndrome obstructivo sinusoidal (SOS) en 5 pacientes (45%), microangiopatía trombótica (MAT) en 5 (45%) y SOS con posible MAT en 1 (9,1%); la duración media de tratamiento fue 24,64 días (DE 22,03).

Como tratamiento inmunosupresor, los pacientes habían recibido principalmente: micofenolato de mofetilo (6; 54,55%), ciclosporina y tacrolimus (5; 45,45%).

Seis pacientes (55%) habían desarrollado EICH tras el TPH.

El coste medio por paciente fue de 53567,56€.

En cuanto a los valores analíticos: la Hb antes de iniciar tratamiento presentaba cifras por debajo de la normalidad en 10 pacientes (91%) que después del tratamiento no consiguieron aumentar dicha cifra; el recuento de plaquetas tampoco alcanzó valores normales después del tratamiento; los niveles de bilirrubina sólo consiguieron reducirse en uno de los tres pacientes que la tenían aumentada antes del tratamiento. La función renal se mantuvo en la normalidad durante todo el tratamiento.

En cuanto a la supervivencia a los 100 días, 7 pacientes (64%) la alcanzaron; 4/5 pacientes con SOS, 2/5 con MAT y 1/1 con MAT y SOS. No se notificaron reacciones adversas atribuibles a defibrotide.

-En base a los resultados obtenidos en esta serie de pacientes, defibrotide no mejora los valores analíticos, además su efectividad en mejoría clínica (supervivencia a los 100 días) es limitada.

-Defibrotide presentó buen perfil de seguridad.

-Sería necesario realizar el seguimiento en un número mayor de pacientes para obtener resultados más consistentes.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1264. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL CONCENTRADO DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO

AUTORES

VILA CURRIUS M, AGUILAR BARCONS I, DIAZ SANTA JA, BUSTINS TARRATS A, SUNYER ESQUERRÀ N, CASTELLÓ NÒRIA À, DIEZ VALLEJO C, TORO BLANCH C
HOSPITAL DR. JOSEP TRUETA. AVDA DE FRANÇA S/N. GIRONA

OBJETIVOS

1. Analizar la utilización del concentrado de complejo protrombínico (CCP) según el protocolo asistencial del centro.
2. Valorar su efectividad mediante el índice normalizado de coagulación (INR) y las posibles complicaciones derivadas de su administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro (400 camas) des de julio a septiembre de 2016 y tratados con el CCP (compuesto por los factores II, VII, IX y X de la coagulación, y las proteínas C y S). Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, anticoagulación oral previa, indicación del CCP según protocolo (reversión del efecto anticoagulante por episodio hemorrágico, previo a procedimiento invasivo o cirugía) e INR antes y después de la administración (entre 30-60 minutos). Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica y del programa de prescripción electrónica (Silicon). El análisis estadístico se realizó mediante t de Student.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 100 pacientes que requirieron corrección urgente de la coagulación con CCP. La edad media fue de 71 años (rango 15-91) siendo un 45% de hombres. Un 95% de los pacientes estaban en tratamiento con anticoagulantes orales (antagonistas de vitamina K o anticoagulantes de acción directa).

Las indicaciones del CCP fueron: en un 36% (n=36) de los casos para revertir el efecto anticoagulante por un episodio hemorrágico (14 pacientes por hemorragia del sistema nervioso central, 12 por hemorragia digestiva y 10 otro tipo de sangrado); en un 28% (n=28) de los casos se administró previamente a un procedimiento invasivo; en un 22% (n=22) antes de una intervención quirúrgica y el 14% (n=14) restante recibió CCP por otras causas. Solo en un 10% de los casos revisados la indicación fue incorrecta por no cumplir los criterios establecidos según nuestro protocolo asistencial.

La dosis administrada se pudo determinar en un 80% (n=80) de los pacientes. De ellos, la mitad recibieron dosis inferiores a las recomendadas según el protocolo clínico. La media del INR previa administración del CCP fue de 2.99 ± 1.32 .

En un 42 % de los pacientes (n= 34/80) se realizó un control analítico en los primeros 30-60 minutos post-administración del CCP. Se observó que los pacientes (n=18) que recibieron dosis adecuadas de CCP presentaron una disminución del INR superior respecto a los pacientes (n=16) que recibieron dosis infraterapéuticas (INR promedio de 1.52 ± 0.22 vs INR 1.65 ± 0.25 (p=0.19)).

Ningún paciente presentó complicaciones hemorrágicas ni trombóticas al mes del uso del CCP.

Conclusiones

La indicación más frecuente de CCP en nuestro centro es la reversión de la coagulación por hemorragias debido al tratamiento anticoagulante.

El CCP es efectivo y seguro para normalizar el INR. Sin embargo, se ha detectado un uso a dosis infraterapéuticas y una falta de seguimiento analítico posterior que justificaría una mayor difusión del protocolo asistencial en nuestro centro.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1266. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y DE SU REPERCUSIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES

GARCÍA BELOSO N, OTERO MILLÁN L, PÉREZ LANDEIRO A, CASANOVA MARTÍNEZ C, LEBOREIRO ENRÍQUEZ MB, SANMARTÍN ÁLVAREZ S, LORENZO LORENZO K, PIÑEIRO CORRALES G
HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

- Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas en un servicio de urgencias, evaluando su grado de aceptación.
- Evaluar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) evitados con estas intervenciones según su gravedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, prospectivo y observacional realizado en un Hospital de tercer nivel desde enero a diciembre de 2017. En ese año El Servicio atendió 126.538 urgencias de adultos (excluyendo obstétricas). Se recogen las intervenciones realizadas por el farmacéutico durante los días laborables en el área de camas de observación del Servicio de Urgencias, que consta de 30 camas. Se revisa la prescripción médica, la historia clínica electrónica y se hacen las intervenciones pertinentes, que se comunican a los médicos responsables de forma verbal. Las intervenciones se recogen en un programa de prescripción electrónica, en el que se indica el fármaco sobre el que se realiza y el tipo de intervención realizada (cambio de medicamento (CM), cumplimentación de prescripción médica (CPM), inicio de tratamiento (INI), modificación de pauta posológica (PS), suspensión de medicamento (SUS), modificación del horario de administración (HOR) y modificación de forma de administración (ADM)). También se recoge si la intervención ha sido aceptada, la gravedad del PRM evitado y el porcentaje de riesgo de incremento de la estancia hospitalaria según la clasificación modificada de Overhage.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realiza conciliación en 7470 pacientes y se interviene en 1.666 (22,3%). El número de intervenciones por día ha sido de 11,7. El total de intervenciones es de 2.938 (1,7 intervenciones/paciente):

- CM: 1690 (57,52%).
 - De intercambio terapéutico 1604 (94,91%).
 - Cambios comentados con el médico 86 (5,09%).
- CPM: 498 (16,95%).
- INI: 294 (10,01%).
 - Inicio de tratamiento habitual no prescrito 262 (89,12%).
 - Inicio de tratamiento adicional en el paciente 32 (10,88%).
- PS: 178 (6,06 %).
- SUS: 195 (6,64%).
- HOR: 69 (2,35%).
- ADM: 14 (0,48%).

Se han aceptado un 91,66% de las intervenciones: desde el 98,99% en el caso de cambio de medicamento, hasta el 55,44% en el caso de inicio de tratamiento (52% en tratamiento habitual no prescrito y 78% en inicio de tratamiento adicional).

Respecto a la gravedad del PRM evitado con la intervención, se distingue: letal 0,58%, seria 2,45%, significativa 22,91% y no significativa 74,06%. Debido a las intervenciones realizadas en urgencias, se ha evitado un incremento de estancia de un 3,62%.

Conclusiones

- El trabajo del farmacéutico de urgencias permite detectar errores e intervenir en aproximadamente el 25% de los pacientes.
- El intercambio terapéutico supone un 55% del total de las intervenciones.
- Dada la alta aceptación de las intervenciones del farmacéutico, se deduce su utilidad para los médicos del Servicio de Urgencias.
- Las intervenciones de inicio de tratamiento son las menos aceptadas, pero cabe destacar que dentro de estas, la propuesta de inicio de un tratamiento nuevo adicional, y no uno domiciliario previo, tiene una aceptación de más del 75%.
- La actividad del farmacéutico ayuda a evitar los PRMs, lo que conlleva una disminución potencial de la estancia, un beneficio para el paciente y un ahorro económico.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1371. FARMACIA ASISTENCIAL INTEGRADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS.

AUTORES

FERNÁNDEZ ROMÁN AB, MARIÑO MARTINEZ C, CASTELLANOS CLEMENTE Y, GARCIA GUTIERREZ MDM, HERRERO MUÑOZ N, ANDRES ROSADO A, GARCIA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CALLE CAMINO DEL MOLINO 2. MADRID



OBJETIVOS

Describir la actividad derivada de la integración de un farmacéutico en el Servicio de Urgencias adultos (SU) en la realización de un plan de conciliación y validación de la medicación al ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 12 meses de duración (enero-diciembre 2017), en un hospital de segundo nivel, tras la integración de un farmacéutico, que acudió de lunes a viernes durante tres horas en horario de mañana, para llevar a cabo la conciliación farmacoterapéutica y la validación del tratamiento prescrito para la patología aguda que motivó la visita al SU.

Se incluyeron todos los pacientes atendidos en las áreas del SU de observación y boxes no quirúrgicos durante las horas que el farmacéutico acudió al SU. Se priorizó a los pacientes con criterios de ingreso. Se excluyeron los pacientes atendidos en el área de urgencias ginecológicas.

Se recogieron diariamente las siguientes variables: datos demográficos, ingreso posterior en planta de hospitalización, conciliación del tratamiento, validación del tratamiento, entrevista estructurada, número de intervenciones y aceptación de éstas.

Se clasificó al paciente como conciliado cuando se llevó a cabo la comprobación de la medicación previa en dos o más fuentes. Las fuentes usadas fueron: la historia clínica electrónica (Selene®), historia clínica unificada de atención primaria y especializada (Horus®) y la entrevista al paciente de manera estructurada. Se clasificó al paciente como validado tras la revisión del tratamiento para la patología aguda, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente en el SU.

Todas las intervenciones se registraron en el programa Gestión de pacientes Unidosis Farmatools (Dominion®). Los datos estadísticos se analizaron de forma descriptiva con stata14®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 2.174 pacientes atendidos en las áreas de boxes y de observación del SU, 50,3% fueron hombres, la media de edad fue de 56,0±27,2 años, de los que 639 (29,4%) ingresaron posteriormente en planta de hospitalización.

El farmacéutico integrado en el SU validó 2.054 tratamientos de estos pacientes (94,5%), concilió 508 (23,4%) y realizó 255 entrevistas (11,7%). De las 1.143 intervenciones realizadas en 556 pacientes atendidos, el 59% fueron aceptadas, el 33% fue no valorable su aceptación y tan solo el 8% no se aceptaron. De las 255 entrevistas realizadas, en 208 (81,6%) se hizo algún tipo de intervención.

Conclusiones

La actividad de un farmacéutico en urgencias a tiempo parcial permite validar a la mayoría de los pacientes atendidos en ese periodo y conciliar a un número elevado de los que cursan ingreso hospitalario.

El número de intervenciones realizadas y aceptadas es relevante, sobre todo en los pacientes en los que se lleva a cabo una entrevista estructurada, siendo la clave, en la conciliación y validación de los tratamientos.

El tiempo del farmacéutico en el área de urgencias es una limitación que impide llevar a cabo mayor actividad, entrevistas y seguimiento de las intervenciones.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1383. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DEXMETOMIDINA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES

DOMENECH MORAL L, CABALLERO LÓPEZ J, ROCH SANTET M, SALAZAR BALDEBENITO C, GUIU SEGURA JM, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG VALL D'HEBRON. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir el uso de dexmedetomidina (DEX) en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) general de un hospital terciario. Analizar resultados clínicos del tratamiento y calcular su coste.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante los meses de enero a diciembre de 2016 se recoge prospectivamente para cada paciente tratado con DEX: indicación, antecedentes psiquiátricos, fármacos psicótrpos ambulatorios, motivo de administración de DEX, días de ventilación mecánica (VM), extubación o necesidad de traqueostomía (TQ), efectos adversos, días de estancia y mortalidad en UCI.

También se recogen los datos de consumo de DEX en la unidad y se calcula el coste directo del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, 95 pacientes de 1249 ingresos en UCI (7'6 %) recibieron DEX por agitación, 62'1% hombres. El 26'3 % de los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos, el 9'4 % de alcoholismo, el 4'2 % antecedentes neurológicos, el 4'2% adicción a drogas y el 3'1% dolor crónico. En el 52'8 % de los casos no constaba ninguno de los anteriores. El 15'7% de los pacientes recibían ambulatoriamente tratamiento combinado neuroléptico, ansiolítico y antidepresivo, 6'3% ansiolítico, 5'2% antidepresivo, 5'2% neuroléptico y 4'2% opiáceo.

La indicación del tratamiento con DEX fue: síndrome de privación en el 80'0%, delirium hiperactivo en el 17'9% y sedación difícil en el 2'1%. En el momento del inicio de DEX, el 9'4% de los pacientes no precisaban VM, mientras que el 90'6% estaban con VM, 67'4% mediante tubo orotraqueal (TOT) y 23'2 % ya mediante una TQ previa. El 71'8 % de los pacientes a los que se les inició la DEX con TOT fueron extubados, mientras que el 28'2 % precisaron finalmente TQ. La estancia media en UCI fue de 25'28 días (1-73). La duración media de DEX fue de 4'83 días (1-22). Los pacientes que precisaron ventilación mecánica, lo hicieron durante 14'51 días de media (1-71). Los efectos secundarios fueron poco frecuentes: 11'57 % hipotensión, 10'52 % bradicardia y 1'05 % hipertensión. La mortalidad fue del 9'4 %, ninguno



relacionado con la DEX. Tras la retirada de la DEX, el 82'10 % de los pacientes recibieron temporalmente fármacos psicótrópos, entre ellos quetiapina (62'10%), clonidina (24'21%) y clonazepam (22'10%).

Para el tratamiento de estos pacientes se consumieron un total de 921 ampollas de dexmedetomidina de 1.000 mcg, lo que supuso un coste de 62.151,2 € (3% del gasto en ese período de la UCI). El coste medio por paciente fue de 624,22 €.

Conclusiones

La perfusión de DEX ha sido empleada por agitación en UCI tanto en pacientes con vía aérea artificial y VM, como en pacientes sin vía aérea artificial. Tras iniciar DEX por agitación en el destete de la VM con TOT, más de la mitad de los pacientes pudieron ser extubados, no precisando una TQ para facilitar el destete de la VM. Los efectos secundarios fueron poco frecuentes. LA DEX es un medicamento de alto impacto económico en la unidad de críticos.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1402. POSOLOGÍA DE VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS

AUTORES

MARIÑO FERNÁNDEZ C, BOSSACOMA BUSQUETS F, ESTEBAN SÁNCHEZ C, OTERO TORRES S
HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE. FAIXA LLARGA, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Las recomendaciones descritas en la bibliografía indican que la posología de vancomicina en pediatría se debe ajustar según la edad y la función renal del paciente. Comenzando con una dosis inicial de 40-60 mg/Kg/día cada 6-8 horas (máximo 4g/día) y una monitorización en el estado de equilibrio estacionario para que la concentración mínima (Cmin) sea superior a 10 mg/L.

El objetivo es describir y analizar el primer ajuste farmacocinético de vancomicina propuesto en pacientes pediátricos onco-hematológicos en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional retrospectivo unicéntrico de las monitorizaciones farmacocinéticas de vancomicina en pacientes onco-hematológicos pediátricos durante el año 2017.

Mediante el documento de consejo farmacocinético, se recogen los datos demográficos, clínicos y de laboratorio: edad, diagnóstico, indicación del tratamiento, creatinina sérica, dosificación y ajustes posológicos del tratamiento con vancomicina.

Los datos se expresarán mediante medias y rango intercuartílico (IQR).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el estudio se incluyeron 43 pacientes con 57 episodios de monitorización farmacocinética (23 varones) de edades comprendidas entre 9 meses y 19 años.

Refiriéndonos a partir de este punto a los 57 episodios, hemos encontrado que las principales indicaciones de inicio de vancomicina fueron fiebre neutropénica (63%) y tratamiento dirigido (26%). La posología inicial fue diversa, pero en la mayor parte de los episodios se inició con 15 mg/Kg /6h (61%).

En la mayoría de los casos, el primer nivel del fármaco se obtuvo tras la tercera dosis (44%). La media del valor sérico de vancomicina en la analítica inicial fue de 7,18 mg/L [IQR: 4,7; 13,64].

En relación a las recomendaciones, en un 52% de los casos se recomendó aumento de dosis seguido de mantener posología (33%). En el resto de casos, se recomienda reducir intervalo (7%), aumentar intervalo (4%), reducir dosis (2%) y reducir dosis e intervalo (2%). En el caso de un paciente, se decide interrumpir el tratamiento antes de indicar recomendación.

Como conclusión, las recomendaciones de la posología de vancomicina varían según la edad, peso y función renal del paciente, indicación, concentración plasmática, concentración mínima inhibitoria y respuesta clínica. En ocasiones, la Cmin inicial obtenida no es la esperada (10 mg/L). En este estudio, se observa que la principal recomendación es aumentar dosis. Proponemos realizar un estudio prospectivo en este tipo de pacientes donde el inicio de un tratamiento antibiótico a dosis adecuada con una monitorización de niveles de forma cercana puede ser de vital importancia.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1409. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN URGENCIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES

LÓPEZ GONZÁLEZ AM, FERNÁNDEZ PEÑA S, QUEIPO GARCÍA E, POZO VEGAS C, SANCHEZ SANCHEZ MT
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AVDA. RAMÓN Y CAJAL 3. VALLADOLID

OBJETIVOS

Análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en los pacientes de la Sala de Observación de Urgencias (SOU) de un hospital de tercer nivel tras la implantación de la historia clínica electrónica y clasificación de la población atendida por grupos estratificados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo de 18 meses de duración (15-Febrero 2016 a 15-Agosto 2017), tras realizar un estudio piloto de 2 meses de duración (15-Febrero 2016 a 15-Abril 2016) en 312 pacientes.

Se incluyen los pacientes atendidos durante el proceso de conciliación de la medicación al paciente urgente en la SOU. La conciliación se realiza de lunes a viernes, durante 60 minutos por dos farmacéuticos. La SOU del hospital tiene 18 camas.



Los pacientes se estratifican en cuatro niveles, según la Estrategia de Atención del Paciente Crónico de la Comunidad Autónoma: G0 (población sana), G1 (enfermedad crónica inicial y estable), G2 (dos o más enfermedades crónicas estables) y G3 (crónicos pluripatológicos complejos).

La medicación se concilia con las siguientes herramientas: historia clínica electrónica del hospital (Jimena HCE) y de Atención Primaria (MEDORA).

Se registran las siguientes variables: edad, género, tipo de IF, forma de comunicación de la IF al médico/enfermera y grado de aceptación.

Las IF se clasifican en diferentes categorías y tipos:

- Indicación: continuación de tratamiento, indicación no tratada, duplicidad terapéutica, duración inadecuada, no indicado.
- Efectividad: dosis/pauta (incorrecta o ausente), intercambio terapéutico, suspender por bajo valor terapéutico, otro medicamento más efectivo.
- Seguridad: error de medicación (prescripción o transcripción del personal de enfermería errónea), contraindicado por factor de riesgo, alergia, efecto adverso, interacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio ingresan en la SOU 9.320 pacientes. Se concilia la medicación en 2.514 pacientes (47% hombres y 53% mujeres). Se realizan 1.112 intervenciones en 835 pacientes (33%), mediana de edad 74 [rango 14-104] años, la distribución según cronicidad: 19% G0; 22% G1; 20% G2; 35% G3 y 4% no estratificados.

Se realizan 1.112 intervenciones con una media 4 [rango 1-8] intervenciones por día de trabajo.

La distribución por tipo de intervención es la siguiente:

- Indicación (30%): 23,3% (continuación de tratamiento), 6,7% resto.
- Efectividad (65%): 22,4 % (dosis/pauta incorrecta o ausente), 41,5 % (intercambio terapéutico), 1,1% resto.
- Seguridad (6%): 3,6 % error de medicación, 2% contraindicado por factor de riesgo, 0,4% resto.

El 89% de las intervenciones se comunican por escrito, el 8% verbalmente y sólo el 3% oral más escrito. El 66% de las intervenciones realizadas se acepta y el 34% no se seguidas.

- Se concilia la medicación en casi un tercio, 27%, de los pacientes ingresados en la SOU, de los que un 35% son pacientes crónicos pluripatológicos complejos (G3).
- Más del 85% de las intervenciones se realizan sobre medicamentos en los que se omite su prescripción al ingreso, sobre la dosis/pauta incorrecta o ausente y en medicamentos no incluidos en el formulario del hospital.
- La implantación de la prescripción electrónica asistida en la SOU nos permitiría realizar el seguimiento de la totalidad de las intervenciones realizadas.

CLASIFICACIÓN: CUIDADOS CRÍTICOS/URGENCIAS/PEDIATRÍA/HEMODERIVADOS/ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

1412. REVISIÓN DE ESTABILIDADES DE UNA FARMACOTECA PARA LAS BOMBAS INTELIGENTES DE JERINGA

AUTORES

GARCÍA IRANZO EM, SANCHEZ GARCIA AM, SORIANO IRIGARAY L, MARTINEZ PEREZ S, POMARES BERNABEU M, MURCIA LOPEZ AC, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GRAL. UNIV. DE ELCHE. CAMÍ DE L'AMASSERA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Revisar las estabilidades de las mezclas y detectar posibles errores en la elaboración de una farmacoteca para la implantación de los sistemas inteligentes de infusión en jeringa en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos y en Quirófanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde el Servicio de Anestesia y Reanimación, se redactó una biblioteca que incluyó 72 preparaciones con 48 fármacos diferentes, para su administración mediante las bombas de infusión en jeringas, en las que el volumen máximo son 50 mL.

Cada una de las fichas contenía: Nombre del fármaco, principio activo, concentración, método de preparación, dosificación usual y dosis por defecto (expresadas en mcg/kg/min o mg/kg/h), límite superior absoluto (dosis máxima del fármaco. La bomba no permite continuar infundiendo), límite superior relativo (dosis superior a la habitual pero permitida dentro del rango de dosificación. Es un aviso que hay que confirmar, pero permite proseguir la infusión), límite inferior relativo (dosis mínima del fármaco. La bomba permite infundir) y comentarios. En estos últimos se especificaron las condiciones en las que se debía conservar la dilución como temperatura, protección de luz, ect. También se especificaban incompatibilidades de administración con otros fármacos, en caso de que existieran.

Posteriormente el Servicio de Farmacia (SF) realizó una extensa búsqueda bibliográfica para su correcta revisión, en la que además de todo el contenido previamente especificado para cada una de las fichas, se revisaron las estabilidades de todas las diluciones. Las fuentes de información de referencia que se consultaron incluyeron:

- Trissel's TM 2 Clinical Pharmaceutics Database. En Thomson Micromedex® Healthcare series.
- Stabilis 4.0. Infostat.
- DrugDex system. En Thomson Micromedex® Healthcare series.
- Guía de administración de medicamentos vía parenteral 2011.
- Fichas técnicas.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la revisión inicial de las 72 preparaciones de la biblioteca se detectó algún tipo de error en 17(23,6%) de ellas. En 10(13,8%) no se encontraron evidencias acerca de la estabilidad diluido en un volumen final de 50 mL, por lo que fueron descartados para su administración mediante el sistema de infusión en jeringa. En 5(6,9%) ocasiones el diluyente descrito no fue el adecuado, por lo que se procedió a su cambio. A 2(4,5%) fármacos les faltaba el comentario para que enfermería los protegiera de la luz durante su administración y por último, en 1 fármaco la dosis máxima establecida fue superior a la definida en ficha técnica.

Tras esta inicial revisión se decidió ampliar la biblioteca con antibióticos, de manera que se revisaron un total de 38 de ellos de los cuales 19(50%) eran compatibles con su administración en infusión por bomba de jeringa, incluyéndose a la farmacoteca 4(10,5%) de ellos.

Finalmente se incluyeron un total de 69 preparaciones con 53 fármacos diferentes, de los cuales 13 (22,2%) se definieron para su preparación en distintas concentraciones y velocidades de administración. Se definieron un total de 16 Antiarrítmicos, 10 hipnóticos, 9 catecolaminas y vasopresores, 4 antibióticos, 7 antihipertensivos, 4 relajantes musculares, 2 diurético, 6 Opioides, 2 relajantes musculares, 4 electrolitos, 1 inotrópico y 4 clasificados como otras familias.

El papel del farmacéutico y la implicación de los Servicios de Farmacia en la elaboración de las bibliotecas farmacológicas son fundamentales para la mejorar la seguridad en la implantación de los sistemas de infusión inteligentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

7. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE CANDIDEMIAS POR CANDIDA AURIS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

RUIZ RAMOS J, BALLESTA LÓPEZ O, SOLANA ALTABELLA A, CENTELLES ORIA M, RUIZ R A, FRASQUET ARTÉS J, POVEDA ANDRÉS JL, RAMIREZ GALLEYMORE P

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL Nº106, 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la evolución y el pronóstico de pacientes críticos con candidemia por Candida auris.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en una unidad de medicina intensiva de un hospital terciario durante el periodo Enero 2014 a Marzo de 2018 con candidemia y en tratamiento con antifúngicos durante más de 24h. La comparación de los resultados clínicos entre candidemias por C auris y el resto de especies se evaluó mediante la presencia de hemocultivos positivos a los 3-5 días de tratamiento, el fracaso a la primera línea de tratamiento (cambio de antifúngico por falta de respuesta, toxicidad o exitus durante el tratamiento), la estancia media en la unidad tras el diagnóstico y la mortalidad a los 30 días (Kaplan-Meier).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 44 pacientes [Edad media: 53,7 (SD:16,5); APACHE-II:20 (Rango:9-38)], 15 (34,1%) causadas por C auris, 13 (29,5%) por C parapsilosis, 9 (20,5%) por C albicans y 7 (15,9%) por otras especies. La resistencia a fluconazol fue del 100% para C auris y del 17,2% para el resto de especies, no encontrándose ninguna cepa resistente a equinocandinas o amfotericina B. El tratamiento de primera línea incluyó una equinocandina en 32 (72,7%) pacientes, siendo el tratamiento combinado en 5 (33,3%) pacientes con C auris y en 1 (3,4%) paciente con Candida no-auris. La presencia de hemocultivos positivos a los 3-4 días de tratamiento [5/15 (33,3%) vs 7/29 (24,1%); p=0,481], así como el fracaso a la primera línea de tratamiento [12/15 (76,9%) vs 14/29 (48,3%); p=0,118] fue superior para C auris, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas (Test X2). No se encontraron diferencias en la estancia media en la unidad desde el inicio de la candidemia [21.2 (SD: 30.7) vs 24.3 (28.8); p=0.750], ni en la mortalidad a los 30 días [HR=0.91 (0.36-2.29)].

Conclusiones

Las candidemia por C auris parecen asociarse a un mayor fracaso al tratamiento antifúngico sin mostrar efectos sobre la mortalidad respecto a otras especies, siendo necesario replantear el tratamiento antifúngico óptimo para esta especie.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

10. DOSIFICACIÓN DE CEFTOLOZANO EN PACIENTES CON BACTEREMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EFECTO DE LA CMI, DOSIS Y FUNCIÓN RENAL

AUTORES

RUIZ RAMOS J, FERRADA GASCÓ A, MARTIN CEREZUELA M, MARQUÉS MIÑANA MR, POVEDA ANDRÉS JL, RAMÍREZ GALLEYMORE P

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. AVENIDA FERNANDO ABRIL MARTORELL Nº106. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de la dosis empleada, la función renal y la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) sobre la consecución del parámetro Tiempo (T) > CMI objetivo para Ceftolozano/Tazobactam en pacientes con bacteremia por Pseudomonas aeruginosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogieron retrospectivamente pacientes tratados con ceftolozano con infección por P aeruginosa en un hospital terciario (Periodo: Enero 2015-Marzo 2018). En base al valor de la CMI para ceftolozano (E-Test) en estas cepas, se evaluó

mediante un modelo de simulación 6 dosificaciones: 0.5 g, 1 g y 2 g cada 8 h administradas en 1h o 3h, para tres grados de función renal (ClCr=100, 70 y 30 mL/min). Los parámetros farmacocinéticos empleados en el modelo de simulación se obtuvieron de estudios publicados (Wooley M, AAC. 2014 y Xiao A, J Clin Pharmacol. 2016)

El valor $T > CMI$ se obtuvo a partir de la siguiente ecuación: $fT > MIC = [(t_2 + t_{inf}) - t_1] \times (100/\tau)$, donde t_1 fue el tiempo en el que la concentración sérica alcanzó el valor de la CMI, t_2 el tiempo post-infusión en la que la concentración libre del fármaco permaneció por encima del valor de la CMI en la fase de eliminación y τ el intervalo de dosificación (Isla A, EJCMI, 2015).

En base a la distribución de CMIs obtenidas, se realizaron 1000 simulaciones de Monte Carlo para cada dosis mediante el programa Microsoft Excel®, para evaluar la probabilidad de que la dosis empleada alcanzara un valor de $fT > 40\%MIC$ y $fT > 100\%MIC$ para los tres grados de función renal considerados. Se consideró una dosificación como apropiada cuando la probabilidad para alcanzar el parámetro objetivo fuera superior al 90%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron un total de 35 pacientes tratados con infección por Pseudomonas y tratamiento con Ceftolozano/Tazobactam. Las cepas presentaron un valor de CMI ≤ 1 (n=4), 1,5 (5), 2 (13), 3 (2), 4 (7), 8 (3) y 12 (1) mg/L. 20 (57,1%) cepas fueron resistentes y 6 (17,1) presentaron una sensibilidad intermedia a meropenem.

Para cualquier dosis y grado de función renal evaluado, la probabilidad de alcanzar un valor de $fT > 40\%CMI$ fue superior al 90%. La probabilidad de alcanzar el valor de $fT > 100\%MIC$ ceftolozano 1g en infusión de 1 y 3h fue de 81,6% y 82,8% para ClCr=100 mL/min y de 91,0% y 91,7% para ClCr=70 mL/min. Para la dosis de 2g, la probabilidad fue superior al 90% tanto para las infusiones en 1 y 3h.

En base a los resultados obtenidos, las dosis recomendadas para ceftolozano/tazobactam son apropiadas para obtener un valor de $fT > 40\%MIC$ en nuestros pacientes. No obstante, el objetivo de $fT > 100\%MIC$ requiere la administración de dosis de 2g de ceftolozano, especialmente en pacientes con un elevado aclaramiento renal.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

54. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ERTAPENEM EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

SÁNCHEZ FRESQUET X, RETAMERO DELGADO A, SALOM GARRIGUES C, SERRAIS BENAVENTE J, PARÉS MARIMON RM, FERRANDEZ MARTÍ D

HOSPITAL DE IGUALADA. CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA. AVINGUDA CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de ertapenem en la práctica clínica de un hospital comarcal

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en un hospital comarcal de 240 camas. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron ertapenem durante el periodo de estudio (octubre 2017-abril 2018). Se excluyeron los pacientes que habían estado en tratamiento durante menos de 24 horas.

La recogida de datos se realizó a partir del sistema informatizado de prescripción electrónica SAVAC. Las variables recogidas y analizadas fueron: datos demográficos, factores de riesgo para la infección por β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) (edad > 65 años, diabetes mellitus, hospitalización reciente, tratamiento antibiótico en los 2 meses previos, sepsis o shock séptico, ingreso en residencias de larga estancia, sondaje urinario permanente, infección previa por una enterobacteria BLEE e infecciones urinarias de repetición), servicio prescriptor, indicación para la que se prescribió el carbapenem, tipo de tratamiento (empírico, dirigido o de rescate), cultivos microbiológicos solicitados, duración del tratamiento y evolución de la antibioterapia.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS Statistics® v22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo estudiado, se incluyeron 49 pacientes, 27 (55,10%) hombres, media de edad 74,4 años (33-99).

De los cuales, 42 (85,7%) eran > 65 años, 12 (24,5%) diabéticos, 9 (18,4%) presentaban shock séptico, 12 (24,5%) estaban ingresados en residencias, 19 (38,8%) eran portadores de sondaje urinario permanente, 30 (61,2%) habían sido hospitalizados recientemente, 41 (83,7%) habían recibido tratamiento antibiótico en los 2 últimos meses, 26 (53,1%) habían tenido una infección previa por una enterobacteria BLEE y 30 (61,2%) tenían infecciones urinarias de repetición. Los servicios prescriptores fueron: medicina interna (n=24; 49,0%), urología (n=8; 16,4%), cirugía (n=5; 10,2%), urgencias (n=5; 10,2%), paliativos (n=2; 4,1%), traumatología (n=2; 4,1%), nefrología (n=1; 2,0%), vascular (n=1; 2,0%) y cuidados intensivos (n=1; 2,0%). La principal indicación fue infección del tracto urinario (n=39; 79,6%).

La duración media del tratamiento fue 9,7 días (2-43). Ertapenem fue continuado hasta la resolución de la infección o alta en 35 casos (71,4 %).

Del total de tratamientos, 36 (73,5%) fueron dirigidos y 13 empíricos, de estos últimos, 5 (38,5%) eran BLEE positivos, en 3 (23,1%) se realizó una desescalada terapéutica según resultado de cultivo, 2 (15,3%) continuaron hasta resolución o alta a pesar de obtener cultivos negativos, 1 (7,7%) se suspendió por cultivo negativo, 1 (7,7%) se cambió de antibiótico por cobertura inadecuada y en 1 (7,7%) se podría haber realizado una desescalada terapéutica y no se hizo.

Conclusiones

Los factores de riesgo más frecuentes de enterobacterias BLEE encontrados en el estudio son: tener > 65 años, haber recibido tratamiento antibiótico en los 2 meses previos, hospitalización reciente e infecciones urinarias de repetición.

Todos los pacientes con cultivo positivo para BLEE tenían al menos un factor de riesgo presente.

La principal indicación fue la infección del tracto urinario, a pesar de que ertapenem no tiene autorizada dicha indicación en ficha técnica.

En la mayoría de casos el uso de ertapenem fue adecuado según los criterios de prescripción de nuestro hospital.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

119. 60 MESES DE MONOTERAPIA EN VIH. EFICACIA, SEGURIDAD Y AHORRO

AUTORES

GÓMEZ MELINI E, DÍAZ RUIZ P, SUÁREZ GONZÁLEZ M, MIGUÉLEZ MORALES M, HERNÁNDEZ ROJAS S, RAMOS SANTANA E, FERRER MACHÍN A, MERINO ALONSO J

HOSP. UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. CARRETRA DEL ROSARIO 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia, seguridad y el ahorro que ha supuesto el uso de antirretrovirales (ARV) en monoterapia en pacientes VIH tras 60 meses desde su implantación en un hospital de tercer nivel

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo sobre el uso de ARV en Monoterapia basada en Inhibidores de la Proteasa (IP) en pacientes con VIH desde enero de 2012 hasta enero de 2017 (60 meses). La información sobre terapia triple previa a la monoterapia, la fecha de inicio de la monoterapia, cambios en el régimen de monoterapia, fecha de rescate con terapia triple en aquellos pacientes que fracasan y precios de cada terapia empleada ha sido obtenida de la base de datos del programa Farmatools del Servicio de Farmacia. La carga viral (CV) y niveles de linfocitos CD4 fueron obtenidos de las analíticas registradas en la Intranet del hospital y los otros datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica electrónica registrada en el programa Selene Siemens.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

EFICACIA: En este periodo de 60 meses, han sido incluidos 95 pacientes en el programa de Monoterapia, se trata de pacientes que partían de un estado inmunológico adecuado con niveles medios de linfocitos CD4 $672,6 \pm 319,0$ 103 cel/mcL, sin fracasos previos y con más de 1 año de carga viral (CV) indetectable, la causa principal de cambio ha sido evitar la toxicidad producida por análogos de nucleósidos y simplificar la terapia del paciente.

El 79% (n=75) de los pacientes incluidos actualmente continúa en monoterapia con una permanencia promedio de $41 \pm 17,93$ meses, siendo su CV indetectable y sus niveles de linfocitos CD4 promedio de $792,41 \pm 394,8$ 103 cel/mcL, por lo tanto, manteniendo una respuesta virológica e inmunológica adecuada.

En estos 5 años los esquemas de monoterapia han ido variando. Actualmente El 77,3% se encuentra con Darunavir, (DRV/r, n=25 o DRV/cobi (n=33) y el 22,7% con Lopinavir (LPV/r, n= 17)

SEGURIDAD: EL 21% (n=20) de los pacientes incluidos han tenido que volver un esquema a triple terapia ARV por fracaso virológico (CV < 300 UI/mL), al ser rescatados todos ellos han suprimido correctamente su CV y presentan niveles de CD4 de $772,78 \pm 306,52$.103 cel/mcL. El tiempo promedio que estos pacientes han permanecido en monoterapia fue de $24,88 \pm 14,40$ meses, cabe destacar que no ha habido selección de resistencias a IPs en ellos.

AHORRO: El paso de triple terapia a monoterapia con IPs implica un ahorro económico medio de $320,34 \pm 98,85$ €/mes por paciente, la inclusión de estos 95 pacientes en el programa de monoterapia ha supuesto un ahorro de 1.118.012,15 €/5 años para el hospital y concretamente en 2016 un ahorro de 271.603,12 €/año.

La monoterapia en el tratamiento para el VIH es una estrategia terapéutica segura y eficaz en pacientes adecuadamente seleccionados, que además implica un importante ahorro para los sistemas de salud. El uso de monoterapia con IPs no compromete la eficacia de los tratamientos posteriores y los cambios en los esquemas de monoterapia no han supuesto cambios en la respuesta terapéutica a la misma

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

174. MANEJO DE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS Y NEUTROPENIA FEBRIL DE ALTO RIESGO

AUTORES

ESTAÚN MARTÍNEZ C, SÁNCHEZ YAÑEZ E, FUENTES IBAÑEZ B, MUROS DE FUENTES B, DANI BEN ABDEL-LAH L, FERNÁNDEZ OVIES JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPOS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

1º Conocer los criterios utilizados para suspender tratamiento antibiótico empírico (TAE) en pacientes con patologías hematológicas y diagnóstico de neutropenia febril (alto riesgo-AR-):

- Criterio Infectious Disease Society of America (IDSA): suspender si recuento absoluto de neutrófilos (RAN) > 500 cél/ μ l (grado de recomendación BII basado en práctica clínica habitual).

- Criterio European Conference on Infections in Leukemia (ECIL): a partir de las 72h del inicio, suspender si resolución de la infección: apirexia > 48h y estabilidad hemodinámica, independientemente del RAN(BII).

2º Describir los criterios de elección del TAE en estos pacientes:

- Criterio IDSA: carbapenemas (meropenem o imipenem/cilastina) como alternativa de 1ª elección junto a piperacilina/tazobactam y cefepima(AI).

- Criterio ECIL: reservar carbapenemas para pacientes con infecciones previas por microorganismos multiresistentes(MMR), pacientes graves o centros con alta prevalencia de MR(BII).

En ambos esquemas se contempla añadir otros antibióticos si complicaciones o sospecha de resistencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo(Enero2016-Diciembre2017)incluyendo: pacientes con patología hematológica y diagnóstico de neutropenia febril de AR al ingreso en nuestro centro o durante el mismo. El listado de pacientes lo proporcionó la UGC Documentación Clínica. Los datos se obtuvieron de la e-historia clínica y del programa de prescripción

electrónica. Se registró en una base de datos Excel®: edad, sexo, diagnóstico, quimioterapia en las 6 últimas semanas (si/no), trasplante en los 30 días previos (si/no), estratificación del riesgo según calculadora validada de la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) y según criterios UptoDate (bajo riesgo/alto riesgo), RAN inicial, aislamiento MMR previo (si/no), infección grave (shock séptico) (si/no), TAE prescrito y duración, criterios IDSA o ECIL para suspender tratamiento (si/no).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se revisaron las historias clínicas de 80 pacientes. En primer lugar se excluyen pacientes con neutropenia por otras causas y ausencia de fiebre y/o neutropenia. De los 46 pacientes restantes se excluyeron 10 por confirmado diagnóstico etiológico y 7 por bajo riesgo (MASCC/UptoDate).

Edad media: 55,3 años, 57% hombres. Diagnósticos más frecuentes: Leucemia Mieloide Aguda 31% (n=9), Mieloma Múltiple 20% (n=6), Leucemia Linfática Aguda 17% (n=5). El 90% (n=26) recibió quimioterapia en las 6 semanas previas, y el 17% (n=5) se habían trasplantado en los 30 días previos. RAN medio inicial 140 céls/μl, el 69% (n=20) RAN < 500 durante ≥ 7 días. Ningún paciente tenía infecciones previas por MMR, y sólo 1 presentó infección grave (shock séptico). En el 83% (n=24) de los casos se utilizó un carbapenem como TAE de inicio (duración media: 15 días), y en el 55% (n=16) se añadió cobertura para Gram+ (teicoplanina en el 81% de los casos (n=13)).

Conclusiones

1º En nuestro centro, el criterio de la IDSA predomina en la elección de duración de TAE.

2º No se utiliza el criterio ECIL de reservar carbapenem para pacientes graves o con infecciones por MMR (TAE de elección en nuestra cohorte de pacientes).

Esto contrasta con evidencia publicada recientemente: Aguilar-Guisado et al. (2017), observaron en un ensayo clínico aleatorizado que es seguro suspender TAE con criterio ECIL, acortando su duración. Además debería diversificarse la elección del TAE al existir otras pautas consideradas de primera línea tanto por IDSA como por ECIL.

Con estos datos, nuestro Programa de Optimización de Antimicrobianos trabaja actualmente en una estrategia para reducir la presión antibiótica en la unidad de hematología, sobretodo de carbapenem.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

146. ESTUDIO DEL EMPLEO DE ANTIBIOTICOS EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

AUTORES

GARCIA CASES S, ANDUJAR MATEOS A, PASCUAL MARTINEZ M, ESPERT ROIG M, OJEA CÁRDENAS L, MINUESA SÁNCHEZ R, CÁNOVES ESCOLANO MA

SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO LA FLORIDA. C/ TOMAS AZNAR DOMENECH, 43. ALICANTE

OBJETIVOS

Los antibióticos están entre los fármacos más prescritos en los centros sociosanitarios.

El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de uso de antibióticos sistémicos en 11 centros sociosanitarios e identificar el perfil prescriptor de cada centro en función del tipo de infección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional prospectivo sobre el consumo de antibióticos sistémicos en 11 residencias para personas mayores dependientes de un servicio de farmacia hospitalaria durante un periodo de tiempo de 4 semanas. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de infección, antibiótico pautado, antibiograma, microorganismo aislado en cada uno de los centros.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.0. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y las cuantitativas como mediana (rango).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Sobre una población de 1056 residentes distribuidos en 11 centros sociosanitarios, 182 recibieron tratamiento antibiótico durante el periodo de tiempo de 4 semanas. La incidencia de prescripción antibiótica fue de 6,15 tratamientos/1000 residentes/día.

Entre 3,97-25,26% de residentes de cada centro ha recibido tratamiento antibiótico.

Fueron prescritos empíricamente el 89,5% de los tratamientos y la localización de la infección fue urinaria (43,4%), respiratoria (42,3%), piel (11,0%), profilaxis (1,6%) y otros (1,6%).

Los antibióticos que más se prescribieron fueron amoxicilina/clavulánico (24,2%), levofloxacino (21,4%), ciprofloxacino (13,7%), cefuroxima (13,2%) y fosfomicina (11,0%).

El 67,1% de las infecciones urinarias fueron tratadas en mujeres, con una mediana de edad de 83,9 años (56-97). El tratamiento antibiótico empírico (TAE) que con mayor frecuencia se empleó fue la fosfomicina (25,3%), siendo la primera opción para 4 centros (42,9%-71,4% de los casos), seguido de ciprofloxacino (24,1%) siendo la primera opción en otros 4 centros (25%-100% de los casos) y amoxicilina/clavulánico (21,5%) siendo la primera opción en 2 centros (33,3%-80% de los casos). Se realizó antibiograma en el 16,5% de los residentes, siendo la E. coli el microorganismo más aislado (46,2%), y la P. aeruginosa (15,3%), destacando un resultado negativo en el antibiograma del 38,5% de los residentes tratados.

En cuanto a infecciones respiratorias, el 57,1% fueron mujeres con una mediana de edad de 79,4 años (51-97). El TAE que con mayor frecuencia se empleó fue levofloxacino (41,6%) siendo la primera opción para 7 centros (40,0%-75% de los casos), amoxicilina/clavulánico (26,0%) siendo la primera opción para 3 centros (25%-53,8% de los casos) y azitromicina (11,7%) siendo la primera opción en 2 centros (50%-100% de los casos). No se realizó antibiograma en ningún residente con infección respiratoria.

La incidencia de tratamientos con antibióticos en nuestros centros es similar a la bibliografía publicada hasta el momento.



Existe variabilidad para iniciar TAE, observándose centros que presentan alta frecuencia de prescripción antibiótica con respecto a otros centros que prácticamente la prescripción es nula.

Existe una sobreutilización de TAE ya que un alto porcentaje de ellos presentan cultivos negativos.

Se justifica la necesidad de instaurar un programa de uso de antibióticos de carácter multidisciplinar para unificar criterios de TAE en base a patógenos más probables y resistencias existentes, de manera que se pueda realizar un uso más racional de antibióticos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

166. IMPACTO DEL GRUPO PROA EN LA UTILIZACIÓN DE CARBAPENÉMICOS ANTIPSEUDOMÓNICOS EN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO RESULTADO

AUTORES

VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12'5. MADRID

OBJETIVOS

El Servicio de Cirugía General y Digestivo (CGD) supone un gran impacto en el consumo antibiótico dentro del hospital. Su implicación en el programa-PROA es un punto estratégico en el uso racional de antibióticos. La línea estratégica prioritaria del PROA se centra en la optimización de los antimicrobianos de amplio espectro, especialmente carbapenémicos, como grupo de gran repercusión en la aparición de resistencias. En este sentido, se ha trabajado en la selección del tratamiento empírico, la toma de muestras clínicamente relevantes y el desescalado terapéutico.

Los objetivos fueron analizar la evolución de la selección de carbapenemes antipseudomonicos (CA) como tratamiento empírico inicial, así como del desescalado terapéutico en CGD el inicio del programa PROA en 2014, y describir las características de los desescalados realizados en CGD durante el 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención desde enero2014-diciembre2017

Se calculó el % de tratamientos iniciados con Meropenem/Imipenem respecto al total de ciclos iniciados con antibiótico en CGD.

El % de desescalados se calculó como % de tratamientos con Meropenem/Imipenem en CGD ≥ 24 horas sustituidos por un antibiótico de menor espectro durante las 48 horas siguientes a la suspensión del mismo, respecto al total de tratamientos iniciados con CA.

Se recogieron los desescalados de Meropenem/Imipenem realizados en 2017. Se registró:

Fecha de desescalado, tratamiento antibiótico seleccionado.

Fecha de realización de cultivo, tipo de muestra, microorganismos, antibiograma.

Tiempo desde el resultado microbiológico hasta desescalado.

Recomendaciones de desescalado de CA propuestas por el equipo-PROA, grado de aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De 853 ciclos iniciados en 2017, en 102 ocasiones fue con Meropenem/Imipenem (12%). Se ha conseguido una reducción global del 6% del nº de ciclos iniciados con CA respecto al 2014.

El % de desescalados ha aumentado un 5% respecto al 2014, alcanzando el 36% de desescalados en 2017.

De los 37 tratamientos que se desescalaban en 2017, 32 (86,5%) fueron a partir de resultados microbiológicos según antibiograma. El desescalado fue propuesto en 20 casos desde el grupo-PROA con una aceptación de las recomendaciones del 90%.

Tiempo medio desde el resultado del cultivo hasta el desescalado = $1,8 \pm 2,2$ días.

El 81% de las muestras microbiológicas fueron intraoperatorias/drenaje-percutáneo. En el 70% casos se detectaron cultivos polimicrobianos. El grupo de patógenos aislado más frecuentemente fueron las Enterobacterias (91%) especialmente E. coli (65%) seguido de Klebsiella (22%) siendo en un caso productora de BLEE. Otro de los grupos más aislados fueron los Enterococos (28%) principalmente E. faecalis y anaerobios (31%), Pseudomonas aeruginosa fue aislada un 12,5%.

El 49% de los desescalados fueron a amoxicilina-clavulánico seguido de cefalosporinas 3ª generación + metronidazol (19%), fluoroquinolonas (19%), antipseudomónicos no carbapenémicos (10%) y ertapenem en único caso de Klebsiella BLEE.

Conclusiones

Desde el inicio del PROA en colaboración con CGD se ha observado una disminución progresiva de la selección de CA como tratamiento empírico inicial y un aumento del desescalado terapéutico a antibióticos de menor espectro especialmente guiado por antibiograma, aunque más de la mitad de los casos la recomendación de desescalado fue propuesta por el grupo-PROA.

Un área de mejora consiste en fomentar el desescalado inmediato tras resultado microbiológico mediante la comunicación directa del microbiólogo del PROA sin esperar a la valoración multidisciplinar siempre que sea posible.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

186. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA

AUTORES

CASO GONZÁLEZ A, RAMIREZ VILARIÑO G, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, NEBOT VILLACAMPA MJ, CALVO ARAGÜETE ME, GONZÁLEZ PÉREZ Y, BARAJAS SANTOS MT, GALLARDO ANCIANO J
HOSPITAL SAN PEDRO. C/ PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es analizar el grado de adecuación de la medicación prescrita en pacientes con insuficiencia hepática (IH) moderada-grave al ingreso y alta hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de seis meses de duración (octubre 2017-marzo 2018) en un Hospital General de 630 camas. Se utilizó el programa de validación farmacéutica para seleccionar los pacientes en tratamiento con albúmina y fitomenadiona (filtro utilizado para detectar pacientes con posible IH). Posteriormente se revisó la historia clínica electrónica (HCE) para confirmar el diagnóstico de hepatopatía. En estos pacientes, se calculó su Puntuación Child-Pugh mediante datos analíticos y antecedentes. Se analizó la adecuación de la medicación basándonos en las fichas técnicas de los medicamentos y tras la revisión de bibliografía relacionada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 30 pacientes con hepatopatía, 72.4% varones, con una edad media de 68.5 años [47-88]. De estos, 20 pacientes ingresaron a cargo de Digestivo (69%), 4 a cargo de Oncología (13.8%) y 5 a cargo de otros servicios (16.7%). Los diagnósticos más frecuentes de ingreso fueron distensión abdominal y ascitis (5 pacientes: 16.7%) e ictericia conjuntival y/o cutánea (4 pacientes: 13.8%).

Del total de pacientes, 3 se clasificaron como A según la escala Child-Pugh y por tanto no necesitaban ajuste de medicación; 19 pacientes (63.3%) se clasificaron como B y 8 (26.7%) como C.

De los 27 pacientes candidatos a la adecuación de la medicación, encontramos 24 (88.9 %) que tenían algún fármaco sin ajustar o mal ajustado a su grado de IH, 3 de los cuales (10%) tenían sin ajustar toda la medicación que lo requería. Al alta se suspendió la medicación que requería ajuste en dos de estos pacientes; mientras que en el tercero, de los 4 fármacos que requerían ajuste solamente dos se adecuaron a su grado de IH.

Se encontró que 5 pacientes (16%) tenían prescrita medicación contraindicada (benzodiazepinas en pacientes con encefalopatías hepáticas graves previas y Morfina en pacientes con Child-Pugh C). En dos pacientes se corrigieron los fármacos contraindicados al alta hospitalaria mientras que el otro continúa con Benzodiazepinas. Los otros dos pacientes fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones

Es difícil detectar pacientes con IH por lo que sería deseable añadir un indicador en la HCE que alerte en estos casos.

Al ingreso, la gran mayoría de los pacientes con IH tenía algún fármaco sin ajustar a su patología hepática y algo más de una sexta parte tenía prescrito algún fármaco contraindicado.

Al alta hospitalaria se encontró una gran variabilidad en la adecuación de la medicación de cada paciente, corrigiendo en algunos toda la medicación, mientras que en otros seguimos encontrando fármacos sin ajustar o incluso contraindicados. Por tanto, podemos concluir que durante la hospitalización es frecuente que no se adecúe la medicación al grado de disfunción hepática del paciente.

Se hace evidente la necesidad de mayor concienciación sobre la importancia de ajustar la dosis de algunos fármacos y la contraindicación de otros en pacientes con IH.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

194. REVISIÓN DE ECOLOGÍA LOCAL Y ADECUACIÓN DE LA TERAPIA EMPÍRICA ANTIBIÓTICA EN LA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DE RODILLA

AUTORES

ESCUADERO JIMENEZ A, ACHAERANDIO DE NOVA A, ROMERO CANDEL G
HOSPITAL UNIVERSITARIO ALBACETE. HERMANOS FALCÓ. ALBACETE

OBJETIVOS

La artritis séptica de rodilla es una inflamación articular provocada por la presencia de uno o más patógenos, considerada urgencia traumatológica. Su tratamiento requiere el ingreso hospitalario, limpieza quirúrgica, toma de muestras para estudio microbiológico y la instauración de antibioterapia empírica. Su incidencia está en ascenso desde 1950 por el aumento y envejecimiento de la población. El objetivo del estudio es adaptar la terapia empírica antibiótica en este cuadro infeccioso en función de la ecología local.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de las infecciones osteoarticulares de rodilla (IOAr) entre enero de 2013 y agosto de 2017. Fueron incluidos todos los pacientes diagnosticados de IOAr en ese período ("artritis séptica" o "infección de prótesis total de rodilla") y con resultado positivo en el estudio microbiológico del líquido sinovial. Los episodios con cultivo del líquido sinovial negativo y sin afectación articular fueron excluidas. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, si eran portadores de Staphylococcus aureus meticilin-resistente (SARM) al ingreso, portadores de prótesis, diabetes mellitus e inmunodepresión (enfermedad reumatológica, oncológica, infección por VIH, tratamiento corticoideo prolongado y/o inmunosupresor). Las variables microbiológicas recogidas fueron: etiología microbiana, tipo infección (monomicrobiana o polimicrobiana) y el patrón de susceptibilidad antibiótica (según criterios del "Clinical and Laboratory Standards Institute").

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio hubo 34 episodios de IOAr en 32 pacientes (56% varones) siendo la mediana de edad de 71 años (RIC: 58-79). El 59% era portador de prótesis, el 14,7 % eran diabéticos y el 26,5% inmunodeprimidos. Tan sólo 2 pacientes (6,2 %) pacientes eran portadores de SARM al ingreso, aunque ninguno tuvo una infección causada por este microorganismo. Se aislaron un total de 46 microorganismos en el conjunto de los 34 episodios, siendo el 76,5% de éstos monomicrobianos, y las especies pertenecientes al género Staphylococcus las más frecuentemente aisladas:

Staphylococcus aureus (13 cepas en 12 episodios, de ellas 1 SARM) seguido de *S. epidermidis* (12 cepas en 11 episodios). Respecto a las bacterias gramnegativas, se aislaron 3 episodios monobacterianos por enterobacterias y 1 por *Kingella kingae*, destacando en nuestro estudio la ausencia de *Pseudomonas* sp.

El porcentaje de resistencia para los antibióticos testados en al menos un 85% de los episodios de IOA fue: penicilinas 74%, amoxicilina/clavulánico 30%, cefalosporinas 3ª generación 25%, levofloxacino 25%, meropenem 28%, clindamicina 39%. Mientras que en referencia a los episodios con presencia de estafilococos se obtuvo un 35% de resistencia a oxacilina, extrapolable al resto de betalactámicos, y todos ellos fueron sensibles a vancomicina. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se estudiaron los episodios en función de la presencia o no de los factores de riesgo incluidos en el estudio.

En nuestra población el género *Staphylococcus* fue el microorganismo más frecuente seguido del género *Streptococcus*, coincidiendo con lo descrito en la bibliografía. El porcentaje de resistencia a oxacilina es superior al alcanzado para otras series de casos publicadas. En base a los resultados obtenidos, el tratamiento empírico recomendado en nuestra área de salud para la IOAr es la combinación de vancomicina y ceftriaxona.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

196. EFECTIVIDAD DE ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C GENOTIPO 3

AUTORES

DEL RÍO VALENCIA JC, FURONES ARAUJO D, LINARES ALARCON A, ALCARAZ SANCHEZ JJ
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO. AVDA. CARLOS HAYA, S/N.

OBJETIVOS

Evaluación de la efectividad de sofosbuvir+daclatasvir (SOF+DCV) vs. sofosbuvir/ledipasvir±ribavirina (SOF/LDV±RBV) vs sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL) utilizados para el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) genotipo 3.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes con infección por VHC genotipo 3 en tratamiento durante 12 semanas, marzo 2015-2017. Variables de estudio: Demográficas: edad y sexo; clínicas: carga viral (CV) basal en UI/ml, Respuesta Viral Sostenida semana 12 (RVS12), grado de fibrosis F0-F4 (METAVIR), coinfección VIH, receptor de trasplante (hepático u otros); perfil hepático: albúmina (g/dL); perfil hematológico: plaquetas (cel/ μ l) y tipo de paciente según tratamientos anteriores: Peg-interferón alfa 2a (PR) y RBV. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático de dispensación del Servicio de Farmacia. Análisis estadístico con SPSS V17, se aplicaron los test de normalidad (Shapiro-Wilks), test ANOVA, Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado dependiendo de las variables analizadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tratamiento SOF/LDV: se incluyeron 16 pacientes; 75% hombres, edad media 53,05±9,05. Grado de fibrosis: 18,75% F1-F2, 37,5% F3, 43,75% F4. 6,25% habían sido trasplantados, 25% pretratados con PR y RBV. El 6,25% coinfectados VIH y el 37,5% tenían CV basal > 800.000UI/ml. Nivel basal de plaquetas: 135.571±50.554 cel/ μ l y de albúmina 3,91 ± 0,47 g/dL. 43,75% (7/16) alcanzaron RVS12.

SOF/LDV+RBV: se incluyeron 10 pacientes; 80% hombres, edad media 55,83±6,70. Grado de fibrosis: 10% F2, 40% F3, 50% F4. 10% trasplantados, 20% previamente tratados, 20% coinfectados VIH, 33,33% tenían CV basal > 800.000UI/ml. Nivel de plaquetas: 132.000± 69.739 cel/ μ l y de albúmina 3,9±0,55 g/dL. 90% (9/10) alcanzaron RVS12.

SOF+DCV: se incluyeron 20 pacientes; 65% eran hombres. Edad media: 55,78±10,21. Grado de fibrosis: 30% F1-F2; 20% F3 y 50% F4 (cirrosis). Pretratados con PR y RBV 25% y coinfectados con VIH el 20%. El 35% de los pacientes tenían CV basal > 800.000UI/ml. Los niveles de albúmina y plaquetas fueron 4,10±0,43 g/dL y 148.850±61.816 cel/ μ l. 95% (19/20) alcanzaron RVS12.

SOF/VEL: se incluyeron 18 pacientes; 72,22% hombres, edad media: 56,80±9,25. Grado de fibrosis: 22,22% F1-F2, 38,88% F3 y 38,88% F4. 11,11% pretratados con PR y RBV, 38,88% coinfectado VIH, 22,22% tenían CV basal > 800.000UI/ml. Los niveles basales de albúmina y plaquetas fueron 4±0,35g/dL y 132.650±55.680 cel/ μ l. Todos los pacientes alcanzaron RVS12.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones basales de los pacientes de los diferentes tratamientos, sin embargo sí hubo diferencias significativas en cuanto a la RVS12 alcanzada entre los tratamientos SOF/LDV+RBV, SOF+DCV, SOF/VEL con respecto a SOF/LDV ($p < 0.05$, test chi cuadrado).

Conclusión

El tratamiento con SOF/LDV+RBV, SOF+DCV, SOF/VEL para VHC genotipo-3 parecen ser más efectivo que SOF/LDV. Los resultados obtenidos para SOF+DCV (RVS=95%) y SOF/VEL (RVS12=100%) concuerdan con los de los ensayos ALLY-3 (RVS12=88,65%) y ASTRAL-3 (RVS12=95%), respectivamente. La efectividad de la asociación SOF+LDV (RVS12=43,75%) fue inferior a la del ensayo ELECTRON-2, 64% (16/25), pero en este ensayo no se tratan a pacientes pretratados. Para la asociación SOF+LDV+RBV se obtiene una RVS12=90% similar a la del ELECTRON-2 (RVS12=88,15%). Los resultados de nuestro estudio, práctica clínica real, concuerdan con los obtenidos en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

218. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE POLIFARMACIA EN LA POBLACIÓN VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CASTELLANO HERRADOR JJ, GUERRO DE PRADO M, RAMIS RIERA X, DEL OLMO REVUELTO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de polifarmacia en la población VIH+ atendida en un hospital de tercer nivel, según el rango de edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en noviembre de 2017. Se seleccionaron pacientes que acudieron al Servicio de Farmacia en dicho mes y que disponían de receta electrónica. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad y sexo), analíticas (número de CD4+/mL y carga viral) y farmacológicas (TAR actual y medicación crónica no relacionada con el TAR). Se dividió a la población en pacientes menores de 50 años, mayores de 50 años y mayores de 65 años. La medicación no relacionada con el TAR se definió como crónica si el paciente tenía tratamiento durante más de 3 meses. La polifarmacia se definió, según estudios previos, como la toma de más de 5 principios activos (PA), aparte del TAR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

90 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (63 hombres, 69%) y 67/90 pacientes (74%) tenían más de 50 años. Los pacientes mayores de 65 años fueron 14/90 (15%). La media de CD4 fue 609,3±297,6 células/mL y 82/90 (91%) tenían cargas virales indetectables.

La prevalencia de polifarmacia fue 37/90 (41%). Sin embargo, en la población con edad mayor de 50 años fue de 52/67 pacientes (52%) y en la población mayor de 65 años 8/14 (57%). En la población menor de 50 años, 5/23 pacientes (22%) tenían más de 5 PA en sus tratamientos activos.

Conclusiones

Casi tres cuartas partes de los pacientes que acudieron a recoger el TAR durante el periodo de estudio era mayor de 50 años y más de la mitad tiene tratamientos crónicos con 5 o más principios activos. Se debería incluir la revisión integral del resto de los tratamientos crónicos en la atención a los pacientes VIH+.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

227. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS).

AUTORES

NAVARRO DÁVILA MA, CRESPO ESTRADA B, CALZADO GÓMEZ G, TÉVAR AFONSO E, MESA EXPÓSITO R, VIÑA ROMERO MM, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIV. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de VRS en el Hospital de tercer nivel durante el periodo 2016-2017.

Establecer el porcentaje de pacientes pediátricos tratados con palivizumab y el coste asociado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente 820 muestras con sospecha de infección por VRS en 2017 y 602 en 2016.

Los datos de los pacientes tratados con Palivizumab se obtuvieron de la historia clínica electrónica en Drago AE® y el consumo de Palivizumab en este periodo de tiempo se obtuvo de Gestión económica de Farmatools®.

De los positivos, se estudió edad, clínica respiratoria, inmunodepresión (onco-hematológicos, trasplantados, con Virus de la Inmunodeficiencia Humana, enfermedad renal crónica o tratamiento corticoideo de larga duración) y si requirieron ingreso hospitalario. Se estratificaron en dos grupos de edad: población pediátrica (menores de 5 años) y adultos. A los menores de 5 años se les realizó una inmunocromatografía de detección de antígeno del VRS (Alere BinaxNOW®RSV) en lavado nasofaríngeo (LNF). En el caso de obtener un resultado negativo y sospecha clínica alta, se realizó una Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) multiplex en la que se detectan 12 virus diferentes (Allplex™Respiratory Panel Assays, Seegene®) en LNF o broncoalveolar. En adultos, se realizó dicha PCR en el caso de sospecha de infección viral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de muestras analizadas, 100(16,66%) en 2016 y 166(20,2%) en 2017 fueron positivas, concentradas en los meses de octubre a febrero. Los resultados generales se pueden observar en la siguiente tabla:

Total Pruebas Realizadas por Inmunocromatografía positiva/total en 2016: 602 En 2017: 820, por PCR positiva/total en 2016: 82/364, en 2017: 88/330, por PCR positiva/Ag negativo en 2016: 5 y en 2017: 27.

Población pediátrica n (%)

En 2016: 90(90%)

En 2017: 133(80,12%)

% menores de un año

En 2016: 77

En 2017: 56,62

Población adulta n (%)

En 2016: 10(10%)

En 2017: 33(19,87%)

Ingresaron n(%)

En 2016: 79(79%)

En 2017: 152(92%)

Días de ingreso (mediana)

En 2016:5



En 2017: 5
Pacientes pediátricos tratados con palivizumab
En 2016: 190
En 2017: 269
Costes tratamiento
En 2016: 137.216,00 €
En 2017: 194.218,00 €

Conclusiones

El VRS sigue siendo un gran problema de Salud Pública debido al alto número de infecciones anuales, sobre todo en población menor a 1 año.

En nuestro estudio, el número de casos detectados en adultos ha aumentado con respecto a años anteriores y en la población pediátrica, ha aumentado la gravedad y el número de ingresos con respecto al año anterior. Se observa un incremento del consumo y de pacientes pediátricos que se trataron con palivizumab de

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

228. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO (PROA-EH)

AUTORES

BILBAO AGUIRREGOMEZCORTA J, LEKUE ALKORTA I, DONAIRE URQUIJO MDC, MARTINEZ COBO R, PEREZ SANCHEZ T, SANJUAN LOPEZ AZ, UGALDE ESPÍÑEIRA J, URIBE OYARBIDE F
HOSPITAL SAN ELOY. AV. ANTONIO MIRANDA 5. VIZCAYA

OBJETIVOS

Instaurar el PROA - EH a través del consenso con los profesionales de las recomendaciones de tratamiento en las infecciones más prevalentes.

Las mejoras esperadas son: Reducir el consumo de antibióticos, disminuir el número de prescripciones inadecuadas, aumentar el nivel de conocimiento sobre antibióticos, obtener resultados favorables en la evolución clínica del paciente y utilizar los recursos de forma eficiente.

DISEÑO

Formación de un equipo multidisciplinar con representación de todas las Unidades de Atención al Paciente (UAPs), Urgencias extrahospitalarias, Puntos de Atención Continuada (PACs), Enfermedades Infecciosas, Medicina Preventiva y Farmacia. Los referentes de cada unidad actúan como canalizadores en la difusión de los acuerdos del PROA-EH, y líderes en la optimización del uso adecuado de los antimicrobianos. Un requisito previo a la constitución del equipo fue la aprobación y apoyo al proyecto por parte de la Dirección.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Preliminar, selección de los referentes. Se seleccionaron médicos con buena calidad de prescripción de antibióticos, con conciencia del problema y capacidad de liderazgo. El nombramiento fue ejecutado por la Dirección.
- 1º, creación del grupo en una plataforma digital con el objetivo de minimizar las reuniones físicas y agilizar la toma de decisiones.
- 2º, selección y priorización de las infecciones a abordar a través del debate y consenso entre todos los prescriptores en cada una de sus unidades o centros.
- 3º, selección de la bibliografía básica a utilizar en la revisión de cada infección.
- 4º, realización de un análisis de adecuación de la prescripción de antibióticos en las infecciones en revisión, con el objetivo de disponer de información de la situación de partida.
- 5º, discusión de los borradores de los documentos de consenso en cada UAP, PAC, Urgencias. Difusión de los acuerdos alcanzados por el equipo entre sus compañeros y realización de las actividades acordadas por el equipo para fomentar el uso racional de los antibióticos.
- 6º, análisis de los indicadores de adecuación de la prescripción. Se realizan de manera periódica con el fin de valorar el grado de aceptación e implantación de los documentos de consenso.

IMPLANTACIÓN

El PROA-EH ha sido totalmente instaurado en todo el ámbito extrahospitalario de la organización.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

La primera patología abordada fue la faringoamigdalitis aguda en adultos y niños, para la que se preparó un documento de consenso, un algoritmo de decisión, un PowerPoint para su difusión y un formulario para la realización de asesorías retrospectivas.

Tras su implantación y difusión, el 38,6% de las prescripciones son correctas (fármaco, dosis y duración) de un 19 % inicial. La prescripción de amoxicilina/clavulánico disminuye de 19% a 9%, así como azitromicina (tratamiento alternativo) de 21% a 12%.

La principal limitación es que el éxito depende de la aceptación por parte del resto de prescriptores, modificar hábitos de prescripción inadecuados es una tarea ardua y laboriosa.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es aplicable a otras organizaciones sanitarias integradas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**229. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA GENOTIPOS NO-1****AUTORES**

CIDONCHA MUÑOZ I, PEREZ ABANADES M, ORTEGA HERNANDEZ-AGERO MT, GARCIA BUEY L, MORELL BALADRON A
HOSPITAL UNIV. DE LA PRINCESA. DIEGO DE LEÓN, 62. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de los antivirales de acción directa (AADs) en el tratamiento de la hepatitis C crónica (HCC) en pacientes con genotipos no-1, y mejoría clínica al año de finalizar tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con HCC genotipos no-1 no co-infectados que iniciaron tratamiento con AADs entre abril-diciembre 2015, seguidos durante 1 año. Variables recogidas: edad, sexo, fibrosis hepática (FO-F4), puntuación Child-Pugh, puntuación MELD, bilirrubina total, albúmina, transaminasas, genotipo, carga viral, AADs empleados, efectos adversos (EA) y complicaciones/descompensaciones postratamiento. Los datos se obtuvieron del sistema de información clínica "Hygeia" y programa informático de dispensación a pacientes externos (Dominion®). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS versión 15.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 46 pacientes, 67,4% varones, media de edad 58 años (9,9). 28 (60,9%) pacientes presentaban genotipo 3, 12 (26,1%) genotipo 4, 5 (10,9%) genotipo 2 y 1 (2,2%) genotipo 5. De ellos, 27 (57,4%) eran naive, 19 (41,3%) recibieron biterapia previa y 1 (2%) recibió AADs previos.

Al inicio de tratamiento 29 (63%) pacientes presentaban F4, 11 (23,9%) F3, 4 (8,7%) F2 y 2 (4,3%) FO-1. 43 (93,5%) tenía Child-Pugh A y 3 (6,5%) B, media de puntuación MELD 7,5 (2,1), media de bilirrubina total 1,1 mg/dL (0,3), media de albúmina 4,3 g/dL (0,4), mediana de GOT 62,5 U/L (IQR 41,7-96,5) y mediana de GPT 79 U/L (IQR 46-108,2). La media de valores de fibroscan fue 18 (12,5) kPa.

La tasa de hipertensión portal fue del 26,1% y de varices esófago-gástricas del 10,9%.

Con sofosbuvir/ledipasvir ± ribavirina fueron tratados 20 (43,5%) pacientes, con sofosbuvir/daclatasvir ± ribavirina 18 (39,1%), con sofosbuvir + ribavirina 6 (13%), y con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± ribavirina 2 (4,3%).

La tasa de respuesta viral sostenida (RVS) fue del 91,5%. En 38 (80,8%) pacientes se describió al menos un EA. Entre los más frecuentes: astenia (56,5%), cefaleas (41,3%), molestias gastrointestinales (32,6%), e insomnio (17,4%); el tratamiento no fue suspendido en ningún caso.

Al año de finalizar tratamiento 14 presentaban (30,4%) FO-1, 10 (21,7%) F4, 6 (13%) F3, 6 (13%) F2. Del resto no hubo datos. Los valores de fibroscan descendieron a 8,08 kPa. 36 (78,3%) tenían Child-Pugh A y 1 (2,2%) B, media de puntuación MELD 8,17 (3), media de bilirrubina total 0,7 mg/dL (0,48), media de albúmina 4,5 g/dL (0,5), mediana de GOT 21 U/L (IQR 18-26,2) y mediana de GPT 19 U/L (IQR 16-25,7).

5 (%) pacientes desarrollaron tumores malignos: 1 presentó reactivación de cáncer de vejiga, 2 hepatocarcinoma de novo, 1 paciente cáncer de colon de novo y 1 cáncer de mama teniendo como antecedente cáncer de pulmón en remisión completa.

Conclusiones

Los AADs para la HCC genotipo no 1 presenta una efectividad y seguridad muy elevadas en la práctica clínica, lo que ha supuesto mejoría clínica en los pacientes. Según nuestros resultados, podría existir relación entre AADs y desarrollo de nuevos tumores, pero son necesarios más datos a largo plazo para confirmarlo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**238. PERCEPCIÓN DE LA COMPLEJIDAD FARMACOTERAPEUTICA GLOBAL DEL PACIENTE VIH+****AUTORES**

MANZANO GARCIA M, SERRANO GIMENEZ R, GUZMAN RAMOS MI, ROBUSTILLO CORTÉS A, CANTILLANA SUAREZ MG, DIAZ ACEDO R, HARO MARQUEZ C, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA CADIZ S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la concordancia entre la complejidad farmacoterapéutica percibida por los pacientes y la calculada según la herramienta Medicarion Regimen Complexity index(MRCI) en pacientes VIH+ en tratamiento global (tratamiento antirretroviral [TAR] y tratamiento concomitante).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional de pacientes VIH+ > 18 años con TAR estable en los últimos tres meses, en seguimiento por las consultas externas de atención farmacéutica (CAF) entre octubre de 2017 y febrero de 2018. Fueron excluidos los pacientes incluidos en ensayos clínicos durante el periodo de estudio.

La variable principal del estudio fue la concordancia entre la mediana de la puntuación obtenida en la complejidad farmacoterapéutica percibida por los pacientes mediante la escala visual analógica (EVA) cuyo rango de valores oscila entre 0 (mínimo) y 10 (máximo), categorizada en complejidad baja (0-1) y complejidad alta (2-10), y la mediana de la puntuación obtenida para la complejidad farmacoterapéutica teórica mediante la herramienta MRCI cuyos rangos de valores oscilan entre 1 (mínimo) e infinito, categorizada en complejidad baja (0-11) y complejidad alta > 11. Se calculó la complejidad global: TAR y tratamiento concomitante.

Las demás variables analizadas fueron: Sexo y edad, carga viral plasmática (CVP), Nivel CD4 (cél/ μ l), coinfección, tipo de TAR: dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIAN) más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN); Dos ITIAN más un inhibidor de la proteasa (IP); Inhibidor de la integrasa (II) u otras pautas diferentes a las anteriores, número de comorbilidades y polifarmacia (definido como 5 o más medicamentos incluido el TAR).

La recogida de datos se realizó de la historia clínica electrónica, de la aplicación de receta XXI del Sistema Andaluz de Salud y de los registros de dispensación de la CAF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Incluimos 236 pacientes en el estudio. La mayoría de los pacientes eran hombres (77,1%) y la mediana de edad era de 50 años (IQR: 46-55). La mediana del nivel de CD4 fue 598 (IQR: 433-847) y la mayoría de ellos se mostraron indetectables (91,5%). El 41,1% de los pacientes presentaban coinfección.

La mediana de comorbilidades fue 1 (IQR: 1,0-2,0), y el 8.9% de los pacientes estaban polimedcados.

Teniendo en cuenta las clases de medicamentos antirretrovirales, los regímenes más comunes fueron aquellos que incluían una combinación de dos ITIAN más ITINN (29.7%), en contraste con aquellos con dos ITAN más un IP 19.5%, dos ITAN más un II 25.4% y otras combinaciones 25.4%

Con respecto al objetivo principal del estudio, existió una concordancia discreta entre la complejidad farmacoterapéutica percibida por los pacientes y la calculada según la herramienta MRCI (índice Kappa de Cohen 0.203). La mediana del MRCI de la medicación total fue de 6 (IQR: 4-10) frente a la mediana de la complejidad farmacoterapéutica medida por escala EVA de 2 (IQR: 0-4).

Conclusiones

Los pacientes perciben una complejidad farmacoterapéutica menor que la calculada mediante la herramienta MRCI. Por ello, deberemos incluir en el seguimiento del paciente, las dos escalas para un mayor conocimiento de la percepción del paciente y poder realizar una mejor atención farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

244. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A LA HEPATITIS C EN LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE. MODELO PREDICTOR.

AUTORES

MANZANO GARCIA 4, GUZMAN RAMOS MI, ROBUSTILLO CORTES A, SERRANO GIMENEZ R, DIAZ ACEDO R, CANTILLANA SUAREZ MG, PINEDA VERGARA JA, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA CADIZ S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la influencia del tratamiento frente a la Hepatitis C con antivirales de acción directa (AAD) en la adherencia a la medicación concomitante e identificar un modelo predictor de la no adherencia al tratamiento concomitante en este tipo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con Hepatitis C que hubieran iniciado el tratamiento con AAD entre Enero-2015/Diciembre-2016. Se excluyeron pacientes en ensayos clínicos y pérdidas de seguimiento. Las variables recogidas fueron: variables demográficas, variables relacionadas con la hepatitis C: el genotipo viral, el grado de cirrosis hepática y el estatus previo al inicio del tratamiento. Comorbilidades del paciente y parámetros relacionados con la farmacoterapia: tratamiento frente al VHC, número y tipo de fármacos concomitante, presencia de polifarmacia y adherencia a la medicación concomitante antes y durante el tratamiento con AAD.

Para el cálculo de la adherencia se utilizó el coeficiente multiintervalo de dispensación, a través de los registros de dispensación en farmacia comunitaria.

La validez del modelo predictor se evaluó mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow. El análisis estadístico se realizó con el programa spss v23.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 384 pacientes, 70,8% hombres con una mediana de edad de 52,8 años (RIQ:48,9-59,2). El 67,9% de los pacientes portaban genotipo 1 del virus VHC, seguido del genotipo 4 (19,7%), genotipo 3 (10,8%) y genotipo 2 (1,6%), y el 46,5% presentaban cirrosis hepática. El 59,5% eran naive y el 15,9% estaba coinfectado por VIH.

El 69,3% presentaba al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente la enfermedad cardiovascular (21,9%) seguida de alteración metabólica (21,1%) y patología del Sistema Nervioso Central (SNC) (18,5%).

Respecto al tratamiento antiviral frente al VHC, el tratamiento más frecuentemente prescrito fue el compuesto por sofosbuvir/ledipasvir (58,6%) seguido de Ombitasvir/Paritaprevir/ritonavir+dasabuvir(13,8%) y sofosbuvir/daclatasvir(11,2%).

En relación a la medicación concomitante, el 56,3% de los pacientes tenía al menos un fármaco prescrito con una media de 2,1 \pm 2,6 fármacos por paciente y un 10,7% de polifarmacia. El 26,0% de los pacientes tenía prescrito al menos un fármaco para el SNC, seguido del 25,5% para el sistema cardiovascular, 14,4% fármacos para úlcera gástrica o reflujo, el 8,1% antidiabéticos, el 4,2% tratamiento hipolimepiante y el 3,4% frente a la enfermedad obstructiva crónica.

Además, hubo una variación significativa en la adherencia a la medicación concomitante prescrita la duración del tratamiento versus VHC (29.9%) en comparación con el mismo período previo al inicio (36.9%) ($p = 0.032$).

El análisis multivariante mostró que los coinfectados ($p < 0.001$; OR [95% IC]: 0.19 [0.09-0.39]) y la polifarmacia ($p = 0.008$; OR [95% IC]: 4.45 [1.48-13.92]) fueron predictores de falta de adherencia a los medicamentos concomitantes

duración del tratamiento frente a VHC. El valor de la prueba de Hosmer y Lemeshow confirmó la validez de este modelo en el ($P = 0.699$).

Conclusiones

La adherencia a la medicación concomitante disminuye significativamente durante el periodo que dura el tratamiento frente al VHC. Además, el presentar coinfección y polifarmacia, empeora la adherencia al tratamiento concomitante. Será necesario realizar intervenciones farmacéuticas para mejorar la adherencia en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

254. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA PROA PEDIÁTRICO TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN

AUTORES

LOPEZ RAMOS MG, VELASCO ARNAIZ E, SIMÓ NEBOT S, MAS COMAS AM, URREA AYALA M, MONSONÍS CABEDO M, FARRÉ RIBA R, NOGUERA-JULIÁN A
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA. PASSEIG SANT JOAN DE DÉU, 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Los Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) son una de las estrategias clave frente a las crecientes resistencias antimicrobianas. Se describen los resultados de los 12 primeros meses de funcionamiento de un PROA en un hospital pediátrico de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental. Comparación del empleo de antimicrobianos sistémicos (días de tratamiento [DOT] por 100-pacientes-día) en el área de hospitalización (no incluye UCI) de un hospital pediátrico terciario (264 camas) en 2016 y 2017, antes y durante la implementación del PROA. También se ha realizado la evaluación de la calidad de las prescripciones mediante cortes transversales trimestrales. Las principales estrategias del programa PROA han sido: revisión post-prescripción con feedback en historia clínica y/o en persona, filtros de prescripción que hacen necesario documentar la indicación de antimicrobianos seleccionados, elaboración de guías de tratamiento empírico y profilaxis, y sesiones generales y por equipos médicos concretos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El empleo global de antimicrobianos sistémicos se mantuvo estable en el tiempo (mediana [RIC] DOT/100-pacientes-día: 70,8 [68,2-73,3] en 2016 y 68,2 [67,2-69,8] en 2017, $p=0,195$). El uso de antibióticos mostró un descenso próximo a la significación estadística ($p=0,063$), a expensas de una reducción del uso de antibióticos de amplio espectro activos frente a gram-negativos (meropenem, $p=0,045$; piperacilina-tazobactam, $p=0,022$) y de la duración de la profilaxis quirúrgica (cefazolina, $p=0,002$). El empleo de antifúngicos alcanzó una meseta, con variaciones en el patrón de uso de los diferentes fármacos debidas a cambios en los protocolos del centro. En 2017, se revisaron 4443 prescripciones, tras una mediana de tiempo de ingreso de 2,4 (RIC 1,5-3,5) días. El principal grupo fueron los antibióticos ($n=4007$, 90,2%) administrados por vía intravenosa ($n=3629$, 81,9%). Se realizaron recomendaciones en 831 (18,7%) prescripciones consideradas "no-óptimas", por falta de cumplimiento de las guías locales ($n=199$, 23,9%), duración inadecuada de tratamiento ($n=396$, 47,6%), espectro antimicrobiano inadecuado ($n=187$, 22,5%) o dosis ($n=193$, 23,2%). El porcentaje de prescripciones 'óptimas' aumentó de un 73,0% en el primer trimestre de 2017 a un 85,7% en el cuarto trimestre de 2017 ($p=0,011$).

Conclusiones

Según nuestra experiencia, un programa PROA basado en la revisión post-prescripción con feedback ha llevado a la disminución del uso de antibióticos de amplio espectro y a una mejora en la calidad de las prescripciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

281. EXPERIENCIA CON MONOTERAPIA DARUNAVIR/COBICISTAT EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GARCIA SACRISTAN AA, QUIRÓS AMBEL H, DOMINGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUÁREZ S, RUBIO SALVADOR AR, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de la monoterapia con darunavir/cobicistat (DRV/COBI) y comparar su seguridad con respecto a darunavir/ritonavir (DRV/r)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en los que se incluyeron pacientes ≥ 18 años con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pretratados con DRV/r en monoterapia ≥ 24 semanas que cambiaron a una monoterapia con DRV/COBI. Se recogieron variables: edad, sexo, semanas de tratamiento con DRV/r, número de líneas de tratamiento antirretroviral (TAR) previas utilizadas, carga viral plasmática-CVP (copias/ml) a las 12 semanas tras el cambio a DRV/COBI (identificando los "blips" definido como determinaciones de CVP: 50-200 copias/ml y las CVP > 200 copias/ml), valores de linfocitos CD4+ (células/ μ l) calculados por citometría de flujo durante el tratamiento con DRV/r y 12 semanas tras cambio a DRV/COBI, perfil lipídico (colesterol, LDL-colesterol, HDL-colesterol, triglicéridos), hepático (GOT, GPT) y renal (creatinina-Cr y filtrado glomerular-FR) durante el tratamiento con DVR/r y 12 semanas tras cambio a DRV/COBI.

La información se obtuvo del programa de dispensación pacientes externos Farmatools® y de la historia clínica del paciente. El análisis descriptivo de los datos se obtuvo a través del programa SPSS®21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 60 pacientes, de los cuales el 70% (42) eran varones y 30% (18) mujeres con una media de edad de 53,8 años (26-87). Los pacientes tuvieron una mediana de 221±98,63 semanas de monoterapia con DRV/r previo a la monoterapia con DRV/COBI. El 100% de los pacientes tuvo al menos un régimen de TAR diferente previo al cambio a la monoterapia con DRV/r, el 8,3% (5) más de tres regímenes previos diferentes. La mediana de tiempo de tratamiento con DRV/COBI fue de 103,5±40,90 semanas.

Tras el cambio a DRV/COBI, 11,7% (7) de los pacientes desarrollaron “blips”. La mediana de CVP de estos pacientes fue de 97±34,66 copias/ml. En nuestro estudio, el 42,9% (3) de los pacientes tuvo un cambio de tratamiento para asegurar la efectividad del TAR.

Por otro lado, el 6,7% (4) de los pacientes tuvo determinaciones de CVP > 200 copias/ml. Los CVP de estos pacientes estuvieron comprendidos entre 276-2490 copias/ml. En nuestro caso el 100% de los pacientes con CVP > 200 copias/ml tuvo un cambio de tratamiento. A pesar de los “blips” y CVP > 200 copias/ml, un 81,6% de los pacientes se mantuvo con una CVP < 25 copias/ml.

Con respecto al nivel de linfocitos CD4+, la media durante el tratamiento con DRV/r fue de 765,2 ±309,28 células/μl y de 770,9 ± 350,41 células/μl con DRV/COBI. En cuanto al perfil lipídico, hepático, y renal no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en ninguno de los parámetros medidos durante el tratamiento con DRV/r y tras el cambio a DRV/COBI.

Tras el análisis de resultados, DRV/COBI en monoterapia parece ser efectivo y seguro analizando el perfil lipídico, hepático y renal, así como comparándolo con la alternativa DRV/r. Las principales limitaciones, son el pequeño tamaño muestral y el tipo de estudio (observacional). Esto limita la extracción de conclusiones en cuanto a qué régimen de monoterapia es más eficaz y exige la realización de estudios más específicos que comparen DRV/r vs. DRV/COBI en monoterapia para comprobar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

301. GRUPO DE CONTROL DE INFECCIONES: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS.

AUTORES

TRUJILLANO RUIZ A, VALENCIA SOTO CM, VILLACAÑAS PALOMARES MV, GIMÉNEZ CASTELLANOS J, LLODRÀ ORTOLÀ V HOSPITAL DE MANACOR. CARRETERA MANACOR ALCUDIA, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Describir y evaluar las intervenciones realizadas por el farmacéutico miembro del grupo de control de las infecciones en las prescripciones de antimicrobianos de pacientes ingresados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional realizado durante 6 meses (octubre 2017-Marzo 2018) en un hospital de 232 camas. Se estableció un flujo de trabajo: Diariamente el farmacéutico extrae y revisa el listado de antimicrobianos de pacientes ingresados con el fin de validar la idoneidad de la prescripción. Posteriormente, las aportaciones de farmacéutico son discutidas en el grupo multidisciplinar de control de infecciones, formado por microbiólogos, médicos de enfermedades infecciosas, enfermeras y farmacéuticos. Finalmente, todas las recomendaciones son transmitidas al médico prescriptor a través de la historia clínica y/o por vía telefónica, y éste, será el encargado de valorar su aceptación o no. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, servicio de ingreso, grupo terapéutico y principio activo, tipo de intervención realizada, aceptación de la misma, días hasta su aceptación y el motivo de no aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron un total de 146 intervenciones en 130 pacientes en el periodo seleccionado. El 58.9% eran hombres con una edad media de 69.7 años (DE:16.1).

La distribución por servicios fue: 41.1% en medicina interna, 19.2% neumología, 13.7% cirugía, 10.3 % traumatología, 8.9% digestivo y 6.8% en otros servicios.

Los grupos terapéuticos implicados con mayor frecuencia fueron: quinolonas (43.8%), glucopéptidos (14.4%), macrólidos (12.3%) y carbapenemes (8.9%) y en cuanto a los principios activos: levofloxacino (43.1%), vancomicina (14.4%), azitromicina (11.6%) y meropenem (4.8%) y amoxicilina/clavulánico (4.8%).

Respecto al tipo de intervenciones realizadas, fueron las siguientes: terapia secuencial (37%), duración del tratamiento (33.6%), petición de niveles para monitorización y ajuste posológico (16.4%), ajuste posológico por insuficiencia renal (4.8%) y otros (8.2%).

El 73.3% de las intervenciones fueron aceptadas, con una demora de 0.3 días (DE:0.6). Los motivos por los cuales no se aceptaron las intervenciones fueron: 38.9% por alta del paciente, 41.3% por justificación clínica, 18.7% por cambio a otro tratamiento antibiótico y 1.1% por otras causas.

Conclusiones

Las intervenciones realizadas por el farmacéutico dentro de las actividades del programa de optimización en el uso de antimicrobianos del grupo de control de infecciones obtuvieron una elevada y rápida aceptación por parte de los médicos prescriptores.

En cuanto a las intervenciones no aceptadas, la mayoría fueron por causas justificadas.

La actuación de un equipo multidisciplinar con presencia del farmacéutico es una herramienta clave en la optimización del uso de antimicrobianos en los pacientes hospitalizados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**329. REVISIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO****AUTORES**

PUERTA BRAVO L, QUERA AYMA D, FILIP AYALA M, ALBARRAN PLAZA C, GIMENEZ LOPEZ G, OLMEDO MARROQUIN C, TELLO BRONCHAL N, NIUBÓ SABATER O

HOSPITAL SOCIO SANITARIO MUTUAM GÜELL. C/ MARE DE DEU DE LA SALUT 49. BARCELONA

OBJETIVOS

La complejidad de los pacientes derivados a hospitales de atención intermedia va en aumento, reflejándose en el incremento de la prescripción de antimicrobianos en los últimos años. Los objetivos propuestos en este estudio son:

- identificar los diferentes tipos de infecciones nosocomiales originadas en nuestro hospital y los gérmenes más frecuentes causantes de las mismas
- evaluar la idoneidad de los antibióticos utilizados para el tratamiento de las infecciones y valorar si la duración del tratamiento fue la adecuada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo llevado a cabo en un hospital socio sanitario de 167 camas, gestionado por el Grupo Mutuam, que atiende a pacientes de larga estancia, convalecencia, subagudos y cuidados paliativos.

El periodo evaluado fue de mayo a octubre del 2017. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes cuya infección se produjo pasadas las 48h del ingreso. Los datos se obtuvieron a partir del aplicativo informático de gestión de la prescripción médica y se recogieron en una base de datos formato Microsoft Excel®

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio se atendieron a 996 pacientes de los cuales 178 (17,8%) presentó algún tipo de infección. 49 pacientes tuvo más de una infección y 2 pacientes sufrieron 5 reinfecciones. En total se registraron 250 infecciones. La media de edad de los pacientes con diagnóstico de infección fue de 82 años, siendo el 52.40% mujeres.

La infección nosocomial más frecuente fue la urinaria (47.20%) seguida de la respiratoria (35.20%), la cutánea (13.20%) y otras (4.40%) entre las que se incluyeron las infecciones de herida quirúrgica, dentales, otitis, faringitis, etc...

Los gérmenes causantes de las infecciones fueron Escherichia coli (45.95%), Proteus mirabilis (13.51%), Pseudomona aeruginosa (13.81%), Escherichia coli productor de betalactamasas de espectro ampliado (8.11%), Klebsiella pneumoniae (5.41%), Staphylococcus aureus y Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (2.70% respectivamente).

El antibiótico utilizado con mayor frecuencia para tratar las infecciones fue Amoxicilina/Ácido clavulánico (38.40%), seguido de Fosfomicina (17.60%) y Ciprofloxacino (12%).

Para el tratamiento de las infecciones registradas se utilizó un antibiótico dirigido en función del antibiograma en un 14,8% de las infecciones. En 13,81% de los casos se utilizó un antibiótico teniendo en cuenta la existencia previa de un germen multiresistente y en el resto se utilizó antibioterapia empírica.

La duración de los tratamientos en 5 casos de infección respiratoria se alargó más allá de los 10 días y lo mismo ocurrió en 2 casos de infecciones urinarias. En el resto de casos el tratamiento fue el adecuado según las guías de prescripción antimicrobiana.

Aunque la mayoría de tratamientos son empíricos los gérmenes multiresistentes no son los más frecuentes a la vista de los resultados del tratamiento.

En las infecciones respiratorias los pacientes con broncoaspiraciones son los que se reinfectan con mayor frecuencia y a menudo son difíciles de controlar.

El hecho que las infecciones urinarias sean las más prevalentes nos plantea la necesidad de revalorar el procedimiento de actuación delante de este tipo de infección y aumentar el tratamiento dirigido.

El sobretratamiento en cuanto a duración fue mínimo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**340. USO DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

HENARES LÓPEZ A, PINTADO ÁLVAREZ A, FERNÁNDEZ MARTÍN JM, ALCARAZ SÁNCHEZ JJ, FERNÁNDEZ CUERVA C
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

La Anfotericina B Liposomal (ABL) es un antifúngico ampliamente utilizado y de gran experiencia de uso en el medio hospitalario. El objetivo de nuestro trabajo es revisar la utilización de la ABL en un hospital de tercer nivel así como evaluar las medidas de ahorro por medio de farmacotecnia eficiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados con ABL durante Enero-Diciembre de 2017. Los datos fueron recogidos de la Historia Clínica electrónica de los pacientes y de los archivos de farmacia. Se analizaron variables demográficas (paciente pediátrico vs adulto, sexo y edad), clínicas [duración, modalidad de tratamiento (entendiendo que un mismo paciente puede recibir más de uno): profilaxis, tratamiento empírico o dirigido y reacciones adversas] así como los datos de viales reenvasados en el área de farmacotecnia frente a los datos teóricos si no se hubiera realizado ésta labor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 89 pacientes, 34 pediátricos (65% varones) y 55 adultos (60% varones), con una mediana de edad de 2 años en pediatría (21 días-17 años) y de 54 años en adultos (21-85). La mediana de días de tratamiento fue de 13,5 días

(1-292) en pediatría y de 7 (1-377) en adultos. Modalidad de tratamiento en pediatría: se realizaron 26 tratamientos, de los que 9 fueron empíricos y 17 dirigidos frente a *Candida* (10), *Leishmania* (5), *Pneumocystis* (1) y *Aspergillus* (1). Hubo un total de 8 profilaxis, 5 de las cuales en pacientes con neoplasias hematológicas malignas, 1 en un paciente prematuro con alto riesgo infeccioso, 1 paciente inmunodeprimido y 1 con persistencia de reactivos de fase aguda pese a antibioterapia. Efectos adversos en pediatría: neurotoxicidad (7), hipopotasemia (5), hipomagnesemia (1), exantema (1), prurito (1), cefalea (1) y fiebre (1). Modalidad de tratamiento en adultos: se realizaron 29 tratamientos, de los cuales 9 fueron empíricos y 20 dirigidos frente a *Leishmania* (8), *Aspergillus* (3), *Candida* (3), *Mucor* (2), *Cryptococcus* (1), *Fusarium* (1), *Pneumocystis* (1) y *Trichophyton* (1). Hubo un total de 25 profilaxis, 24 en pacientes hematológicos y 1 en paciente consumidor de cocaína con sinusitis crónica y alteraciones del maxilar. No se encontró información de la indicación de dos pacientes. Efectos adversos en adultos: nefrotoxicidad (3), fiebre postinfusional (2) hipopotasemia (1), dolor lumbar (1) y náuseas (1). Durante 2017, en el servicio de farmacia se reenvasaron 4446 viales de ABL. El consumo teórico de ABL si no se hubiera realizado esta labor de aprovechamiento habría sido de 4842 viales, lo que supondría un aumento de 396 viales anuales, un 9% más, que suponen 29820 € de ahorro aproximadamente.

Conclusiones

La ABL se sigue utilizando para micosis sistémicas graves, leishmaniasis y pacientes neutropénicos con patologías hematológicas malignas. Cabe destacar el uso de la profilaxis antifúngica en éstos últimos pacientes (38% de adultos y 24% pacientes pediátricos), que a pesar de no estar recogida en la ficha técnica, sí que está incluida en el resto de bibliografía. La seguridad del paciente y el menor impacto económico obtenido son estrategias que deberían potenciar las unidades de Mezclas Intravenosas extrapolándose a otros fármacos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

352. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL AÑO 2017

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, SÁNCHEZ CATALICIO MDM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la eficacia y seguridad de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) empleados en el tratamiento de la hepatitis C en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes tratados con AAD durante el año 2017. Revisamos las historias clínicas y elaboramos una base de datos, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, coinfección VHC/VIH, servicio prescriptor, genotipo (G), grado de fibrosis (F), tratamientos previos, carga viral basal (CVB), final y 12 semanas post-tratamiento, combinación de AAD empleada, inicio y duración del tratamiento, nº de medicamentos concomitantes, adherencia (según registro de dispensaciones) y efectos adversos (EAs) documentados. La eficacia se evaluó según proporción de pacientes que alcanzó respuesta viral sostenida a las 12 semanas post-tratamiento (RVS12). Consideramos respuesta no evaluable (RNE) aquellos tratamientos con finalización posterior al 31 de Enero de 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Recibieron tratamiento con AAD 114 pacientes (65.79% hombres), con una mediana de 52 años (29-85 años); 23 (20.18%) coinfectados VIH, y 86 (75.44%) con CVB > 800.000UI/mL. Los servicios prescriptores fueron digestivo (62.28%) e infecciosas (37.72%). La distribución de genotipos fue: 38 (33.33%) G1a, 41 (35.96%) G1b, 1 (0.88%) G2, 22 (19.30%) G3, 11 (9.65%) G4 y 1 (0.88%) G5. Grado de fibrosis: 20 (17.54%) F0-F1, 14 (12.28%) F1, 7 (6.14%) F1-F2, 28 (24.56%) F2, 2 (1.75%) F2-F3, 14 (12.28%) F3, 5 (4.39%) F3-F4, 22 (19.30%) F4 y 2 pacientes (1.75%) sin datos. Hubo 95 (83.33%) pacientes naïve; el resto habían recibido 1 (n=16), 2 (n=1) o 3 (n=2) líneas previas, siendo 9 de los tratamientos con AAD. Los pacientes recibieron una media de 3,29±2,92 medicamentos concomitantes.

La distribución de tratamientos fue: 10 (8.77%) daclatasvir+sofosbuvir (DCV+SOF), uno de ellos con RBV; 1 (0.88%) sofosbuvir+simeprevir+RBV (SOF+SMV+RBV); 14 (12.28%) ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (OBV/PTV/r), 9 en combinación con dasabuvir (DSV) y 5 con RBV; 22 (19.30%) ledipasvir/sofosbuvir (LDV/SOF), 3 con RBV; 44 (38.60%) elbasvir/grazoprevir (EGR/GZR), 3 con RBV y 1 con SOF+RBV (tramitado como uso fuera de ficha técnica (FFT) tras recaída a 3 líneas previas de tratamiento); 16 (14.03%) sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL), 2 con RBV; y 7 (6.14%) glecaprevir/pibrentasvir (GPR/PVR).

La respuesta observada según tratamiento fue: DCV+SOF (n=10): 6 RVS12, 1 fracaso virológico (FV) (G3, F2) y 3 RNE; SOF+SMV+RBV (n=1): RVS12; OBV/PTV/r±DSV±RBV (n=14): 10 RVS12, 1 FV (G1b, F2) y 3 RNE; LDV/SOF (n=22): 16 RVS12, y 6 RNE; EGR/GZR (n=44): 22 RVS12, 1 FV (G1b, F2), 21 RNE y 1 paciente suspendió tratamiento por disfagia; SOF+VEL (n=16): 6 RVS12 y 16 RNE; GPR/PVR (n=7): 1 RVS y 6 RNE. De las respuestas evaluables (n=65), se observaron 62 (95.39%) RVS12 -incluido el FFT-, y 3 (4.62%) FV (2 G1b y 1 G3), de los que 2 eran naïve y 1 no respondedor a DCV+SMV.

Respecto a la seguridad, 19 pacientes presentaron EAs, siendo éstos: astenia (n=6), cefalea (n=6), insomnio (n=3), diarrea (n=2), flatulencia (n=2), estreñimiento (n=1), dolor abdominal (n=2), dolor articular (n=2), prurito (n=2), anemia (n=1).

Conclusiones

La efectividad de los nuevos AAD es elevada, con tasas de curación > 95%. Presentan además un buen perfil de seguridad, con baja tasa de EAs.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**353. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS****AUTORES**

JAUME GAYÀ M, PÉREZ SENOF R, MARTÍNEZ SOTELO J, SANZ PARRAS MS, SAURINA GOMILA JM, ARTEAGA HERNÁNDEZ E, ALMAGRO ZAPATA C, RAMIREZ ARROYO V
HOSPITAL COMARCAL D'INCA. CARRETERA VELLA DE LLUBÍ, SN. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El grupo de política antibiótica (GPA) es el equipo multidisciplinar cuya función es establecer estrategias de optimización de antibióticos en los pacientes hospitalizados. Integra los servicios de medicina interna, intensiva, preventiva, urgencias, microbiología y farmacia.

El objetivo principal fue evaluar el impacto de la intervención del GPA en la adecuación del tratamiento antimicrobiano de los pacientes hospitalizados.

Los objetivos secundarios fueron analizar las principales causas de inadecuación y los grupos terapéuticos implicados en los tratamientos antibióticos inapropiados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, tipo antes-después, realizado durante los primeros siete meses (septiembre 2017 a abril 2018) de la formación del GPA.

Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en un hospital comarcal de 150 camas que estuvieran en tratamiento antimicrobiano durante su estancia hospitalaria. La intervención del GPA consistió en:

- Detectar prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) de antimicrobianos por: no cumplir criterios de indicación o selección, posología, vía de administración o duración inadecuadas del fármaco.
- Emitir recomendaciones consensuadas de adecuación terapéutica, por vía oral y escrita a través de la historia clínica.

A las 72 horas de la intervención, se evaluó la aceptación de la recomendación del GPA, revisando la historia clínica y el tratamiento activo. La efectividad de la intervención se evaluó comparando las PPI detectadas antes y después de ésta.

Se registraron las siguientes variables descriptivas: edad, sexo, servicio responsable, diagnóstico infeccioso; causa de inadecuación, antimicrobiano implicado en la PPI (grupo terapéutico).

Para el análisis descriptivo de las características basales se utilizaron medidas de frecuencia para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para comparar las PPI antes y después de la intervención, se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 369 pacientes, 200 hombres (54%). La edad media de la muestra fue de 69,7± 16,9 años.

La distribución de pacientes por servicios fue: Medicina Interna: 137 (37%); Cirugía General y Digestivo: 49 (13%); Traumatología: 48 (13%); Neumología: 45 (12%) y otros: 90 (25%).

Los principales diagnósticos infecciosos fueron: 84 neumonía adquirida en la comunidad (23%), 53 infección urinaria (14%), 49 profilaxis quirúrgicas (13%), 40 bronquitis aguda (11%), 25 infección de piel y partes blandas (7%), 23 infecciones intrabdominales (6%) y 95 otros (26%).

Se detectaron 398 PPI. Gracias a la intervención multidisciplinar del GPA, el número de PPI se redujo de 398 a 30 (92%); $p < 0,001$.

Las principales causas de inadecuación fueron: 135 vía de administración inadecuada (34%), 80 selección inapropiada (20%), 72 tratamiento no indicación (18%), 61 duración inapropiada (18%) y 47 posología inadecuada (12%).

Los grupos terapéuticos más frecuentes fueron: 123 quinolonas(33%), 46 carbapenems (12%), 52 aminopenicilinas(14%), 25 cefalosporinas de primera generación(7%), 20 aminoglucósidos(5%), 20 otras cefalosporinas(5%), 19 glucopéptidos(5%), 18 oxazolidinonas(5%) y 46 otros(12%).

Conclusiones

La intervención multidisciplinar del GPA detectó y resolvió numerosas PPI de antimicrobianos en pacientes hospitalizados; contribuyendo a mejorar el uso racional de éstos.

La causa principal de inadecuación fue la vía de administración inapropiada y el grupo terapéutico más frecuentemente implicado en las PPI fue las quinolonas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**357. SEGUIMIENTO DE CREATININ KINASA EN PACIENTES TRATADOS CON DAPTOMICINA****AUTORES**

ONTENIENTE GONZÁLEZ A, VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, MARTINEZ NÚÑEZ ME, IBAÑEZ HERAS N, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12500. MADRID

OBJETIVOS

La miopatía asociada al uso daptomicina se ha identificado en un 2-14 % de los pacientes. Aunque los factores de riesgo asociados están escasamente definidos, se recomienda la monitorización de la Creatina fosfoquinasa (CPK) al inicio del tratamiento y de forma semanal y la discontinuación temporal de las estatinas si es posible.

El objetivo es determinar el seguimiento de estas recomendaciones por parte del clínico y la incidencia en el aumento de CPK en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional desde enero de 2012 a abril de 2018 en el que se recogió la edad, sexo, duración del tratamiento, utilización concomitante con estatinas y valores de CPK (se consideró valor superior a la

normalidad a cifras mayores a 192 U/L) de todos los pacientes tratados con daptomicina durante un periodo mayor a 7 días. Se eliminaron los pacientes que iniciaron con niveles de CPK elevados debido a patología cardiaca.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron 85 pacientes, 51 hombres con una media de edad de 66,1±16 años. La duración media del tratamiento con daptomicina fue de 15,6±8,9 días. Del total de pacientes, a 40 (47,1 %) se les pidió al menos un nivel de CPK con un tiempo medio hasta la primera extracción de 6,75 días (rango 1-16) desde el inicio de la daptomicina. Sólo a 4 pacientes se les extrajo el nivel basal de CPK el primer día de tratamiento.

Del total de pacientes, 17 estaban en tratamiento con estatinas como medicación habitual y a 6 (35,3%) se les interrumpió antes de comenzar el tratamiento con daptomicina.

Con respecto a los niveles de CPK, de los 40 pacientes que tenían al menos una determinación, 6 (14,4%) tuvieron valores elevados.

De los 11 pacientes que estaban en tratamiento concomitante con estatinas, a 8 se les realizó seguimiento de los valores de CPK y ninguno de ellos mostró valores alto.

Cinco de los pacientes con aumento de la CPK habían tenido una intervención quirúrgica dentro de las 48 horas previas a la elevación, lo que puede considerarse como un factor de confusión.

Conclusiones

El seguimiento habitual de los niveles de CPK en pacientes en tratamiento con daptomicina está poco instaurado de forma habitual en nuestro centro.

La suspensión de la estatina al inicio del tratamiento con daptomicina se realizó en un porcentaje bajo de pacientes.

No se observó un aumento de CPK en los pacientes con uso concomitante con estatinas.

A partir de este estudio, se ha incorporado en la prescripción de daptomicina la recomendación de monitorización de niveles de CPK y la suspensión de estatinas cuando sea posible.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

360. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ELBASVIR/GRAZOPREVIR. EXPERIENCIA DE USO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C, SÁNCHEZ CATALICIO MDM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Elbasvir/Grazoprevir (EBR/GZR) es una combinación de dos antivirales de acción directa (AAD) empleados en el tratamiento de los genotipos 1a, 1b y 4 del virus de la hepatitis C (VHC). Los datos de ensayos clínicos indican tasas de respuesta viral sostenida a las 12 semanas (RVS12) por encima del 90%.

El presente trabajo analiza la experiencia de uso de EBR/GZR en un hospital de tercer nivel con el objetivo de analizar la eficacia y seguridad de EBR/GZR en una cohorte real de pacientes VHC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes que recibieron tratamiento con EBR/GZR desde noviembre de 2016 a marzo de 2018. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una base de datos en la que se recogieron las siguientes variables: edad y sexo, coinfección VHC/VIH, servicio prescriptor, genotipo (G), grado de fibrosis (F), tratamientos previos, carga viral basal (CVB), inicio y duración del tratamiento, nº de medicamentos concomitantes, carga viral (CV) final y CV a las 12 semanas post-tratamiento, adherencia (según registro de dispensaciones) y efectos adversos (EAs) documentados. La eficacia se evaluó según proporción de RVS12. Se consideró como respuesta no evaluable (RNE) aquellos tratamientos con finalización posterior al 31 de enero de 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 59 pacientes (64,41% hombres) recibieron tratamiento con EBR/GZR, con una media de 54,59±12,13 años; 12 (20,34%) coinfectados VIH, y 40 (67,80%) con CVB > 800.000UI/mL. El tratamiento fue prescrito por los servicios de infecciosas (30,51%) y digestivo (69,49%). La distribución de genotipos fue: 26 (44,07%) G1a, 23 (38,98%) G1b y 10 (16,95%) G4. Grado de fibrosis: 13 F0-F1, 8 F1, 2 F1-F2, 17 F2, 4 F3, 3 F3-F4, 11 F4 y 2 pacientes sin datos. Hubo 53 (89,83%) pacientes naive; de los 6 restantes, 2 habían recibido tratamiento con AAD (1 de los pacientes con 2 líneas). Durante el tratamiento con EBR/GZR los pacientes recibieron una media de 3,41±2,87 medicamentos concomitantes. 53 pacientes (26 G1a, 23 G1b, 10 G4; 34 con CVB > 800.000UI/mL) recibieron tratamiento con EBR/GZR durante 12 semanas, obteniéndose 21 RVS12, 31 RNE y 1 suspensión de tratamiento por dificultad para tragar los comprimidos. 5 pacientes (3 G1a, 2 G1b; todos con CVB > 800.000UI/mL) recibieron tratamiento durante 16 semanas, 2 de ellos con ribavirina (RBV), observándose 4 RVS12 y 1 fracaso virológico (FV) (G1b, F2, tratado con RBV y no respondedor a una primera línea con daclatasvir+simeprevir). 1 paciente (G4, F4, CVB > 800.000UI/mL, refractario a 2 líneas previas con AAD) recibió tratamiento con EBR/GZR+sofosbuvir+RBV durante 24 semanas como uso fuera de indicación, consiguiéndose RVS12. Del total de respuestas evaluables (n=27) se observaron 26 (96.30%) RVS12 y 1 (3.70%) FV.

En cuanto a la seguridad, 11 (18.64%) pacientes refirieron haber sufrido algún EA, siendo todos de carácter leve. Se registró: astenia (n=5), cefalea (n=5), insomnio (n=3), diarrea (n=1), dolor abdominal (n=1) y dolor articular (n=2).

Conclusiones

Nuestros datos coinciden con los buenos datos de eficacia obtenidos en ensayos clínicos con EBR/GZR en pacientes con genotipos 1 y 4, así como su buen perfil de seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**370. EMPLEO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

LIZAMA GÓMEZ N, FERNÁNDEZ CORDÓN A, GÓNZALEZ FRANCO RM, GÓMEZ MARTÍNEZ M, MARTIN VEGA MÁ, PEREZ SAGREDO J, CHICOTE ALVAREZ E, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA SN. CANTABRIA

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de ceftazidima-avibactam durante el primer año de inclusión en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron tratamiento con el antibiótico desde abril 2017 hasta abril 2018. Se extrajeron los datos de la Historia Clínica Electrónica y el programa de Prescripción Electrónica Asistida, recogiendo variables demográficas y clínicas, microorganismo causante de la infección y datos de sensibilidad, indicación, posología y duración del tratamiento, antibioterapia previa y concomitante, y resolución clínica y microbiológica del cuadro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 13 pacientes (77% hombres), con media de edad de 71,9 años (47-85), obteniéndose datos de los 13. El microorganismo que generó la prescripción del antibiótico fue *Klebsiella pneumoniae* productor de carbapenemasa OXA-48 en los 13 pacientes (100%). La cepa fue sensible a ceftazidima-avibactam en 11/13 pacientes (84,6%), en los otros 2 pacientes no fue testada su sensibilidad. Las indicaciones del tratamiento fueron infección respiratoria en 1/13 pacientes, bacteriemia en 7/13 (53,8%), infección del tracto urinario en 2/13, infección intraabdominal 1/13 e infección en la herida quirúrgica 2/13, con una duración media de 23 días (5-79). La pauta empleada para todos los pacientes fue de 2g/500mg c/8h ajustándose a 1g/250mg c/8h en pacientes con deterioro de la función renal (< 50 ml/min).

En el tratamiento previo, como parte de las distintas combinaciones, colistina y meropenem fueron los antibióticos más prescritos (30,8% y 46,2% de los pacientes, respectivamente). En 11/13 pacientes (84,6%) se prescribió otro antibiótico concomitantemente a ceftazidima-avibactam, siendo los más empleados meropenem y amikacina, ambos en 4/13 pacientes (30,8%).

Se obtuvo resolución clínica del cuadro en 13/13 pacientes, lográndose la resolución a nivel microbiológico en un 9/13 (69.2%).

Ceftazidima-avibactam es una cefalosporina de tercera generación unida a un inhibidor de betalactamasas activa frente a bacilos Gram negativos productores de betalactamasas y carbapenemasas, como la OXA-48, indicada en el tratamiento de infecciones complicadas intraabdominales y del tracto urinario, en pielonefritis aguda y en neumonía adquirida en el hospital. La experiencia de uso en nuestro centro durante el primer año tras su inclusión, muestra su efectividad en el tratamiento de bacteriemias e infecciones en la herida quirúrgica 9/13 pacientes (69.2%) (ambas indicaciones no recogidas en ficha técnica). Consideramos que el número de pacientes no es suficiente como para extraer conclusiones definitivas si bien, de entrada, la dosis empleada 2g/500mg c/ 8 h parece ser efectiva en las indicaciones de bacteriemia/ infección quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**378. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DALBAVANCINA EN INDICACIONES OFF-LABEL.****AUTORES**

CASTAÑEDA MACÍAS I, RENDÓN DE LOPE L, MURILLO IZQUIERDO M, JIMÉNEZ GUERRERO L, ALVARADO FERNÁNDEZ MD, BELTRÁN GARCÍA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. AVDA. DOCTOR FEDRIANI. SEVILLA

OBJETIVOS

Dalbavancina es un nuevo antibiótico lipogluco péptido, aprobado para tratamiento de infecciones bacterianas agudas de piel y partes blandas en adultos, causadas por microorganismos gram positivos. Su ventaja más relevante se debe a su perfil farmacocinético, permitiendo su administración como dosis única de 1500mg o como dosis de 1000mg el día 1 y 500 mg el día 8, favoreciendo así el manejo ambulatorio y reduciendo los días de estancia hospitalaria.

El objetivo es evaluar eficacia y seguridad de dalbavancina en indicaciones off-label en un hospital de 3º nivel .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes tratados con dalbavancina desde mayo de 2017 a mayo de 2018 en un hospital de tercer nivel, en indicaciones off-label.

Se recogieron variables demográficas, duración del tratamiento, indicación, microorganismo implicado, antibioterapia previa (Si/No), resolución de la infección (Si/No), hemocultivos post-tratamiento (positivos/negativos), ecocardiograma en endocarditis post-tratamiento, reingresos posteriores y reacciones adversas.

Todos los datos fueron recogidos de la historia clínica digital (Diraya®) y del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 6 pacientes de los que el 66.6% eran hombres con una media de edad de 62,2±11,6 años.

Las indicaciones para las que se solicitaron fueron: endocarditis 2/6 (33,3%), bacteriemias 3/6 (50%), infección protésica 1/6 (16,7%). Los microorganismos implicados fueron: *Staphylococcus epidermidis* (16,7%), *Staphylococcus aureus* meticilina sensible (50%) y *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA) (33,3%).

En el 83,3% se administró una dosis de 1000 mg hospitalaria y posterior de 500 mg ambulatoriamente, con el consiguiente ahorro de 101 días de estancia hospitalaria total ($20,2 \pm 6,3$ días/paciente). En el 16,7% restante se administró dalbavancina ambulatoriamente por fracaso previo a antibioterapia.

La duración total del tratamiento fue de 14 días en el 83,3% de ellos y 21 días en el 16,7%.

Todos los pacientes fueron tratados con otros antibióticos previamente, presentando el 83,3% de los pacientes resolución clínica de la infección (hemocultivos negativos y normalización de ecocordio), siendo el paciente con infección protésica por MRSA el único que presentó recidiva (16,7%).

Ningún paciente presentó reingresos hospitalarios tras la administración de dalbavancina por causa infecciosa.

En cuanto a la seguridad, 2 pacientes (33,3%) presentaron efectos adversos, uno de ellos tiritona tras administración de dalbavancina y otro urticaria con necesidad de corticoterapia y antihistamínicos.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que dalbavancina es un antibiótico seguro y bien tolerado, demostrando ser de utilidad en el tratamiento de endocarditis y bacteriemias causadas por microorganismos gram positivos, permitiendo así el manejo extra-hospitalario y el alta precoz en estos pacientes.

Sin embargo y a pesar de estos resultados, será necesario continuar con el seguimiento exhaustivo en estas indicaciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

379. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GONZÁLEZ SEVILLA M, CARO TELLER JM, ORTIZ PEREZ S, ARRIETA LOITEGUI M, CANALES SIGUERO MD, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVD. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Ceftazidima-avibactam (CAZ/AVI) es un antibiótico de última generación, indicado para el tratamiento de las infecciones complicadas causadas por microorganismos Gram negativos multiresistentes. El objetivo del estudio es evaluar las condiciones de uso y la efectividad de CAZ/AVI en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con CAZ/AVI, entre agosto de 2016 y abril de 2018 en el hospital.

Se recogieron variables demográficas: sexo y edad; farmacológicas: pauta y duración de tratamiento, antibioterapia previa y tratamiento concomitante; y variables clínicas: tipo de infección, microorganismo causante y perfil de resistencia y función renal.

Para evaluar la efectividad de CAZ/AVI se observó la respuesta clínica, entendiendo como curación clínica la resolución completa o mejoría de los signos y síntomas que permitiese discontinuar el tratamiento antibiótico. También se midió la tasa de recurrencia, definida como ausencia de recidiva durante los tres meses siguientes al tratamiento.

La identificación de pacientes y la recogida de las variables se realizaron a través de la prescripción electrónica integrada con la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, 31 pacientes fueron tratados con CAZ/AVI con una mediana de edad de 66,6 años (24,6-95,1), siendo el 58% varones.

Se analizaron 36 episodios (5 infecciones recurrentes). Por orden decreciente, los microorganismos causantes de la infección fueron: *Klebsiella pneumoniae* (n=19;52,8%), *Pseudomonas aeruginosa* (n=12;33,3%), *Enterobacter cloacae* (n=1;2,8%). En 3 de ellos (33,3%) hubo aislamiento tanto de *K.pneumoniae* como de *P.aeruginosa*, y en 1 (2,8%) de *P.aeruginosa* y *E.cloacae*. Todos los microorganismos aislados fueron multiresistentes (resistencia a 3 o más familias de antibióticos), con resistencia y/o fracaso terapéutico a carbapenems.

La distribución del foco de infección fue: urológico (n=15;41,7%), abdominal (n=6;16,7%), pulmonar (n=5;13,9%), bacteriemia sin foco claro (n=5;13,5%), lecho quirúrgico (n=4;11,1%) y piel/tejidos blandos (n=1;2,8%). En el 72,2% de los episodios el origen de la infección es nosocomial.

La mediana de duración del tratamiento fue de 14 días (2-29), la posología fue de 2 gramos/8 horas, excepto en 8 pacientes (22,2%) que se ajustó en función de su aclaramiento renal ($ClCr < 50$ ml/min). 25 pacientes (69,4%) recibieron CAZ/AVI en monoterapia, mientras que 6 pacientes (16,7%), recibieron tigeciclina de forma concomitante; (n=2;5,5%) amikacina; (n=2;5,5%) tigeciclina y colistina y (n=1;2,8%) tigeciclina y colistina.

En el 100% de los casos, el tratamiento se inició posteriormente al aislamiento del microorganismo causante y a testar la sensibilidad del mismo a CAZ/AVI.

La tasa de curación clínica fue del 77,8% (28 episodios). En 6 de ellos persistió colonización en los cultivos, pero sin síntomas asociados. El porcentaje de recurrencia entre los pacientes que alcanzaron tasa de curación fue del 31,1% (9 pacientes). 10 pacientes fallecieron, 6 de ellos a causa de la infección.

Conclusiones

En base a nuestra experiencia, CAZ/AVI es una alternativa eficaz para infecciones complicadas por microorganismos multiresistentes, aunque la tasa de recurrencia observada es alta.

La utilización de CAZ/AVI en nuestro centro se ha mantenido acorde a sus condiciones de financiación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

396. ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN PARA LA MEJORA EN LA EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTE VIH ADULTO

AUTORES

AGUILAR GUIADO C, SÁNCHEZ SUÁREZ S, GARCIA GIMENO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO EL ESCORIAL. CRTA. GUADARRAMA KM 6,255. MADRID

OBJETIVOS

Establecer una estrategia de optimización para la mejora en la eficiencia en el tratamiento antirretroviral (ARV) en paciente VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida), en el último trimestre de 2017 en un hospital comarcal. Optimizar los indicadores de consumo de 2017 establecidos por la Consejería de Sanidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó el perfil de utilización y de las combinaciones de ARV en paciente VIH activos durante el 2017 mediante el registro de consumos y dispensaciones del módulo de pacientes externos de Farmatools®. Se revisaron las recomendaciones y documentos consensos actuales sobre tratamiento VIH en adultos. Se seleccionaron los posibles pacientes candidatos para la optimización de su tratamiento teniendo en cuenta 5 criterios: co-infección con VHB (hepatitis B), resistencias a ARV anteriores, duración de tratamiento > 12 meses, CV indetectable en los últimos 12 meses, grado de adherencia. Se elaboró una propuesta de “Plan de Acción y Estrategia de Optimización” que se presentó al equipo médico y dirección del hospital, que abordaban los siguientes aspectos: 1) Rotura de combos de presentaciones a dosis fijas de FTC/TDF/EFV (emtricitabina/tenofovir disoproxil/efavirenz) una vez al día por FTC/TDF (emtricitabina/tenofovir disoproxil)+ EFV (efavirenz) una vez al día, 2) Estrategia de ahorro de clases con terapia dual con 3TC (lamivudina)+ DRV/c (darunavir/cobicistat) una vez al día y 3) Utilización de presentaciones de fármacos a dosis fijas genéricas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En 2017 se trataron 42 pacientes con antirretrovirales, de los cuales más del 90% tenían carga viral indetectable. Durante el periodo octubre-diciembre 2017 las estrategias de optimización se aplicaron en el 45% de los pacientes (19). Todos ellos cumplían los criterios de inclusión. Se rompió el combo FTC/TDF/EFV en el 24% de los tratamientos (10 pacientes), y se optimizó a terapia dual con 3TC + DRV/c 1 vez al día en el 24% de los tratamientos (10 pacientes). El impacto económico de la estrategia de eficiencia implantada en el último trimestre de 2017 ha supuesto para el hospital un ahorro de 7.500€ en tratamiento antirretroviral (ARV), lo que se traduce en un coste/paciente/año < 6.750€, objetivo que había marcado la consejería de sanidad para el 2017.

Conclusiones

La terapia antirretroviral es un tratamiento complejo de elevado impacto económico en el presupuesto del hospital. Si la implantación de las medidas de eficiencia se hubiera llevado a cabo desde el primer trimestre del año, el impacto económico en el presupuesto global y la oportunidad de ahorro generada hubiera sido mayor. Sin la implantación de las medidas de eficiencia en el último trimestre de 2017 propuestas por el Servicio de Farmacia, el hospital no hubiera cumplido los objetivos en tratamiento antirretroviral VIH marcados por la consejería de sanidad. La elaboración de las tablas de eficiencia por parte del servicio de farmacia ha facilitado la prescripción eficiente al médico prescriptor.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

954. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO ELBASVIR/GRAZOPREVIR± RIBAVIRINA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES

ALCARAZ SANCHEZ JJ, DEL RÍO VALENCIA JC, LINARES ALARCON A
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO. AVDA. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de elbasvir (EBV)/grazoprevir (GZR)± Ribavirina (RBV) en el tratamiento de la infección por virus C (VHC) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, de los pacientes en tratamiento con EBV/GZR± RBV en el año 2017. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y del programa informático de dispensación del Servicio de Farmacia. Variables recogidas: Demográficas: edad, sexo; Clínicas: carga viral (CV) basal; Respuesta Viral Sostenida semana 12 (RVS12) en UI/ml; grado de fibrosis (METAVIR); genotipo; coinfección VIH; receptor de trasplante (hepático u otros); perfil hepático: albúmina (g/dL), bilirrubina (BLB) (mg/dL), alanina-aminotransaminasa (ALT) (U/L), aspartato-aminotransaminasa (AST) (U/L); perfil hematológico: plaquetas ($\times 10^9/L$); función renal: filtrado glomerular (FG) (ml/min) estimado según la ecuación CKD-EPI; tipo de paciente según tratamientos anteriores: Peg-interferón alfa 2A y Ribavirina (PR); duración de tratamiento pautado para VHC. Los valores se expresaron como media±desviación estándar y mediana (rango).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes (14 hombres y 3 mujeres), media de edad: 53,54±16,80. Grado de fibrosis: 17,64% (3/17) F4 (cirrosis), 17,64% (3/17) F3, 41,17% (7/17) F2, 17,64% (3/17) F1. Ningún paciente era coinfectado VIH. El 17,64% (3/17) de los pacientes habían recibido tratamiento previo para VHC, de los cuales dos fueron

tratados con PR y uno con simeprevir+daclatasvir y posteriormente con sofosbuvir+ledipasvir. El 5,88%(1/17) había recibido trasplante hepático o bien renal previo al tratamiento.

Los niveles de albúmina se mantuvieron constantes y dentro del rango normal (3,40-4,80g/dL). Estos valores fueron $3,94\pm 0,42\text{g/dL}$; $4\pm 0,4\text{g/dL}$; niveles basales y en semana 12. Con respecto al nivel de plaquetas sucedió igual, $211\pm 100 \times 10^9/\text{L}$ al inicio de tratamiento y $205\pm 79 \times 10^9/\text{L}$ en la semana 12 de tratamiento. Referente a las transaminasas se observó un descenso de las mismas durante el tratamiento, los niveles iniciales fueron AST: 37 (20-94) UI/L y ALT: 72 (21-103) UI/L, y en la semana 12 de tratamiento: AST: 30 (16-59) UI/L y ALT: 18 (12-38) UI/L. En cuanto a la función renal, FG se conservó durante el tratamiento, mediana 34 (7-90) ml/min.

De los pacientes con genotipo 1a (7/17), el 42,85% tenía CV basal > 800.000 UI/ml y de éstos dos fueron tratados durante 16 semanas con EBV/GZR+RBV y uno durante 24 semanas con sofosbuvir+ EBV/GZR+RBV, éste había fracasado a simeprevir+daclatasvir y posteriormente a sofosbuvir+ledipasvir y previamente trasplantado renal. El resto con CV basal < 800.000 UI/ml fueron tratados durante 12 semanas con EBV/GZR. Todos los pacientes tenían FG > 90 ml/min y alcanzaron RVS12.

De los pacientes con genotipo 1b (7/17), todos tenían CV basal < 800.000 UI/ml y fueron tratados durante 12 semanas con EBV/GZR. Cuatro de ellos tenían insuficiencia renal estadio 3b, FG < 44 ml/min. Todos consiguieron RVS12 manteniendo su función renal.

Los pacientes con genotipo 4 (3/17) todos fueron tratados con EBV/GZR aunque uno de ellos tenía CV basal > 800.000 UI/ml. Todos tenían FG > 90 ml/min y obtuvieron RVS12.

Conclusiones

El régimen EBV/GZR puede considerarse una alternativa terapéutica efectiva y segura a otras combinaciones de antivirales de acción directa, en pacientes con genotipo 1 y 4, tanto mono como coinfectados por VIH, con y sin cirrosis compensada y pacientes con enfermedad renal crónica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

415. CAUSAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

RODRÍGUEZ RAMALLO H, MEJÍAS TRUEBA M, ANDRADES ORTEGA M, GIL NAVARRO MV, MUÑOZ BURGOS M, BÁEZ GUTIÉRREZ N, MARTÍNEZ TURRIÓN J, GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar los principales factores involucrados en la aparición de infección por Clostridium difficile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados con resultado positivo de toxina Clostridium difficile en un Hospital de tercer nivel entre enero y junio de 2017.

Se excluyeron aquellos pacientes con información insuficiente en la historia clínica.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, causa de ingreso, servicio clínico en el que ingresó, inmunodepresión, tratamiento antibiótico administrado en los 6 meses anteriores al diagnóstico y si recibió antibioterapia durante el ingreso en el que se detecta Clostridium difficile.

Los métodos analíticos utilizados para la detección de la toxina fueron: inmunocromatografía CerTest Clostridium difficile GDH+Toxin A+B combo card test y confirmación mediante PCR de TM. C difficile assay kit de Abacus Diagnostica.

Se consultó la historia clínica recogida en DIRAYA y el programa ATHOS Prisma para obtener las distintas variables de interés.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes con toxina positiva en heces, 51% mujeres, edad media de 58 años (17-95 años).

- Los principales servicios clínicos en el ingreso fueron medicina interna (17%), digestivo (17%) y hematología (11%). La causa de ingreso más frecuente fue diarrea profusa y dolor abdominal (14%), insuficiencia renal aguda (9%) y descompensación ictero-hidróptica (6%).

- El 51% de los pacientes recibían inmunosupresores o bien se encontraban inmunodeprimidos debido a su patología de base.

- El 83% de pacientes recibieron más de un tratamiento antibiótico en los 6 meses previos a la detección del Clostridium difficile. Los más frecuentes fueron: Amoxicilina-clavulánico (26%), ciprofloxacino (20%), cotrimoxazol (14%) y cefixima (11%).

- Un 80% de los pacientes recibieron antibioterapia durante el ingreso hospitalario en el que se detectó Clostridium difficile por síndromes infecciosos asociados al ingreso. El 83% de los tratamientos se realizaron en monoterapia. La antibioterapia más frecuente fue: 66% penicilinas de amplio espectro (Amoxicilina-clavulánico 40%, piperacilina-tazobactam 26%), 51% fluorquinolonas, 37% cefalosporinas, 23% cotrimoxazol y 6% clindamicina. Con una duración media de 12 días.

Conclusiones

Los principales factores involucrados en la aparición de infección por Clostridium difficile fueron la inmunodepresión y la exposición continua a antimicrobianos de amplio espectro.

Coincidiendo con la bibliografía: penicilinas de amplio espectro, cefalosporinas y fluorquinolonas fueron los antibióticos que más frecuentemente pudieron ser asociados con la aparición de la infección. Sorprendentemente observamos un reducido número de casos derivadas de la administración de clindamicina para la cual se ha descrito una alta incidencia, suponemos que puede deberse al reducido uso de la misma en el centro.

El uso de antibioterapia dirigida y la limitación de la duración del tratamiento podría ser un factor determinante a la hora de evitar la infección por Clostridium difficile.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**423. COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA****AUTORES**

GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, FERNANDEZ CAÑABATE S, GUERRA GONZALEZ M, ORTEGA VALIN L, FERRERAS LOPEZ N, ALVAREZ NUÑEZ N, MARTINEZ ALVAREZ E, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. C/ ALTOS DE NAVA, S/N, LEÓN. LEÓN

OBJETIVOS

Identificar las comorbilidades más prevalentes en pacientes VIH positivos, en tratamiento antirretroviral y con edad igual o superior a 50 años

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y prospectivo en pacientes infectados por el VIH, con edad igual o superior a 50 años, en tratamiento antirretroviral desde al menos un año y que acuden al Servicio de Farmacia a recogerlo. Los pacientes autorizan, mediante consentimiento informado, su inclusión en el estudio. Para el registro de comorbilidades se realiza una entrevista estructurada dirigida a los pacientes en las que se recogen datos relativos a sus características demográficas, el control de la infección (carga viral) y sus patologías, agrupando éstas en función de los criterios CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Simultáneamente se confirman los datos aportados por los pacientes mediante la revisión de la Historia Clínica electrónica de Atención Primaria (Medora®) y la de Atención Especializada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 132 pacientes, el 81,1% (n=107) hombres y el 18,9% (n=25) mujeres; presentaron cargas virales no detectables en el 92,4% (n=122) de los casos. El 41,7% (n=55) tenían una edad comprendida entre 50 y 54 años, presentando 21 de ellos entre 0 y 2 comorbilidades, 22 entre 3 y 5 comorbilidades y 12 más de 5 comorbilidades. Dentro del 38,6% (n=51) de los pacientes con edades entre 55 y 59 años, 16 manifestaban entre 0 y 2 comorbilidades, 20 entre 3 y 5 comorbilidades; y 15 más de 5 comorbilidades. Los pacientes de entre 60 y 64 años representaron el 10,6% (n=14), teniendo 5 de ellos entre 0 y 2 comorbilidades, 4 entre 3 y 5 comorbilidades y 5 más de 5 comorbilidades. El 6,1% (n=8) tenían edades entre 65 y 70 años. 2 pacientes presentaban entre 0 y 2 comorbilidades, 5 entre 3 y 5 y 1 paciente más de 5 comorbilidades. Por último, el 3,0% (n=4) eran mayores de 70 años y presentaban todos ellos entre 3 y 5 comorbilidades.

La clasificación de las comorbilidades presentadas por los pacientes estudiados (un total de 516) se agrupó en base a los criterios CIE-10 y se encontró que destacaban las osteomusculares y del tejido conjuntivo (17,4%, n=90), destacando las artropatías, dolores de espalda y cervicales; las endocrinas, nutricionales y metabólicas (16,3%, n=84), destacando alteraciones del metabolismo lipídico, diabetes y obesidad; las infecciosas (12,2%, n=63), y las del sistema circulatorio (11,8%, n=61), con la hipertensión arterial como principal del grupo.

A la vista de los resultados obtenidos encontramos que la mayoría de los pacientes estudiados no superan los 60 años y ya presentan entre 3 y 5 comorbilidades. De éstas destacan las osteomusculares y del tejido conjuntivo; las endocrinas, nutricionales y metabólicas; las infecciosas y las del sistema circulatorio. Todo esto nos lleva a dirigir nuestros esfuerzos no sólo a establecer un adecuado control del VIH sino también realizar un correcto abordaje de las patologías que se puedan desarrollar o agravar a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**446. EFECTIVIDAD DE AZTREONAM-LISINA NEBULIZADO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA COLONIZADOS POR BURKHOLDERIA CEPACIA****AUTORES**

CANTILLANA SUAREZ MDG, GUIADO GIL AB, ÁLVAREZ DEL VAYO BENITO C, MOLEÓN RUIZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. CARRETERA SEVILLA-CADIZ, SIN NÚMERO. SEVILLA

OBJETIVOS

El uso de aztreonam-lisina nebulizado fue autorizado en el hospital ante la falta de alternativas terapéuticas disponibles para el tratamiento de infecciones por Burkholderia cepacia, debido a la resistencia intrínseca de esta bacteria a colistina y aminoglucósidos. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de aztreonam-lisina nebulizado en pacientes con fibrosis quística (FQ) colonizados por Burkholderia cepacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de FQ y colonizados por Burkholderia cepacia, que recibieron tratamiento con aztreonam-lisina nebulizado durante al menos un año. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), relacionadas con el tratamiento farmacológico (pauta posológica, duración del tratamiento y antibióticos inhalados concomitantes), microbiológicas (tipo de colonización, tipo de cultivo y negativización de los mismos) y clínicas (evolución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), exacerbaciones que requirieron antibioterapia intravenosa e ingresos). El periodo de seguimiento fue de 12 meses tras el inicio del tratamiento.

La efectividad se evaluó mediante los cambios en el FEV1, el número de exacerbaciones que requirieron antibioterapia intravenosa, el número de ingresos y la negativización de los cultivos.

Los datos se obtuvieron a través del módulo de dispensaciones a pacientes no hospitalizados del programa ATHOS PRISMA y de la historia clínica electrónica. Los datos fueron procesados mediante Excel® versión 2010.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se seleccionaron 9 pacientes, de los cuales, dos fueron excluidos por seguimiento insuficiente. La mediana de edad de los 7 pacientes incluidos fue de 15 años (rango:14-57), con un 57,14% (n=4) de mujeres.

La pauta posológica de aztreonam-lisina nebulizado en todos los pacientes fue de 75 mg tres veces al día en periodos de 28 días de tratamiento y 28 días de descanso (pauta on-off). La duración media de tratamiento fue de 26,69±9,51 meses. Todos los pacientes recibieron tratamiento concomitante con otros antimicrobianos inhalados: 57,47% (n=4) con colistina, 28,57% (n=2) con tobramicina y 14,29% (n=1) con anfotericina B liposomal.

En el 71,43% (n=5) de los pacientes la colonización fue crónica y solo 2 pacientes presentaron colonización intermitente. Todos los aislamientos se produjeron en muestras de esputo espontáneo. Al año de tratamiento, solo un paciente consiguió negativizar los cultivos durante al menos 6 meses.

La evolución del FEV1 respecto al valor basal fue la siguiente:

- A los 3 meses: en 5 pacientes aumentó un 3,20±0,70%, en un paciente disminuyó un 4,60% y en un paciente no se pudo determinar.

- A los 6 meses: en 5 pacientes aumentó un 7,44±2,23% y en 2 pacientes disminuyó un 17,30±17,54%.

- A los 12 meses: en 4 pacientes (57,14%) aumentó un 2,35±2,15% y en 3 pacientes (42,86%) disminuyó un 2,73±2,83%.

El 85,71% (n=6) requirieron antibióticos intravenosos para el tratamiento de las exacerbaciones con una media de 2,71±1,98 exacerbaciones. El 71,43% (n=5) presentaron ingresos por exacerbaciones con una media de 1,57±1,72 ingresos.

Conclusiones

Tras un año de seguimiento, la efectividad de aztreonam-lisina nebulizado en pacientes con FQ colonizados por Burkholderia cepacia es dudosa. Habría que reconsiderar su uso dado su amplio espectro antimicrobiano y alto impacto ecológico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

457. SEGURIDAD Y POTENCIAL DE INTERACCIONES DEL TRATAMIENTO CON GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN PACIENTES CON VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES

RODRÍGUEZ REYES M, SOTUCA MOMBLONA JM, MENSA VENDRELL M
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. C/ VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Glecaprevir/pibrentasvir es un nuevo medicamento contra el virus de la hepatitis C (VHC) con acción pangénotípica. El objetivo es evaluar la seguridad y el potencial de interacciones de glecaprevir/pibrentasvir en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo, siendo los criterios de inclusión haber iniciado tratamiento con glecaprevir/pibrentasvir entre noviembre de 2017 y enero de 2018 y haber completado las semanas de tratamiento indicadas. Se registraron datos demográficos (sexo, raza y fecha de nacimiento), de la enfermedad (vía de transmisión y genotipo del VHC, grado de fibrosis hepática y carga viral basal) y relativos al tratamiento (tratamiento previo para el VHC, medicación habitual del paciente y efectos adversos documentados).

También se registró el Grupo de Morbilidad Ajustada (GMA) al que pertenecía cada paciente. Los GMA estratifican la población según su carga de morbilidad; la escala va desde el nivel 1 (representa a los individuos con un grado de complejidad menor) hasta el nivel 4 (grado de complejidad muy elevada). Se utilizaron las bases de datos HEP Drug Interaction y Medscape Interaction Checker para detectar las posibles interacciones entre glecaprevir/pibrentasvir y la medicación habitual del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 111 pacientes (46,9% varones, 94,6% europeos, edad media 55,3±11,9 años). La vía de transmisión del VHC era desconocida en el 51,4% de los casos, en el 17,1% fue transfusional, 13,5% por uso de drogas por vía parenteral, 9,9% nosocomial y 8,1% otras vías. De los pacientes tratados, 83 eran naïve (74,8%).

Los genotipos del VHC más frecuentes fueron el 1b (72 pacientes, 64,9%) y el 1a (21 pacientes, 18,9%). La carga viral basal media fue de 3,15 millones de UI/mL. El grado de fibrosis era F0-F1 en el 78,4% de los pacientes, F2 en el 18,0%, F3 en el 1,8% y F4 en el 1,8%. Respecto al GMA, 47 pacientes (42,3%) pertenecían al nivel 2, 26 pacientes (23,4%) al nivel 3, no estaba disponible en 20 pacientes (18,0%), 16 pacientes (14,4%) pertenecían al nivel 1, y 2 pacientes (1,8%) al 4. Sesenta y seis pacientes (59%) tomaban medicación habitual con 3 fármacos de promedio siendo los grupos terapéuticos (ATC) más prescritos los psicópticos (ATC: N05) (en el 37,9% de estos pacientes) y los agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03) (30,3%). Entre los pacientes que tomaban medicación habitual, se detectaron 29 interacciones potenciales con glecaprevir/pibrentasvir en 24 pacientes (36,4%) correspondiendo 10 de ellas (34,5%) a omeprazol y 5 a enalapril (17,2%). El efecto adverso más frecuente fue cansancio en 9 pacientes (8,1%), seguido de trastornos gastrointestinales en 8 pacientes (7,2%), cefalea en 5 (4,5%) y prurito o sequedad de piel en 5 (4,5%).

Más de la mitad de los pacientes que iniciaron tratamiento con glecaprevir/pibrentasvir tomaban medicación habitual. Dado que se detectaron y evitaron interacciones potenciales en el 36,4% de ellos, se recomienda su evaluación en todos los pacientes previamente al inicio del tratamiento para garantizar la eficacia y seguridad del mismo. En términos generales el tratamiento es bien tolerado coincidiendo los efectos adversos reportados con los descritos en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**459. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN PACIENTES CANDIDATOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA****AUTORES**

MOYA CARMONA I, ESTAÚN MARTÍNEZ C, PEDROSA RUIZ M, FERNANDEZ OVIES JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPOS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar y evaluar la adaptación de las prescripciones de tenofovir alafenamida(TAF)/ emtricitabina(FTC) al protocolo implementado en consenso con la UGC (Unidad de Gestión Clínica) Enfermedades Infecciosas, según las recomendaciones del Grupo de estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(GeSIDA), por motivos de eficiencia y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo(Junio2017-Marzo2018), donde se incluyeron los datos de pacientes VIH que habían iniciado TAF/FTC en nuestro centro. Esta combinación supone un incremento del coste por paciente/año de 2.275,16€ vs tenofovir disoproxilfumarato(TDF)/FTC genérico.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica y la prescripción electrónica de los pacientes.

Se registraron las variables: edad, sexo, tercer fármaco asociado(3F), tiempo en tratamiento previo con TDF. Además se incluyó la información relativa a los criterios que establecía el protocolo para determinar que el paciente era candidato a TAF/FTC(variables dicotómicas(SI/NO)):manifestación de toxicidad con TDF (disminución > 30% anual del filtrado glomerular(FG), FG < 60ml/min, tubulopatía, osteopenia u osteoporosis) y prevención de toxicidad por TDF(nefropatía previa, mayor edad(≥50 años), africano con variante genética APOL1, CD4 < 200, prescripción concomitante de otros nefrotóxicos, comorbilidades con potencial afectación renal). La prescripción se ajustaba al protocolo si el paciente cumplía≥1 criterio de manifestación de toxicidad o ≥2 de prevención de toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Actualmente,760 pacientes tienen prescrito un régimen con tenofovir/FTC de los cuales 57 son TAF/FTC en combinación con un (3F) y 332 como elvitegravir(EVG)/cobicistat(c)/TAF/FTC (se realizó switch directo en 2016 por similar coste que su presentación con TDF).De los 57 con TAF/FTC 2 fueron prescritos en otros centros. De los 55 restantes: edad media 54,4años, 74,5%(41/55) hombres, 3F asociado:17 inhibidores de integrasa, 28 inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos, 10 inhibidores proteasa potenciado (dosis de TAF reducida). El 63,6%(35/55) estuvo en tratamiento con TDF durante > 5 años. Se cumplió el protocolo en el 72,7%(40/55) de los casos. El 47%(26/55) manifestó toxicidad con TDF (19 por toxicidad renal y 7 por osteopenia). En el 25,5%(14/55) se cumplían criterios de prevención. En pacientes que cumplían el protocolo: el 82%(32/40) tenían más de 50 años y el 67,3%(27/40) eran hombres, la comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial(HTA) 50%(20/40), seguida de Diabetes Mellitus tipoII 7,2%(4/55). En pacientes que no se cumplía el protocolo 27,3%(15/55) se justificó por: 3 sarcoma de Kaposi (posible fracaso renal agudo posrenal u obstructivo por su localización), 4 interacciones con tratamiento concomitante(3 antivirales de acción directa(AAD) para hepatitisC, 1 quimioterapia), 4 por alteraciones analíticas relacionadas con afectación renal(sin criterios suficientes para clasificarse en ninguna categoría del protocolo), en 4 pacientes no se encontró ninguna justificación.

En pacientes que combinaban TAF/FTC con inhibidores de integrasa, se propuso al médico responsable la simplificación del régimen a EVG/c/TAF/FTC.Además se propuso volver a TDF/FTC en pacientes que presentaban interacciones con los AAD tras finalizar el tratamiento, por tratarse de pacientes jóvenes sin comorbilidades.

Conclusiones

- El cumplimiento del protocolo de prescripción de TAF/FTC es subóptimo. Debido al impacto económico que supone el cambio desde TDF/FTC es recomendable realizar un seguimiento estrecho de los pacientes candidatos.

- Existe un deterioro real de la función renal y la masa ósea en nuestra cohorte de pacientes, siendo más frecuente en hombres, > 50 años, con HTA.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**463. POLIFARMACIA E INTERACCIONES EN PACIENTES MAYORES CON INFECCIÓN VIH****AUTORES**

CUELLAR MONREAL MJ, OLIVEIRA * I, MONTE BOQUET E, FERRADA GASCO A, PEREZ HUERTAS P, MONTERO ALONSO M, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La infección por el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica, de modo que se ha incrementado el número de pacientes adultos mayores (más de 50 años), con más comorbilidades y más medicación, y en consecuencia con mayor riesgo de interacciones con el tratamiento antirretroviral (TAR).

Nuestro objetivo fue estudiar las comorbilidades más frecuentes, la polifarmacia y adherencia al TAR, y el perfil de interacciones en nuestra población de pacientes con infección VIH más envejecida, adultos mayores de 60 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de infección por VIH, mayores de 60 años, con TAR dispensado desde la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital de tercer nivel. Se registraron las variables demográficas, TAR actual y adherencia (a partir del programa de dispensación ambulatoria y registro de dispensaciones),



comorbilidades, medicación crónica concomitante recetada (a partir de la aplicación de prescripción ambulatoria) e interacciones identificadas (Liverpool-HIV Interactions: www.hiv-druginteractions.org).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 140 pacientes, que suponen un 12,3% del total de pacientes VIH atendidos en la UFPE, con una edad media de 66,2 años (DE: 5,5), 114 hombres (81%). La adherencia al TAR fue del 95,1% (DE: 13,5).

El TAR prescrito estaba basado en: Inhibidores de la Integrasa, 49%; Inhibidores de la Proteasa, 20%; No análogos de nucleósidos, 15% y otras asociaciones, 16%.

Un 84% (n=118) de los pacientes presentaba comorbilidades. El 52% (n= 73) de ellos 3 o más comorbilidades. Las más frecuentes eran: déficit de vitamina D (51%), hipertensión arterial (43%), dislipemia (41%), trastorno psiquiátrico (37%), reflujo gastroesofágico (24%), diabetes mellitus (19%), enfermedad cardiovascular (19%) y neoplasias (12%).

Un 38% (n= 53) de los pacientes estaba polimedicado (5 ó más medicamentos además del TAR). Este hecho no afectó a la adherencia al TAR, que fue del 97,4% (DE: 8,6) en estos pacientes (prueba t-student, p=0,94).

Los grupos terapéuticos prescritos más frecuentemente fueron: vitamina D y sus análogos (n=71), estatinas (n=51), antagonistas de la angiotensina II (n=37), antidiabéticos orales (n=34), IBP (n=33), benzodiacepinas (n=29), diuréticos (n=22), IECA (n=18), alfa-antagonistas (n=15) y beta-bloqueantes (n= 14).

Se identificaron 80 (57%) pacientes con potencial riesgo de interacción del TAR con el resto de su tratamiento: 28 interacciones de riesgo leve, 120 de riesgo moderado (principalmente calcifediol, atorvastatina, metformina, diazepam, zolpidem y valsartan) y 9 graves (omeprazol, lansoprazol, alfuzosina, silodosina, amiodarona, fluticasona, budesonida). Estas interacciones fueron más frecuentes en los pacientes polimedicados: 89% de las interacciones graves, 68% de las moderadas y 68% de las leves.

Conclusiones

- Se confirma la elevada proporción de pacientes adultos mayores con infección VIH y la alta prevalencia de comorbilidad y polimedicación en este grupo de pacientes.
- La polimedicación no afecta a la adherencia al TAR, pero sí puede incrementar el riesgo de interacciones.
- El elevado número de comorbilidades, tratamientos concomitantes y riesgo de interacciones, que además se prevé que vaya en aumento por el envejecimiento de esta población hace necesaria una atención integral y un manejo clínico temprano de todos estos factores.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

469. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD Y CONTRIBUCIÓN A LA FRAGILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y CONCOMITANTE EN PACIENTES VIH

AUTORES

CALVO ARAGÜETE ME, GALLARDO ANCIANO J, LARIA CAMPAÑA C, CASO GONZÁLEZ A, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRIGUEZ J, NEBOT VILLACAMPA MJ, MARÍN GORRICO R
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Revisar el tratamiento antirretroviral (TAR) y concomitante de pacientes con infección por VIH, calculando el índice de complejidad del tratamiento, la carga anticolinérgica, el riesgo de caídas y la adecuación del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recogió información de los pacientes con VIH que acudieron en los últimos 6 meses a las consultas externas de Enfermedades Infecciosas. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, aclaramiento de creatinina, TAR y medicación activa de Atención Primaria incluyendo el tratamiento de deshabitación con metadona.

Para calcular el aclaramiento de creatinina se utilizó la fórmula CKD-EPI.

Como fuentes de información se utilizaron la historia clínica electrónica de Atención Primaria y Especializada, los informes del Laboratorio de Análisis clínicos y la aplicación electrónica regional de tratamiento con metadona.

En la revisión del tratamiento se utilizaron las siguientes herramientas validadas:

Para el cálculo del índice de complejidad, se utilizó el cuestionario MRCI-E para valorar el riesgo de falta de adherencia.

Para valorar el riesgo de aumento de fragilidad se analizaron los fármacos con una alta evidencia de aumentar el riesgo de caídas, según la revisión sistemática de FRIDs (fall risk increasing drugs) de 2018 de la European Geriatric Medicine Society, y la carga anticolinérgica en base al Drug Burden Index (DBI).

Para la detección de medicamentos potencialmente inadecuados en el tratamiento concomitante se utilizaron los criterios STOPP/START.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recogieron datos de 139 pacientes, con una media de 52,4 años, 64% varones, con un aclaramiento de creatinina medio de 77,48 mL/min. El 7,91 % de los pacientes estaban en tratamiento con metadona.

La media de fármacos prescritos por paciente fue de 6,28 y el 50,3% tenían más de 5 fármacos activos. El índice de complejidad medio fue de 12,94. El 61,15% tomaban fármacos con alto riesgo de caídas, con una media de 1,17 fármacos/paciente. El 53,96% tenía prescrito algún fármaco con efectos anticolinérgicos, con una media de 0,83 fármacos/paciente y una carga anticolinérgica media de 0,5. El 59% de los pacientes tenían prescrita al menos una benzodiazepina.

El 42,45% de los pacientes presentaban algún criterio STOPP en sus prescripciones, con una media de 1,21.

Conclusiones

Nuestro estudio refleja que los pacientes VIH tienden a estar polimedicados y con un elevado índice de complejidad, lo cual puede afectar a su adherencia. Por ello es importante que desde los Servicios de Farmacia se refuerce activamente la



adherencia y se trabaje junto con los médicos para simplificar lo máximo posible los tratamientos.

Un elevado porcentaje de pacientes tenían prescritos fármacos que aumentan el riesgo de caídas, lo cual, unido a la elevada prescripción de benzodiazepinas, puede derivar en un aumento de las hospitalizaciones.

La carga anticolinérgica elevada suele ir acompañada de un aumento de efectos adversos, que junto con el índice de complejidad, puede contribuir a la falta de adherencia. Los criterios STOPP/START nos permiten identificar las prescripciones inadecuadas para minimizar estos factores.

La optimización del tratamiento en pacientes VIH mediante estas herramientas puede traducirse en una mejor adherencia y un menor número de efectos adversos, lo cual podría disminuir la morbi/mortalidad de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

482. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS SEGÚN TAXONOMÍA CMO EN PACIENTES VIH+ DE UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, DÍAZ ACEDO R, MANZANO GARCÍA M, ROBUSTILLO CORTÉS MA, GUZMÁN RAMOS MI, MORILLO VERDUGO R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas en pacientes VIH+ pertenecientes a una cohorte de práctica clínica real aplicando el modelo de atención farmacéutica Capacidad-Motivación-Oportunidad (CMO).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico, prospectivo. Se incluyeron pacientes adultos VIH+ en tratamiento con terapia antiretroviral (TAR) en seguimiento por la consulta de atención farmacéutica (AF) de patologías víricas durante el periodo febrero-abril 2018. Se excluyeron los pacientes adscritos a ensayos clínicos durante el periodo de estudio. Se analizaron variables demográficas (edad y sexo) y farmacoterapéuticas [tipo de TAR (dos inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN) más inhibidor de transcriptasa inversa no análogo (ITINN); dos ITIAN más inhibidor proteasa (IP); dos ITIAN más inhibidor integrasa (InIn) u otras pautas]. Además, se recogió el nivel de estratificación de cada paciente según Modelo de selección y Atención farmacéutica a pacientes VIH+ de la SEFH y lugar de intervención (paciente externo/ingresado). Se enumeraron y clasificaron las intervenciones según modelo CMO (Morillo et al. Farm Hosp. 2016), en intervenciones relacionadas con Capacidad (revisión-validación de la medicación asegurando que sea la adecuada para cada paciente; abordaje de objetivos no cumplidos con la medicación; coordinación entre profesionales sanitarios; derivación; planificación de próxima visita; conciliación), Motivación (seguridad del tratamiento; seguimiento especial de medicamentos de alto riesgo; adherencia; motivación e información; corresponsabilidad; compromiso; fomento de hábitos de vida saludables) y Oportunidad [vías rápidas de comunicación con el paciente; seguimiento transversal; formación transversal (educar al paciente); coordinación social y activa].

Datos obtenidos a partir de la historia clínica electrónica y del contacto directo con el paciente. Se procesaron mediante analítica descriptiva (mediana/RIQ) en Excel® 14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 84 pacientes, con una edad mediana de 50 años (RIQ: 5-43). El 69% de los pacientes eran hombres. El 31% (n=26) de pacientes recibían 2ITIAN+ITINN, el 15,5% (n=13) ITIAN+IP, el 23,8% (n=20) ITIAN+InIn y el resto (29,7%; n=25) recibían otras pautas. El 2,4% (n=2) de los pacientes se estratificaron como nivel-1, el 14,3% (n=12) como nivel-2 y el 83,3% (n=70) como nivel-3. Se intervino en un 95,8% (n=92) sobre pacientes externos.

Se recogieron un total de 96 intervenciones: 66 (68,75%) englobadas dentro de Capacidad, 18 (18,75%) dentro de Motivación y 12 (12,5%) dentro de Oportunidad.

De las relacionadas con Capacidad, 62 (94%) fueron relativas a revisión-validación de la medicación apropiada para cada paciente, una (1,5%) a abordaje de objetivos, una (1,5%) a coordinación y dos (3%) a conciliación. Respecto a Motivación, dos (11,1%) fueron relativas a seguridad, nueve (50%) a adherencia al tratamiento, dos (11,1%) a motivación-información, una (5,6%) a corresponsabilidad y cuatro (22,2%) al fomento del estilo de vida saludable. Con Oportunidad, seis (50%) relacionadas con comunicación rápida con el paciente, cuatro (33,3%) con formación transversal (inclusión en programa de formación para pacientes) y dos (16,7%) con seguimiento transversal del paciente.

En una cohorte de pacientes VIH+ estratificados y atendidos según el modelo CMO, se ha identificado la posibilidad de atender e intervenir sobre la casi totalidad de los pacientes. La mayor parte de las intervenciones farmacéuticas realizadas se encuentran en el apartado de valoración global de la farmacoterapia prescrita.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

492. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES VIH+ DE UNA COHORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL. PROYECTO ICARD.

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, MANZANO GARCÍA M, CANTILLANA SUÁREZ MG, DÍAZ ACEDO R, SERRANO RODRÍGUEZ M, MORILLO VERDUGO R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Identificar las actitudes y creencias sobre la desprescripción de medicamentos de pacientes VIH+ de una cohorte de práctica clínica real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR) que acudieron a la consulta de atención farmacéutica (CAF) durante el periodo marzo-abril 2018. Se excluyeron pacientes reclutados en ensayos clínicos, con enfermedad neoplásica maligna o aquellos que no firmaron consentimiento informado.

Se analizaron variables demográficas (edad y sexo), clínicas [linfocitos TCD4 (células/ μ L), relación TCD4/TCD8, carga viral (CV), factor de riesgo de adquisición (sexual/parenteral), comorbilidades, pluripatología (definida como tres o más enfermedades crónicas), situación TAR (naïve/rescate/multifracaso)] y farmacoterapéuticas [tipo de TAR (dos inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIAN) más inhibidor de transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos (ITINN); dos ITIAN más inhibidor de proteasa (IP); dos ITIAN más inhibidor de la integrasa (InIn) u otras pautas), presencia de polifarmacia (definida según MSSSI en Documento sobre edad avanzada e infección por VIH, 2015) y valor del Medication Regimen Complexity Index (MRCI), definido como elevado si ≥ 11].

Para identificar las actitudes, creencias y predisposición de los pacientes a iniciar un proceso de deprescripción se utilizó la traducción al castellano del cuestionario Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing, (Reeve et al. Drugs Aging. 2016) versión para paciente/cuidador. El cuestionario se compone de 22 preguntas tipo Likert. Se incluyeron en el análisis aquellas en las que hubiera, al menos, un 80% de consenso.

Los datos fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica. Se procesaron mediante analítica descriptiva (mediana/RIQ) en Excel® 14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 18 pacientes, edad mediana de 72 años (RIQ=74,5-67,1). El 88,8% (n=16) hombres. El 72,2% (n=13) adquirieron el virus vía sexual. El valor de linfocitos TCD4 fue 583 (856-371) y de TCD4/TCD8 0,67 (0,93-0,52). La CV fue indetectable en todos. Todos ellos presentaban comorbilidades y 12 (66,6%) pacientes eran pluripatológicos. Situación del TAR: el 5,6% (n=1) fueron naïve, 11,1% (n=2) rescatados y 83,3% (n=15) multifracaso. El 5,6% (n=1) recibían 2ITIAN+ITINN, el 11,1% (n=2) ITIAN+IP, el 50,0% (n=9) ITIAN+InIn y el resto (33,3%; n=6) otras pautas. Seis pacientes (33,3%) eran polimedificados. Un 44,4% (n=8) presentaban MRCI elevado.

Las principales creencias/actitudes identificadas se basaban en los siguientes ítems: Al 94,4% (n=17) le agradaba que su médico/a le tuviera en cuenta al tomar decisiones sobre medicamentos, el 83,3% (n=15) estaba satisfecho/a con los medicamentos que toma actualmente, el mismo porcentaje sabía exactamente qué medicamentos estaba tomando, estaría dispuesto a dejar alguno de sus medicamentos habituales si su médico/a se lo dijera, cree que todos los medicamentos que toma están funcionando y le preocuparía perderse el beneficio que podría obtener de un medicamento en el futuro, si dejara de tomarlo.

La cohorte de pacientes VIH+ de edad avanzada analizada muestra actitudes y creencias positivas en relación al concepto de deprescripción, fundamentalmente en base a la toma de decisiones compartidas, la confianza en el prescriptor y el conocimiento de la utilidad de los fármacos prescritos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1305. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE APARICIÓN DE NEUTROPENIA Y EL USO DE VALGANCICLOVIR EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

AUTORES

FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, PLASENCIA GARCÍA I, RAMOS SANTANA E, HERNÁNDEZ ROJAS S, MESA EXPÓSITO R, TÉVAR ALFONSO E, MERINO ALONSO J

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Determinar si existen diferencias en el tiempo transcurrido hasta desarrollar neutropenia en función de que los pacientes trasplantados hepáticos estuviesen tratados concomitantemente con Valganciclovir (VGC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal. Se incluyeron pacientes receptores de hígado entre 2012 y 2017 que fueron tratados con micofenolato de mofetilo (MMF) al alta o con la combinación de MMF y VGC, con al menos 100 días de seguimiento post-trasplante, y que desarrollaron neutropenia durante el periodo de estudio. Se excluyeron los menores de 16 años y los pacientes fallecidos durante el tiempo de seguimiento.

Realizamos una recogida de datos retrospectiva a través Historia Clínica informatizada (Selene®).

Las variables principales de nuestro estudio fueron el tiempo de tratamiento con MMF hasta la su suspensión por la aparición de neutropenia y si el VGC formó parte de su tratamiento.

Se definió neutropenia como un recuento de neutrófilos en sangre periférica con un valor por debajo de $1,8 \times 10^3/\mu$ L.

Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la media \pm desviación estándar (DE) o mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables numéricas, o el porcentaje (%) para las cualitativas.

Para el análisis estadístico se construyeron curvas de Kaplan-Meier y se usó el test de log-rank como prueba de contraste de hipótesis.

Los análisis se realizarán mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron 165 trasplantes de hígado entre 2012 y 2017, de los cuales 52 cumplieron los criterios de inclusión. De ellos, un 64% eran varones y la mediana de edad fue 57 años [51-63].

El diagnóstico mayoritario de los pacientes y trasplantados era la cirrosis hepática (67%), y dentro de esta la alcohólica con un 44%.

De los 52 pacientes con neutropenia, un 62% fue tratado concomitantemente con VGC.

El número de neutrófilos de los pacientes en tratamiento concomitante con VGC vs los que no estaban en tratamiento con VGC fue de 834 ± 382 células/ μL vs 756 ± 526 células/ μL .

El tiempo hasta desarrollar neutropenia en los pacientes no tratados con VGC fue 142 días [67-217] mientras que el de los pacientes tratados con VGC fue 89 días [60-118]; log rank test $p = 0,002$.

Conclusiones

Los pacientes que fueron tratados concomitantemente con VGC desarrollaron neutropenia más rápido que los que no precisaron el antivírico. Esto pone de manifiesto que la adición del VGC es un factor de riesgo tiempo-dependiente para el desarrollo de neutropenia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

529. DESARROLLO DE UN MÉTODO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIREMIA VHC MEDIANTE UN TEST DE GOTA DE SANGRE SECA EN PAPEL

AUTORES

YANES SÁNCHEZ P, PÉREZ PÉREZ JA, GARCIA GIL S, MORALES ARRAEZ DE, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, HERNÁNDEZ GUERRA M, NAZCO CASARIEGO GJ, RAMOS DIAZ R

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Con la eficacia de los nuevos agentes antivirales de acción directa (AAD) contra el Virus de la Hepatitis C, se ha cambiado el enfoque clínico de la enfermedad y ha surgido la idea de que la erradicación de la infección es posible. Para lograr este objetivo el primer paso ha de ser la identificación de pacientes VHC + desconocidos para que puedan ser integrados en el sistema sanitario y comenzar el tratamiento.

La incidencia de esta infección en nuestro entorno es del 1-2 %. Sin embargo, existen poblaciones denominadas de riesgo, como la población adicta a drogas por vía parenteral (ADVP), donde la incidencia se estima de hasta el 70%. El desarrollo de métodos diagnósticos sencillos, facilitarían el diagnóstico de estos pacientes.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en desarrollar un método rápido, simple y económico que permita detectar infección activa del VHC (ARN-viral) a partir de una gota de sangre seca en papel.

MATERIALES Y MÉTODOS

El método se ha basado en la recogida de muestra del paciente en forma de una gota de sangre depositada sobre un soporte de papel (WhatmanTM903®). De esta muestra se extrajeron 10 "discos" utilizando un sacabocado de 3 mm de diámetro. Las muestras fueron almacenadas a temperatura ambiente durante un plazo máximo de 2 semanas.

Primero se realizó una extracción de ARN total empleando RNazol RT COLUMN Kit® sobre el que se sintetizó ADNc con hexámeros aleatorios (kit cDNA first strand Roche®). Para detectar la secuencia vírica, se diseñó una pareja de oligonucleótidos dirigida a la región 5'-UTR empleando el software GeneRunner®.

La especificidad fue validada con la herramienta online Primer Blast®. La presencia de ADNc fue identificada mediante PCR a tiempo real realizando el seguimiento del proceso de amplificación con SYBR Green (Roche®) en la plataforma Real Time PCR LightCycler 480 Instrument®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para la validación de la técnica se analizaron un total de 17 muestras, procedentes de pacientes diagnosticados de infección activa de VHC por los métodos de referencia hospitalarios. Asimismo, se incluyeron muestras de sangre VHC- como controles del ensayo ($n=3$). Se obtuvo señal de fluorescencia en el 100% de las muestras VHC+ (13). El ciclo de amplificación (Cq) fue proporcional a la carga vírica.

Para confirmar los resultados, cada uno de los amplificados fueron confirmados por electroforesis y posterior secuenciación. El coste estimado para cada una de las determinaciones fue de 12.7 €.

Con el presente trabajo hemos querido mostrar la puesta a punto de un método sencillo y económico para la detección de la infección activa del VHC. Una de las ventajas del método es que no requiere personal especializado para la toma de muestras, puesto que se requiere de una simple punción en la yema del dedo con una lanceta. Esto junto con el fácil almacenaje y transporte de las muestras lo posicionan como un método ideal para realizar el cribado extrahospitalario acercándonos a las poblaciones de riesgo y permitiendo dar los primeros pasos en la erradicación de la infección por el VHC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

533. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL CONSUMO DE CARBAPENEMES

AUTORES

IZKO GARTZIA N, ARRUFAT GOTERRIS G, COMPANY BEZARES F, CANO COLLADO V, ARRIZABALAGA ASENJO M, GARAU COLOM MM, GARCÍA GASALLA M, SOCÍAS MIR A

HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. DE MANACOR KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

El objetivo principal es disminuir el consumo de carbapenemes del hospital mediante propuestas del equipo del programa de optimización de antibióticos (PROA). La intervención se realiza tras la detección de un consumo de carbapenemes de 11,55 dosis diarias definidas (DDD)/100 estancias en 2015, un valor 2,3 veces superior a los hospitales de características similares del programa de vigilancia de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña

(VINCAT). Objetivos secundarios: analizar el número de tratamientos revisados, los tipos de propuestas realizadas y el grado de aceptación de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio antes-después, en el que se compara el consumo de carbapenemes en términos de DDD/100 estancias tras el inicio de la revisión de estos antibióticos por parte del equipo PROA (junio de 2017 a febrero de 2018), con el que había previamente. La revisión de tratamientos y el consenso de las propuestas se realizan diariamente en una reunión de los integrantes del PROA. Las propuestas realizadas y su aceptación se registran en una base de datos en Acces® 2007.

Los servicios implicados y sus tareas son:

- Farmacia: revisa los pacientes tratados con carbapenemes, los registra en la base de datos y envía el informe por correo electrónico al resto del equipo.
- Microbiología: revisa si se han solicitado cultivos e informa de los resultados.
- Internistas del equipo de infecciosas e intensivistas: revisan los pacientes antes de la reunión y comunican de las propuestas consensuadas a los médicos responsables de los pacientes.

Los tipos de propuestas que se realizan por parte del equipo PROA son:

- Desescalar
- Terapia secuencial
- Suspender por duración excesiva
- Suspender por no indicado
- Aumentar el espectro
- Ajustar dosis

Para evaluar el impacto en el consumo, se calculan las DDD por cada 100 estancias (excluyendo los servicios de urgencias, anestesia, psiquiatría y pediatría, al igual que en el programa VINCAT). Los datos de consumo se obtienen a través del programa SAP® y las estancias a través de la dirección de gestión del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los cambios detectados en el consumo de carbapenemes del hospital en DDD/100 estancias, desde el 1 de junio de 2017 hasta el 28 de febrero de 2018, respecto a los mismos trimestres pre-intervención son los siguientes: Junio-agosto 8,30 vs 14,00; septiembre-noviembre 6,43 vs 14,28 y diciembre-febrero 5,55 vs 10,26.

El número de tratamientos revisados en dicho período es de 658, correspondientes a 494 pacientes, a los que se han realizado 504 propuestas por parte del equipo PROA, de las que 445 (88,29%) han sido aceptadas. Los tipos de propuestas realizadas son las siguientes: desescalar 332, duración excesiva 61, no indicado 57, aumentar el espectro 29, ajustar la dosis 20 y terapia secuencial 5.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran una disminución muy notable en el consumo de carbapenemes en el hospital, ya que se ha reducido a la mitad respecto a la situación alcanzada en 2015, demostrando que la metodología de trabajo ha sido eficaz para el objetivo planteado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

542. ¿CÓMO PRESCRIBIMOS LA FIDAXOMICINA? AUDITORÍA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

AUTORES

NAVARRO JIMÉNEZ G, MORENO NUÑEZ L, SANZ MARQUEZ S, DELGADO-IRIBARRREN GARCÍA-CAMPERO A, HERVAS GOMEZ R, VELASCO ARRIBAS M, MARTÍN SEGARRA O, LOSA GARCÍA JE
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. CALLE BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la prescripción de fidaxomicina realizada durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de todas las prescripciones de fidaxomicina realizadas en 2017 en nuestro centro. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), comorbilidades necesarias para calcular el índice de Charlson, la puntuación en el GEIH-score utilizada en ese momento para calcular el riesgo de recurrencia de infección (70-79 años, 1 punto; > 79 años, 2 puntos; toxina Clostridium difficile positiva, 1 punto; episodio previo, 2 puntos; diarrea persistente más de 5 días, 2 puntos) considerando alto riesgo de recurrencia puntuación mayor o igual a 4 y la puntuación de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) para clasificar un episodio como grave (leucocitosis > 15000, creatinina > 1,5 mg/dl, hipotensión, megacolon/íleo). Así mismo, se recogió el número de episodio en el que se prescribió, el tratamiento realizado previamente, la presencia de recidiva posterior al tratamiento, el servicio prescriptor y si se había realizado una recomendación por parte del PROA. Se consideró curación no haber presentado recidiva al finalizar el seguimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 23 prescripciones de fidaxomicina lo que supone un 22% del total de episodios de infección por Clostridium difficile (ICD) en 2017. Los pacientes que realizaron dicho tratamiento tenían una mediana de edad de 81 años, el 74% (18) eran mujeres, 30% (7) tenían enfermedad renal crónica y un 4% (1) eran inmunodeprimidos. La mediana en el índice de Charlson fue de 3 puntos (comorbilidad alta) y de 4 puntos según el GEIH-score (alto riesgo de recurrencia). El 13% (3) de episodios fueron graves y hubo 1 episodio fulminante. En el 48% (12) de los casos, la fidaxomicina se prescribió en el primer episodio de infección, en el 43% (9) en la primera recidiva, 4% (1) en la segunda recidiva y 4% (1) en tercera recidiva. La duración media del tratamiento de fidaxomicina fue de 9 ± 3 . De los pacientes



en los que se prescribió en una recidiva habían recibido previamente tratamiento con vancomicina el 50% y con metronidazol el 50%. Según el GEIH-score, el 61% (14) de pacientes tenía un riesgo alto de recidiva. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 20 meses durante los cuales hubo un 23% (5) de recidivas tras haber completado el tratamiento con fidaxomicina con una mediana de tiempo hasta la recidiva de 6 semanas. Entre los pacientes con riesgo alto hubo un 29% (4) de recidivas. Al finalizar el seguimiento el 77% (17) de pacientes se consideraron curados. Un 26% tenían recomendación del PROA acerca de la indicación del tratamiento que se siguió en todos los casos menos uno.

En conclusión, en nuestro centro la prescripción de fidaxomicina se realizó en el 22% de los episodios de ICD en el año 2017. La mayoría de los pacientes tiene un alto índice de complejidad y un alto riesgo de recurrencia, a pesar de lo cual se objetivó un elevado porcentaje de curación (77%) y una tasa de recidiva del 23%.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

565. EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE ELBASVIR/GRAZOPREVR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

AUTORES

TOMÁS LUIZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir el uso y evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con elbasvir/grazoprevir en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con elbasvir/grazoprevir a partir de diciembre de 2016 y finalizaron antes de enero de 2018. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, tipo de paciente respecto VHC (inicio o naive, respondedor parcial o nulo, y recidivante) y tratamiento previo, genotipo, grado de fibrosis, esquema de tratamiento, ARN-VHC basal y 12 semanas después de finalizar tratamiento, y efectos adversos relacionados con la medicación. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ambulatorios y la historia clínica electrónica. La eficacia se objetivó por la respuesta virológica sostenida (RVS), definida como [ARN-VHC] menor que el límite inferior de cuantificación (15 UI/ml de ARN) a las 12 semanas después de la finalización del tratamiento (RVS12).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 22 pacientes, siendo el 68,18% hombres, con una mediana de edad de 56 años [rango 40-83]. El genotipo fue: 8 (36,36%) 1a, 11 (50%) 1b, 3 (13,64%) 4. El grado de fibrosis fue: F0 6 (27,27%), F1 1 (4,54%), F2 4 (18,18%), F3 2 (9,09%), F4 8 (36,36%), y no determinado 1 (4,54%). Respecto el tipo de paciente 12 (54,55%) fueron naive, 2 (9,09%) respondedores parciales, 4 nulos (18,18%), y 4 (18,18%) recidivantes. Los tratamientos previos fueron interferon+ribavirina en 8, y ledipasvir/sofosbuvir+ribavirina en 3. Elbasvir/grazoprevir se utilizó en 18 (81,82%) casos en monoterapia durante 12 semanas, en un 1 (4,54%) caso junto ribavirina 16 semanas, y en 3 (13,64%) junto sofosbuvir+ribavirina 24 semanas. La [ARN-VHC] basal mediana fue 2.344.637 UI/ml [rango 2.666-15.779.076], siendo 14 (63,64%) > 800.000 UI/ml y 3 (13,64%) tenían coinfección por VHC/VIH-1. La RVS a las 12 semanas fue indetectable en 18 pacientes (81,82%). De los 4 restantes sólo en 2, que habían abandonado el tratamiento, era detectable. De los otros 2 no se disponía de carga viral. Dos pacientes no finalizaron el tratamiento por motivos ajenos a la medicación. Siete (31,82%) pacientes refirieron al menos un efecto adverso: fatiga (4), insomnio (2), cefalea (2), artralgia (2), mareos (1), náuseas (1), dolor en la zona superior del abdomen (1), estreñimiento (1), astenia (1), descritos como frecuentes/muy frecuentes en ficha técnica. Otros: pesadillas (1), retención de líquidos (1), disminución del volumen de eyaculación (1), hormigueo plantar (1).

Conclusiones

Elbasvir/grazoprevir constituye una buena opción de tratamiento para pacientes VHC naive y no respondedores ya que demostró alcanzar RVS a las 12 semanas en un alto porcentaje de pacientes.

Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia fueron fatiga y cefalea, como en los estudios clínicos, y artralgia. Ningún paciente tuvo reacciones adversas graves, y en ningún caso fueron motivo de suspensión del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

570. IMPACTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SOBRE LA PRESIÓN ANTIBIÓTICA Y LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.

AUTORES

HERRERA HIDALGO L, GUIADO GIL AB, GIL NAVARRO MV, PEREZ MORENO MA, MOLINA GIL-BERMEJO J, LEPE JIMENEZ JA, LASSO DE LA VEGA R, CISNEROS HERREROS JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. AVENIDA MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la implantación de un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) multidisciplinar sobre el consumo de antibióticos y la mortalidad en pacientes oncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desarrollo de un PROA multidisciplinar con interconsultas integradas en la unidad de Oncología de un hospital terciario durante el periodo (2009-2017). En enero de 2011 se añadió un PROA educativo. El equipo PROA fue formado por personal de las unidades de Farmacia, Enfermedades Infecciosas, Medicina Preventiva y Microbiología. Las actividades llevadas a cabo fueron: a) elaboración de guías consensuadas; b) asesoramiento en infecciones complejas; c) programa de bacteriemias; d) sesiones formativas periódicas; e) asesorías formativas individualizadas; f) inclusión de los objetivos del PROA en los acuerdos de gestión de la Unidad; g) informe periódico de resultados. El impacto de estas intervenciones se analizó mediante un estudio ecológico de series temporales. Los indicadores fueron las DDD trimestrales por 100 estancias de antimicrobianos y betalactámicos antipseudomónicos, el gasto trimestral en antimicrobianos, la evolución anual del perfil de prescripción (2013-2017), la tasa anual de mortalidad precoz y tardía (7 y 30 días), la densidad de incidencia (DI) trimestral de muertes de los pacientes con bacteriemia y la DI trimestral de bacteriemias. El efecto sobre estas variables se midió con un análisis de tendencia mediante regresión segmentada. Para evaluar el impacto específico del PROA multidisciplinar se realizó un análisis antes-después de series temporales interrumpidas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El consumo de antibióticos se redujo (-0.4% trimestral IC95% -0,7, -0.1 p < 0.005), y específicamente de betalactámicos antipseudomónicos (-1,23% trimestral IC95% -1,85, -0,61 p < 0,001). La prescripción de carbapenemas se redujo entre los años 2013 y 2017 un 64.3%, la de piperacilina-tazobactam un 31.5% y la de quinolonas un 10%, frente al aumento del 66.4% de cefalosporinas y del 49.5% de amoxicilina. Las tasas de mortalidad precoz y tardía de los pacientes con bacteriemia mostraron una reducción progresiva (-13,3% anual IC95% -20,5, -5,4 p=0,006 y -8,1% anual IC95% -15, -0,7% p=0,03), al igual que la DI de muertes precoces y tardías (-1.9% trimestral IC95% 3,2%, -0,6% p=0,006 y -1,9% trimestral -3,4, -0,3% p=0,02). No hubo cambios significativos en la DI de bacteriemias en el periodo de estudio. El impacto específico del PROA, medido mediante el análisis antes-después mostró un punto de inflexión hacia una reducción en los indicadores de consumo de antimicrobianos tras implementarse el programa y la mortalidad mantuvo la tendencia descendente del periodo pre-intervención.

Conclusiones

La implantación de un PROA multidisciplinar y educativo ha reducido la presión antibiótica y la mortalidad de las bacteriemias en pacientes oncológicos. Este hecho es especialmente relevante en esta población, dado que son pacientes inmunodeprimidos que presentan infecciones más graves, reciben más antibióticos y tienen más riesgo de resistencias. Las estrategias de uso racional de los antibióticos son seguras en esta población, y la implementación de PROAs parece un elemento imprescindible para conseguir este objetivo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

576. EFECTIVIDAD DE MONOTERAPIA CON INHIBIDORES DE LA PROTEASA POTENCIADOS EN EL TRATAMIENTO DEL VIH

AUTORES

GUERRA GONZÁLEZ M, ARGÜELLES CURTO A, GUERRA LASO J, ORTEGA VALÍN L, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIV. DE LEON. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

El tratamiento antirretroviral (TAR) nos permite considerar la infección por VIH-1 como una patología crónica. Además, se busca mejorar la calidad de vida del paciente con tratamientos que producen menos efectos adversos y un consumo de recursos más eficiente sin comprometer la efectividad. La monoterapia con inhibidores de la proteasa potenciados (IP/p) es una opción en pacientes pretratados para evitar la toxicidad asociada al tratamiento o como una forma de simplificación del TAR.

Evaluar la efectividad del tratamiento en monoterapia con IP/p [lopinavir/ritonavir (LPV/r), darunavir/ritonavir (DRV/r) y darunavir/cobicistat (DRV/cobi)] en la práctica clínica real en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes adultos infectados con VIH-1 que cambiaron de esquemas de TAR triple y doble a monoterapia con IP/p. Los criterios de inclusión fueron: infección por VIH-1, ausencia de infección por VHB, carga viral de VIH < 50 copias/ml al menos durante 6 meses, ausencia de cualquier mutación en el gen de la proteasa, ausencia de fracaso previo a tratamiento con inhibidores de la proteasa y pacientes que habían estado en tratamiento con monoterapia durante al menos 10 meses. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y los registros de dispensación en la unidad de pacientes externos de farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 12 pacientes (9 hombres/3 mujeres). La media de edad fue 45 años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 8 años [4-31]. El mecanismo de transmisión del VIH fue: 50% (n=6) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 16,7% (n=2) por uso de drogas vía parenteral, 8,3% (n=1) hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres, 8,3% (n=1) mujer que tiene sexo con hombres, y 16.7% (n=2) desconocido. Un paciente recibía DRV/r 800mg/100mg al día y 11 recibían DRV/cobi 800mg/150mg al día. Cinco pacientes con DRV/cobi habían sido tratados previamente con DRV/r 800mg/100mg al día, y dos pacientes con LPV/r 200mg/50mg al día en monoterapia. La razón principal para cambiar el TAR fue la simplificación del tratamiento en 11 casos, y toxicidad en un caso. La mediana de tiempo desde que se cambió a monoterapia fue de 21 meses [11-45]. El 75% (n=9) de los pacientes permanecieron con carga viral plasmática indetectable. Un paciente se perdió durante el seguimiento y ninguno de los otros 11

pacientes desarrolló “blips” (carga viral plasmática entre 50-500 copias/ml), pero dos de ellos presentaron una carga viral detectable en el plasma una única vez: 26 y 45 copias/ml, respectivamente. La eficacia antirretroviral de la monoterapia con IP/p parece ser elevada en la práctica clínica real. Esto debería confirmarse en estudios más grandes y multicéntricos ya que la principal limitación de nuestro estudio es el pequeño número de pacientes incluido.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

584. SEGURIDAD Y EFICACIA EN VIDA REAL DEL SWITCH DE TENOFOVIR DISOPROXIL A TENOFOVIR ALAFENAMIDA

AUTORES

RAGA JIMENEZ C, JUAN AGUILAR M, FERRANDO PIQUERES R, ALVAREZ MARTIN T, CONDE GINER S, TRIPIANA RALLO M, PASCUAL MARMANEU O, MONTAÑES PAULS B
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. BENICASSIM. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar seguridad y eficacia en vida real del switch en el tratamiento antirretroviral (TAR) de Tenofovir disoproxilo (TDF) a Tenofovir Alafenamida (TAF) en pacientes VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional durante 2017 en el que se incluyeron todos los pacientes del Departamento de Salud de Castellón en tratamiento con TAF. Se distinguieron dos grupos de pacientes en función del switch de TAR realizado: Grupo I, de Elvitegravir/cobicistat/TDF/emtricitabina (EVG/c/TDF/FTC) a EVG/c/TAF/FTC; y grupo II: de TDF/FTC a TAF/FTC. Esta división de la muestra se realizó debido a la diferencia temporal de dos años en la comercialización de EVG/c/TFD/FTC respecto a TDF/FTC. El grupo II presentó menor tiempo de tratamiento con TAF.

Para evaluar la seguridad se midió: Creatinina (Cr), Urea y velocidad de filtrado glomerular (VFG) calculada mediante CKD-EPI, antes y después del switch. Estas variables no siguieron una distribución normal según Kolmorov-Smirnov y se utilizó la prueba no paramétrica para datos apareados: W de Wilcoxon.

Para evaluar la eficacia se midió: Carga viral (CV) y linfocitos CD4 (CD4). La CV se tomó como variable binaria considerando respondedores aquellos pacientes con CV < 20 copias/mL. Para medir las diferencias de esta última se utilizó la prueba chi cuadrado y para los linfocitos CD4, W de Wilcoxon. Esta prueba solo se realizó en pacientes respondedores, donde el fármaco se asume que está siendo eficaz.

Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (Md) y rango intercuartílico (IQR), mientras que las cualitativas lo hicieron en porcentaje (%). El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS® para Windows versión 19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el grupo I se incluyeron 23 pacientes con una edad Md=49,7años(IQR=43,7–53,7). En los parámetros analíticos de la función renal previa al switch se obtuvieron medianas de Cr=0,9mg/dL(IQR=0,75-0,99), Urea=28mg/dL(IQR=23-35) y VFG=92,18mL/min(IQR=80,47-102,58). Tras el inicio con EVG/c/TAF/FTC se obtuvieron Cr=0,77mg/dL(IQR=0,63-0,90), Urea=28mg/dL(IQR=25-34) y VFG=101,15 mL/min(IQR=92,02-110,95).

En el grupo II se incluyeron 33 pacientes con una edad Md=48,2 años (IQR=45,2–52,9). En las variables de función renal previa al switch se obtuvieron medianas de Cr=0,9mg/dL(IQR=0,78-1), Urea=30mg/dL(IQR=24-36) y VFG=94 mL/min(IQR=75,7-102). Tras el inicio con TAF/FTC los valores fueron Cr=0,77mg/dL(IQR=0,67-0,84), Urea=30mg/dL(IQR=26-36) y VFG=104,14 mL/min(IQR=96-111,6).

Se obtuvo significación estadística en ambos grupos para la mejora de Cr y VFG ($p < 0,001$ en ambos grupos) pero no para la urea ($p=0,834$ para grupo I y $p=0,657$ para grupo II).

En el grupo I hubo un 47,8% de pacientes respondedores, que ascendió a 52,2% tras el switch($p < 0,01$) y un incremento en la Md de linfocitos de 625 CD4/mcL(IQR 393,3-834) a 745 CD4/mcL(IQR 592,8–1132,35)($p=0,016$). Para el grupo II hubo un 53,1% de pacientes respondedores que ascendió tras el switch a 78,1%($p < 0,001$). Sin embargo, no hubo incremento de linfocitos en este grupo.

Este estudio muestra la mejora en vida real de la función renal de una misma población en la que se cambia la sal de tenofovir, mejorando así su seguridad sin perjuicio en la eficacia. Hecho relevante debido a la cronicidad del VIH y la necesidad de fármacos antirretrovirales seguros. Se aprecia un aumento de pacientes respondedores, sin embargo, habría que tener en cuenta el escaso tamaño muestral y la incertidumbre de variables como la adherencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

586. DESCRIPCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA, EFICACIA Y EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

AUTORES

GARCÍA SOLER JI, MENÉNDEZ NARANJO L, GONZÁLEZ LOZANO E, RUIZ JIMÉNEZ MDM, LAORDEN CARRASCO A, VICENTE SÁNCHEZ S, VALDERREY PULIDO M, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID- CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

La combinación emtricitabina/tenofovir alafenamida (FTC/TAF), de reciente comercialización, constituye una alternativa terapéutica a emtricitabina/tenofovir disoproxilo (FTC/TDF) en el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por inducir menor daño renal. Los objetivos de este estudio son describir el uso de FTC/TAF en nuestro hospital así como evaluar su eficacia y la evolución de la función renal (FR) en estos pacientes.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con FTC/TAF desde julio a diciembre de 2017. Las variables recogidas fueron sexo, edad, motivo de prescripción, función renal (FR) y carga viral (CV) al inicio y tras tres meses de tratamiento. Para evaluar la FR se registró la creatinina sérica (CrS), el filtrado glomerular a través del MDRD y CKD-EPI, creatinina, albúmina y proteínas en orina al inicio y tres meses (± 30 días) del comienzo de tratamiento con FTC/TAF. Los datos fueron obtenidos a través del programa de prescripción electrónica para pacientes ambulatorios e historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hubo un total de 43 pacientes con una edad media de $55 \pm 9,4$ años; 33 de ellos eran hombres (76,7%). Dos pacientes iniciaron tratamiento y 41 (95,3%) habían sido tratados previamente. El motivo de prescripción fue: aparición de proteinuria en 30 pacientes (69,9%), deterioro de la FR en tres (7%), osteoporosis junto a proteinuria en tres (7%), prevención de toxicidad renal en dos (4,6%), insuficiencia renal crónica en dos (4,6%), osteoporosis en dos (4,6%) e hipofosfatemia en uno (2,3%).

Disponíamos de CV de 39 pacientes al inicio de tratamiento siendo indetectable en 27 (69,2%); a los tres meses, fue evaluada en 26 pacientes siendo indetectable en 21 (80,8%). La CrS media en hombres fue de $1,03 \pm 0,3$ y $1,09 \pm 0,34$ mg/dL al inicio ($n=32$) y tres meses ($n=22$), respectivamente; mientras que en mujeres fue de $0,76 \pm 0,35$ y $0,7 \pm 0,16$ mg/dL, al inicio ($n=9$) y tres meses ($n=6$), respectivamente. De la filtración glomerular y la FR en orina al inicio ($n=36$) y tres meses ($n=24$) se obtuvieron los siguientes valores expresados según su mediana: MDRD de $80,3$ ml/min/ $1,73m^2$ (P25=67,3; P75=98,1) y $81,8$ ml/min/ $1,73m^2$ (P25=70,9; P75=101,5); CKD-EPI de $84,3$ ml/min/ $1,73m^2$ (P25=69,3; P75=100,5) y $84,4$ ml/min/ $1,73m^2$ (P25=72,0; P75=94,0); creatinina en orina de $97,7$ mg/dL (P25=68,0; P75=129,3) y $93,7$ mg/dL (P25=76,0; P75=133,4); proteínas en orina de 19 mg/dL (P25=15,3; P75=47,0) y 19 mg/dL (P25=10; P75=30), respectivamente. La mediana de la albúmina en orina al inicio ($n=26$) y tres meses ($n=13$) fue de $3,4$ mg/dL (P25=0,8; P75=6,9) y $1,6$ mg/dL (P25=0,6; P75=5,5), respectivamente.

FTC/TAF se usa principalmente en pacientes tratados previamente ante la aparición de proteinuria.

FTC/TAF muestra una eficacia aceptable ya que a los tres meses de iniciar tratamiento la mayor parte de los pacientes presentan CV indetectable. En cuanto a la función renal, la albúmina en orina presenta un descenso tras tres meses de iniciar el tratamiento, mientras que el resto de parámetros permanecen prácticamente inalterados. No obstante, al ser un fármaco de reciente comercialización se requiere mayor tiempo de seguimiento para evaluar su eficacia y la evolución de la FR.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

588. ESTUDIO DE ADECUACIÓN DEL USO DE COTRIMOXAZOL INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GARCÍA SOLER JI, PAREJA RODRÍGUEZ DE VERA A, GONZÁLEZ LOZANO E, RUIZ JIMÉNEZ MDM, LAORDEN CARRASCO A, VALDERREY PULIDO M, GALINDO RUEDA MDM, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID- CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la utilización del uso de cotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol) intravenoso y evaluar su adecuación con la finalidad de optimizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel en el que se revisaron todas las prescripciones cotrimoxazol intravenoso desde octubre de 2017 a marzo de 2018. Se excluyó el bloque pediátrico y la Unidad de Cuidados Intensivos. Las prescripciones fueron revisadas utilizando el programa de prescripción electrónica asistida y de historia clínica electrónica, recogándose los siguientes datos: sexo, edad, duración, dosis basada en el componente trimetoprim y frecuencia de administración, aclaramiento de creatinina calculado según la fórmula de Cockcroft-Gault, peso, servicio prescriptor e indicación del tratamiento; dirigido, empírico o profiláctico. La adecuación al tratamiento se evaluó según las dosis y frecuencias recomendadas al diagnóstico y cultivos disponibles. Para establecer pautas estandarizadas de tratamiento se consultaron la base de datos Uptodate, y las Guías de terapéutica antimicrobiana Mensa y Sanford en sus 28ª y 47ª ediciones, respectivamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 38 pacientes con una edad media de $59 \pm 16,3$ años de los que 26 eran hombres (68,4%). La dosis media de trimetoprim recibida fue $5,7 \pm 3,9$ mg/kg/día. Hubo un total de 19 tratamientos dirigidos (50%), 15 empíricos (44,5%) y cuatro profilaxis (10,5%). En los tratamientos dirigidos se aisló: *Stenotrophomonas maltophilia* ($n=9$), *Nocardia* spp. ($n=3$), *Enterobacter cloacae* ($n=2$), *Klebsiella* spp. ($n=2$), y *Achromobacter xylosoxidans* ($n=1$), *Pneumocystis jirovecii* ($n=1$), y *Acinetobacter baumannii* ($n=1$). La distribución de las prescripciones por servicio fue la siguiente: Siete en Medicina Interna (18,4%), seis en Aparato Digestivo (15,8%), cinco en Enfermedades infecciosas (13,2%), cinco en Oncología, cuatro en Hematología (10,5%), tres en Cardiología (7,9%), tres en Cirugía General (7,9%), dos en Traumatología, uno en Ginecología (2,6%), uno en Neumología (2,6%) y uno en Urología (2,6%).

De las 38 prescripciones, un 68,4% fueron inadecuadas; hubo 16 infradosificaciones (57,1%) y 12 infradosificaciones que se administraron además con una menor frecuencia de la recomendada (42,9%). Atendiendo a la indicación del tratamiento hubo quince prescripciones inadecuadas en el tratamiento dirigido (78,9%); seis infradosificados (40%) y nueve infradosificados que fueron administrados a una menor frecuencia de la recomendada (60%) y trece en los tratamientos empíricos (34,2%); todos ellos infradosificados. Las profilaxis se adecuaron a las recomendaciones. Según

el servicio prescriptor, el mayor porcentaje de adecuación se encontró en: Urología (100%), Medicina Interna (71,4%), Cardiología (66,7%), Hematología (25%), Enfermedades Infecciosas (20%) y Oncología (20%).

En el estudio se observa que cotrimoxazol se usa a dosis inferiores a las recomendadas tanto en los tratamientos empíricos como dirigidos. Tanto los servicios médicos como quirúrgicos utilizan en sus pacientes dosis infraterapéuticas. Esto se ha identificado como una oportunidad de mejora e intervención desde el Servicio de Farmacia mediante la prescripción electrónica asistida y a través del desarrollo de herramientas y protocolos que ayuden a la correcta dosificación de cotrimoxazol en estas indicaciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

594. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA

AUTORES

RONDA SERRAT M, PADULLÉS ZAMORA A, OTERO TORRES S, GRAU GARRIGA IC, COBO SACRISTAN S, TUBAU QUINTANO MDLF, CARRATALÀ FERNANDEZ J, JODAR MASSANES RJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE. AVINGUDA LA FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantación de un programa de optimización antimicrobiana (PROA) en el servicio de Urología y evaluación de su impacto en el uso de antibióticos.

Principal: número de pacientes incluidos en el PROA e intervención realizada.

Secundario: días de tratamiento con carbapenémicos duración del tratamiento antibiótico (DOT) estandarizado por estancias (DOT/100E) y número de pacientes por ingreso (episodio) tratados con carbapenémicos antes y después de la intervención.

DISEÑO

Estudio piloto observacional, cuasi-experimental, pre-post análisis multidisciplinar enmarcado dentro del PROA de un hospital de tercer nivel. Se compararon dos períodos según la política de antibióticos: fase retrospectiva (grupo pre-intervención) noviembre 2017-enero 2018 y fase prospectiva (grupo intervención) febrero-abril 2018. Se espera implantar la metodología de trabajo para ejecutar un PROA y reducir la duración del tratamiento con carbapenémicos un 10%, el número de episodios en tratamiento con carbapenémicos y las DOT/100E.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) Formación del grupo multidisciplinar PROA. 2) Desarrollo de una herramienta informática capaz de realizar una audit-and-feedback (AAF) para la selección de los pacientes a tiempo real, 3) Evaluación de la situación de partida del servicio pre-implantación, 4) Desarrollo de un protocolo de actuación multidisciplinar. 5) Selección de criterios de cribado de pacientes. 6) AAF por el grupo PROA sobre los pacientes seleccionados: primera evaluación farmacéutica y recomendación consensuada con el resto del grupo. 7) Evaluación de cambios en el perfil de prescripción según la Infectious Diseases Society of America.

IMPLANTACIÓN

Desarrollo de la herramienta informática: durante 2016. Evaluación de la situación de partida: enero de 2018.

Monitorización diaria del tratamiento: inicio en febrero de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se seleccionaron los pacientes que diariamente cumplieran los criterios de cribado [60 episodios (39 pacientes)]: tratamiento antibiótico durante > 7 días [24 intervenciones (40%)] o con carbapenémicos independientemente de la duración [36 intervenciones (60%)]. Las intervenciones sobre carbapenémicos incluyeron: 58% reducción del espectro, 22% mantenimiento tratamiento, 8% suspensión y 6% y 3% ampliación del espectro o tratamiento adicional, respectivamente.

La mediana de duración de tratamiento con carbapenémicos fue 6 y 4 días antes y después de la intervención, respectivamente (diferencia del 33.3%). El número de episodios tratados con carbapenémicos antes y después fue de 40 y 36, y el valor de DOT/100E fue de 71.4 y 67.3, respectivamente. En la fase preintervención el 60% de los episodios se trataron más de 5 días vs en el 42.8% en la fase postintervención.

Se implantó la metodología de trabajo y se alcanzó una reducción en la duración del tratamiento con carbapenémicos.

Limitaciones

i) Período corto de tiempo de estudio, ii) no se puede descartar la autocorrelación entre los meses ni dependencia entre episodios y utilización entre periodos, iii) existen factores de confusión (estacionalidad y concomitancia de otras intervenciones).

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La metodología de trabajo es aplicable a cualquier servicio de farmacia para implantar en servicios en que se hayan detectado desviaciones en el uso de antimicrobianos o en situaciones específicas que requieran intervención.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

610. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN Y EFICACIA DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM

AUTORES

FERRIS VILLANUEVA M, MARTIN CLAVO S, BRIEGAS MORERA D, GARCIA LOBATO E, RANGEL MAYORAL JF, RODRIGUEZ VIDIGAL FF, FERRIS VILLANUEVA E, FERRIS VILLANUEVA C
HOSPITAL INFANTA CRISTINA. AV. DE ELVAS, S/N. BADAJOZ



OBJETIVOS

Analizar la utilización de Ceftolozano/Tazobactam (C/T), valorando el cumplimiento de los criterios de inclusión y utilización tras su aprobación por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT), así como su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratados con C/T en un hospital general desde junio de 2016 hasta abril de 2018. A partir de las aplicaciones informáticas de dispensación de farmacia (Farmatool®), datos analíticos y microbiológicos (Cornalvo®), así como de la historia clínica del paciente, se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, dosis, pauta, duración del tratamiento y evolución del paciente (mejoría clínica, necesidad de cambio de antibiótico o éxitus) Ceftolozano/Tazobactam (C/T) se incluyó en la guía farmacoterapéutica del hospital como tratamiento de última línea en el tratamiento de infecciones del tracto urinario complicadas, pielonefritis o infecciones intraabdominales complicadas producidas por microorganismos Gram Negativos multiresistentes, con aportación de antibiograma y en caso de su uso como tratamiento empírico, con compromiso de desescalar una vez se tuviera conocimiento de sensibilidad a otro antibiótico de primera línea.

Otro criterio de uso aprobado para C/T era el fracaso con tratamiento de antibióticos de amplio espectro previo en los últimos tres meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de pacientes tratados con C/T fue 18 (13 hombres y 5 mujeres) con una edad media de 60,3 años (24-75 años). En 6 pacientes fue utilizado en infecciones complicadas del tracto urinario, en 1 para pielonefritis, en 8 para infección intraabdominal complicada y en 3 pacientes se utilizó para indicaciones no aprobadas en ficha técnica (Neumonía nosocomial). La dosis media fue de 4,5 gramos Ceftolozano/1,5 gramos Tazobactam/día (1,5/0,5 gramos C/T cada 8 horas) y la duración media del tratamiento de 4,85 días (1-14 días). En el 65% de los pacientes (n=11) fue utilizado como tratamiento empírico por alta sospecha de bacterias gram negativas multiresistentes. Únicamente el 47% de los pacientes (n=8) cumplían los criterios de utilización aprobados en la CFyT. En el 41% de los casos (n=7) se desescaló a antibióticos de primera línea. La tasa de curación clínica fue de 59% (n=10) aunque en 5 de estos pacientes se desescaló, por lo que no podemos evidenciar que la mejoría clínica fuera consecuencia del uso de C/T. Por otro lado en el 41% de los pacientes (n=7) C/T no resultó eficaz aunque esta situación desfavorable parece ligada a la condición terminal del paciente. La adecuación de la utilización de C/T a las recomendaciones de la CFyT fue deficiente.

En cuanto a su perfil de efectividad presentó una tasa de respuesta menor a la obtenida en los ensayos clínicos publicados.

Así mismo, creemos que se debería potenciar y controlar la utilización solo en pacientes que cumplan los criterios de inclusión, lo que conllevaría una farmacoterapia mucho más eficiente y eficaz, garantizando así el uso adecuado y racional de antibióticos de última generación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

613. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, GÓMEZ GIL A, PASCUAL BARRIGA M, SORIA SOTO M, DE BÉJAR RIQUELME N, ARRIBAS DÍAZ B, PLAZA ANIORTE J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y la seguridad a largo plazo de los antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento del virus de la hepatitis C. Como objetivo secundario se analizaron las interacciones potenciales con la medicación habitual del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes tratados entre enero-2016 y julio-2017. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis, respuesta previa (naïve (NV), no respondedor (NR), respondedor parcial (RP) o recidivante (RR)), AAD con o sin rivabirina, carga viral inicial(CVi). La variable de efectividad fue la carga viral tras el tratamiento(CVf) y la tasa de respuesta viral sostenida(RVS) a los 6 meses tras el tratamiento. La variable de seguridad fue la presencia o ausencia de efectos adversos, clasificados según grado (G). Las posibles interacciones con la medicación domiciliar se consultaron con las bases de datos HepDrugInteractions® y Lexicomp®. Se recogieron datos del programa de pacientes externos (SAVAC®) y de la historia clínica (Selene®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 119 pacientes, 70% hombres, la mediana de edad fue 50 (rango: 39-83). 33 pacientes eran coinfectados. Distribución según genotipos: G1: 85; 1A: 35, 1B: 41, 1C: 1 y desconocido 8; G2: 2, G3: 10 y G4: 19 pacientes. Según grado de fibrosis; F4:42 pacientes (35,3%); F3: 26 pacientes (21,8%); F2: 39 (32,8%); F0-1: 12(10,1%). Respuesta a tratamientos previos: NV 86 pacientes (76,3%); NR 21 (17,65%); RR:11(9,2%); RP: 1(0,84%). El tratamiento fue usado junto a rivabirina en 34 pacientes.

La mediana de CVi fue 1530000 UI/mL. La CVf fue indetectable en 109 (91,6%) pacientes, 1 suspendió el tratamiento, de 5 no hay datos y 4 mantuvieron carga viral (CV) positiva, aunque uno negativizó a los 6 meses. En cuanto a la RVS, 1 paciente presentó CV positiva a los 6 meses, de 8 no se encontraron datos, 17 presentaban RVS a los 3 meses, y no se midió a los 6 y 83 mantenían RVS. 50 (42%) pacientes refirieron algún efecto adverso (EA) cuando se les entrevistó en consulta de atención farmacéutica; 26 pacientes presentaron EAs neurológicos G1, y un paciente G2. 12 pacientes experimentaron EAs digestivos G1. 3 pacientes presentaron EAs hematológicos (2 de G1 y 1 de G2). 5 pacientes presentaron EAs dermatológicos. 23 pacientes informaron de malestar general (tos, pérdida de peso, irritabilidad, cansancio, sequedad de boca...) G1 y tres pacientes G2.

En cuanto a interacciones, se encontraron en 38 pacientes, principalmente con el tratamiento antihipertensivo habitual, llevando a la separación de tomas, la monitorización o el cambio de tratamiento.

Conclusiones

Los datos obtenidos son similares a los de los ensayos clínicos, con altas tasas de respuesta al tratamiento en términos de RVS. Los efectos adversos, aunque presentes en un 42% de los pacientes, fueron manejables y mayoritariamente de grado 1, sin llevar a discontinuación del tratamiento. Las interacciones con el tratamiento habitual se presentan con asiduidad, por lo que recobra importancia comprobarlas e informar de ellas para ajustar la medicación si fuese necesario. Debido al pequeño tamaño muestral es necesario continuar analizando respuesta en pacientes que inician tratamientos con AAD para obtener resultados más significativos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

620. PROCEDIMIENTO INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DESABASTECIMIENTO DE ANTIMICROBIANOS: A PROPOSITO DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM.

AUTORES

ARENERE MENDOZA M, CUMBRAOS SANCHEZ MJ, PAÑO PARDO JR, LUQUE GOMEZ P, CASTILLO GARCIA FJ, GIMENO GRACIA M, SAGREDO SAMANES MA, SALVADOR GOMEZ T
HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. C/ SAN JUAN BOSCO Nº 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Elaborar un procedimiento integral para la gestión de desabastecimientos de antimicrobianos en un hospital terciario.

DISEÑO

En mayo de 2017 el Servicio de Farmacia (SF) identificó el desabastecimiento de piperacilina/tazobactam (P/T) a través del registro de incidencias de pedidos y de la alerta 271/17 de la AEMPS. Debido al impacto de esta situación en la política antibiótica del centro, se puso en conocimiento del grupo PROA del hospital, y se elaboró un procedimiento para la gestión de desabastecimientos de antimicrobianos, que se aplicó en éste.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Caracterización del desabastecimiento de P/T.
2. Evaluación del impacto: El SF realizó una evaluación del impacto del desabastecimiento, que contempló el consumo anual, la estimación de los días que se daba cobertura con las existencias disponibles e identificación de principales servicios prescriptores. El grupo PROA realizó una adaptación de la Guía de Tratamiento Antimicrobiano del centro, ofreciendo alternativas eficaces, seguras y con el menor impacto ecológico que evitaran el uso indiscriminado de carbapenems. Para ello se contemplaron 3 escenarios de uso de P/T en la práctica clínica diaria: utilización de P/T sin que fuera necesario, utilización aceptable de P/T pero con alternativas disponibles y utilización preferente de P/T. Estas recomendaciones fueron difundidas por la AEMPS.
3. Gestión del desabastecimiento: El SF realizó gestiones con el proveedor para asegurar un stock. Éste se centralizó en el SF y su uso pasó a ser “restringido”, dispensándose nominalmente especificando indicación y duración prevista. Diariamente se revisó el stock mediante el contaje de unidades y se estimó la cobertura. Semanalmente se realizó un corte para monitorizar el número de prescripciones de P/T y de carbapenems en las unidades con prescripción electrónica. El SF registró todos los tratamientos iniciados en el hospital para su seguimiento por el equipo PROA (audit el día 3 tras inicio).
4. Gestión de la información: Para la difusión a todos los Servicios se elaboraron notas informativas utilizando el correo del SF para la difusión de Alertas de Medicamentos. También se realizó una presentación de las recomendaciones en los principales servicios prescriptores.

IMPLANTACIÓN

Junio de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Las DDD/100estancias trimestrales de P/T durante 2017 fueron: 3,99 en el trimestre 1 (T1), 3,19 en T2, 2,58 en T3 y 3,98 en T4. Las DDD/100estancias trimestrales de meropenem fueron: 6,46 en T1, 5,73 en T2, 7,32 en T3 y 6,12 en T4. En el T3, a partir de la notificación del desabastecimiento, hay una caída de consumo de P/T, paralela a un incremento controlado en el consumo de meropenem, que disminuyó progresivamente por las medidas descritas anteriormente. Durante el periodo de desabastecimiento hubo disponibilidad de P/T en el SF, que permitió utilizarlo en los escenarios prioritarios.

Se ha elaborado un procedimiento para utilizar en caso de futuros desabastecimientos.

El sistema de prescripción electrónica no está implantado en todo el hospital, lo que dificultó la agilidad para el seguimiento de las prescripciones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

En todos los SF integrados en grupos PROA, porque permite dar soporte en la prescripción y dispensación de antimicrobianos en situación de desabastecimiento.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

626. ANÁLISIS DE LAS RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN MEDICINA INTERNA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.

AUTORES

ARENERE MENDOZA M, CUMBRAOS SANCHEZ MJ, BONAGA SERRANO B, VINUESA HERNANDO JM, PAÑO PARDO JR, RUIZ LAIGLESIA F, PUERTOLAS TENA I, HORNA OREJA O
HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. C/ SAN JUAN BOSCO Nº 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar las recomendaciones farmacéuticas (RF) realizadas desde el Servicio de Farmacia (SF) al Servicio de Medicina Interna (SMI) de un hospital de tercer nivel en el contexto de un programa de optimización de antibióticos (PROA).

DISEÑO

Durante 2017 se registraron las RF relacionadas con PROA en dos unidades del SMI. Esta actividad estaba enmarcada dentro de un PROA de Servicio, en el que se realizaron actividades encaminadas a la mejora del uso de antibióticos: se constituyó un grupo de trabajo que evaluó y priorizó necesidades, y que posteriormente diseñó y planificó actividades. Entre éstas estaban la introducción del motivo y duración de uso de antibióticos en el sistema de prescripción electrónica, así como auditorías sobre prescripciones estratégicas que contemplaban los diferentes tipos de recomendaciones PROA: terapia secuencial, optimización de dosis (ajuste en base a peso, insuficiencia renal, en base a criterios farmacodinámicos/farmacocinéticos), cambio de antibiótico (desescalado, aumento de espectro o cambio), suspensión del tratamiento antimicrobiano y otros.

CIRCUITO Y ETAPAS

El farmacéutico localiza los tratamientos antibióticos (grupo J01) de más de 3 días, de los pacientes ingresados en el SMI, a través del sistema de prescripción electrónica.

Posteriormente se realiza una revisión de la historia clínica informatizada disponible que contempla: registro de cuidados enfermeros, datos de laboratorio e historia farmacoterapéutica de planta.

Tras la valoración de la historia clínica del paciente, junto con su tratamiento, se realizan unas RF PROA en los casos candidatos.

Tras la prescripción médica, se valora el grado de aceptación en el plazo de 24 horas tras la notificación de la recomendación.

IMPLANTACIÓN

En el 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Durante el 2017 ingresaron 2.237 pacientes en el SMI, el 40% (895) estuvo en tratamiento con antibiótico. Durante el 2017, se revisaron 588 tratamientos antibióticos prescritos en el SMI, sobre los que se realizaron 394 (67%) recomendaciones PROA. 360 (91,4%) pudieron valorarse y 34 (8,6%) no. Se aceptaron 237 (65,8%). 179 (49,7%) recomendaciones fueron relacionadas con TS, de las que se aceptaron 101 (56,4%); 117 (32,5%) con duración del tratamiento, de las que se aceptaron 79 (67,5%); 31 (8,6%) con optimización de dosis, de las que se aceptaron 28 (90,3%); 21 (5,8%) con cambio de tratamiento, de las que se aceptaron 18 (85,7%) y 12 (3,3%) con otros, de las que se aceptaron 11 (91,7%).

En nuestro centro, el acceso electrónico al evolutivo médico no está desarrollado, así que el farmacéutico a la hora de realizar las recomendaciones, se apoyaba en el plan de tratamiento antibiótico que el prescriptor registra en el programa de prescripción electrónica, si este dato no está cumplimentado, la precisión de las RF puede verse limitada, influyendo en el grado de aceptación. Además, la RF menos aceptada, que fue TS, es la que más necesita de una valoración presencial, que no es posible por parte del SF. La implicación de los prescriptores con el PROA de servicio, la presión asistencial y rotación de personal prescriptor puede influir en el grado de aceptación de las RF.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El programa es aplicable en todos los SF que tengan un equipo PROA constituido.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

638. INFLUENCIA DE LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN LAS CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES VIH

AUTORES

FERNÁNDEZ CUERVA C, ALCARAZ SANCHEZ JJ, ASENSI DIEZ R
HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. AV. DE CARLOS HAYA, S/N,. MÁLAGA

OBJETIVOS

La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es la primera causa de fracaso terapéutico en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El objetivo del presente trabajo es analizar las causas de ingreso hospitalario en pacientes con infección por VIH con adherencia < 80% en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes adultos (≥ 18 años) con infección por VIH con baja adherencia que ingresaron en nuestro centro. Se consideró baja adherencia aquella inferior al 80%. Periodo de estudio: Enero 2016-Diciembre 2017. Variables demográficas: sexo y edad; variables terapéuticas: % de adherencia,

TAR; variables clínicas: motivo de ingreso y servicio clínico de ingreso, carga viral (CV) en copias/mL y recuento de CD4 en células/ μ L. Las variables se expresaron como media \pm DE, mediana (rango) y %.

Se define % adherencia: número de unidades de medicación antirretroviral (ARV) total dispensada/número de unidades de medicación ARV prevista. Los motivos de ingreso se clasificaron según el ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud. Los datos se recogieron de historias clínicas de los pacientes y del programa informático de prescripción electrónica asistida de pacientes ingresados y externos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron un total de 257 ingresos correspondientes a 140 pacientes. El 27,81% (n=39) tenían una adherencia < 80%. De estos 39 pacientes, el 71,8% eran hombres y la media de edad fue de $49 \pm 8,73$ años. Se analizaron 91 ingresos (tasa de ingreso de 2,27 ingresos/paciente). El 56,41% (N=22) de los pacientes no recogían medicación; la adherencia media de los diecisiete restantes fue de 59,47%.

El 48,35% de los ingresos se realizaron a cargo del Servicio de Enfermedades Infecciosas. El 20,51% (n=8/39) fallecieron durante el ingreso. Las analíticas realizadas en el ingreso reflejan una mediana de CV de 429,50 (indetectable-1.697.605) copias/ml y una mediana de CD4 de 156 (0,68-593,75) células/ μ L.

Los motivos de ingreso fueron: enfermedades infecciosas y parasitarias (grupo I en ICD-10; 45,65%), neoplasias (II; 2,18%), trastornos hematológicos y de inmunidad (III; 2,18%), enfermedades metabólicas (IV; 1,09%), trastornos de la circulación (IX; 14,13%), del sistema respiratorio (X; 16,30%); del sistema digestivo (XI; 4,34%), trastornos cutáneos (XII; 1,09%), pruebas de laboratorio alteradas (XVIII; 7,60%), heridas/envenenamientos (XIX; 2,18%) y programado 3,26%.

Respecto al TAR, en el 74,72% de las altas se mantienen los ARV que el paciente utilizaba; en el 14,30% de los ingresos se cambió el TAR y en el 10,98% se reinició el TAR.

Concluimos que en nuestra serie de pacientes el motivo de ingreso más frecuente lo constituyeron las infecciones, derivadas en parte, de la baja adherencia y por tanto el mal control de la infección por VIH. La elevada frecuencia de abandono del tratamiento confirma la necesidad de reforzar la educación sobre la enfermedad en estos pacientes. El papel del farmacéutico en la Consulta de Atención Farmacéutica al paciente externo es una pieza clave en la mejora de la adherencia al TAR. Proponemos un programa de seguimiento en coordinación con el Servicio de Enfermedades Infecciosas a los pacientes con adherencias < 80%, centrándonos en aquellos que no recogen la medicación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

654. ESTUDIO DE EFICACIA, SEGURIDAD Y UTILIZACIÓN DE DALBAVANCINA EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES

AUTORES

FERNÁNDEZ VICENTE M, MACHÍN MORÓN MÁ, PÉREZ ROBLES Y, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, CABIA FERNÁNDEZ L, IZQUIERDO ACOSTA L, ORTOLL POLO V, HERMIDA PÉREZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS

Dalbavancina es un gluco péptido incluido en un protocolo de infección osteoarticular elaborado por el Programa de Optimización de Antiinfecciosos (PROA) del hospital, reservado para el tratamiento de infecciones por bacterias Gram positivas multirresistentes y/o complejas, como última opción terapéutica, y siempre previa autorización por un clínico del PROA.

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar su eficacia en términos de supervivencia y curación (ausencia de signos de infección clínicos y analíticos), así como su seguridad. Como objetivo secundario, analizar los motivos que llevaron a su prescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes tratados con dalbavancina desde su inclusión en un hospital de tercer nivel, en noviembre de 2016, hasta abril de 2018.

Se revisaron los datos clínicos, analíticos, microbiológicos, y farmacológicos de los pacientes tratados, mediante historia clínica informatizada y prescripción electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El total de pacientes tratados con dalbavancina fue 23 (10 hombres, 43,48%; 13 mujeres, 56,52%; edad media: $79,15 \pm 9,04$ años). De ellos, 16 (69,57%) fueron diagnosticados de infecciones protésicas, y 7 (30,43%) de osteomielitis y/o artritis séptica.

A todos se les realizó limpieza quirúrgica del foco antes del tratamiento antibiótico y los aislamientos microbiológicos fueron: Staphylococcus aureus resistente a meticilina: 8 (34,78%); Staphylococcus epidermidis multirresistente: 8 (34,78%); Enterococcus faecium: 3 (13,04%); Enterococcus faecalis: 2 (8,70%); Staphylococcus aureus: 2 (8,70%).

De los 23 pacientes, 20 (86,96%) finalizaron el tratamiento, y 3 (13,04%) lo mantienen sin signos actuales de infección.

En los 20 pacientes que finalizaron dalbavancina, la tasa de supervivencia fue del 100%, y la de curación del 60% (12 pacientes).

De los que no se curaron, cuatro (20%), presentaron cultivos positivos, que obligaron a mantener antibiótico conservador oral indefinido, pues su fragilidad impidió una nueva limpieza quirúrgica. En los cuatro restantes (20%) se interrumpió antes de lo programado, tres por necesitar nueva intervención quirúrgica, y uno por decisión del paciente.

No se detectaron reacciones adversas debidas al antibiótico en ningún paciente.

Los motivos que llevaron a pautar dalbavancina en estas infecciones, además de los aislamientos microbiológicos encontrados, fueron uno o varios de los siguientes:

- Imposibilidad de tratamientos orales efectivos (9 casos, 39,13%)



- Interacción de otros antibióticos disponibles: linezolid con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o venlafaxina (8 casos, 34,78%); rifampicina con acenocumarol (2 casos, 8,70%)
- Efectos adversos por el uso previo de antibióticos: toxicidad hematológica por linezolid (5 casos, 21,74%); toxicidad renal por vancomicina (2 casos, 8,70%)
- Evitar estancia hospitalaria prolongada para garantizar la administración de antibiótico intravenoso (11 casos, 47,83%)

La importante tasa de curación en infecciones osteoarticulares, así como la supervivencia global de los pacientes tratados, indican que dalbavancina es una buena opción terapéutica en infecciones por bacterias Gram positivas multirresistentes, que requieren tratamiento antibiótico prolongado sin disponer de alternativas orales. Además, por su administración ambulatoria se evita prolongar la estancia hospitalaria y posibles cirugías de repetición para erradicar la infección, con el consiguiente ahorro económico. Para garantizar una adecuada utilización de dalbavancina es fundamental que sea revisado por un médico del PROA.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

673. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH DETECTADAS DURANTE LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL PACIENTE EXTERNO.

AUTORES

TORTAJADA ESTEBAN EV, ARIAS MOYA MA, CORDERO GUIJARRO A, DE GOROSTIZA FRIAS CB, GARCIA JIMENEZ L, BECARES MARTINEZ FJ
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. AVDA REYES CATÓLICOS Nº 2. MADRID

OBJETIVOS

OBJETIVO: PRIMARIO: Análisis de las causas del cambio del tratamiento antirretroviral (TAR) en el paciente VIH. Clasificación de los cambios como proactivos o cambios reactivos. SECUNDARIO: Atención y seguimiento farmacoterapéutico al paciente externo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de un año de duración, de todos los cambios de TAR realizados durante el año 2017. Cuando un paciente acude al Servicio de Farmacia y detectamos que hay un cambio en su tratamiento, seguimos el procedimiento de atención farmacéutica para informarle de la nueva terapia: validación de la prescripción médica e información dirigida al paciente: cómo tomar el medicamento, condiciones alimentarias, qué hacer si se le olvida alguna dosis, qué efectos adversos pueden aparecer, advertencias y contraindicaciones. En una tabla se recoge la causa del cambio, el tratamiento anterior y el nuevo tratamiento propuesto por el médico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante 2017 ha habido 644 cambios sobre un total de 2822 pacientes. La principal causa registrada es un cambio proactivo que comprende 266 casos (40%) por decisión médica, es decir, el TAR está siendo eficaz, pero se realiza un cambio sin justificación aparente, el paciente lo tolera, no le produce toxicidad, no se reduce el número de tomas o de comprimidos, no interacciona con otros medicamentos, de tal modo que se puede considerar un cambio para optimizar el TAR de acuerdo a las características y a la preferencia del paciente. El resto de los cambios 378 (60%) se clasifican como cambios reactivos: 187 cambios por efectos adversos (29.4%), las RAM observadas en los pacientes incluidos en el estudio son las que están recogidas en la bibliografía de cada principio activo. Seguidamente 114 cambios por simplificación de la terapia (17.7%), 37 cambios por interacciones con otros fármacos que se toman concomitantemente (5.7%) y por último 40 cambios por ineficacia/fracaso virológico (6.2%). Los medicamentos nuevos más prescritos han sido principalmente las terapias que incluyen tenofovir alafenamida, seguidamente las que incluyen dolutegravir en régimen de 1 sólo comprimido al día y en tercer lugar terapias con darunavir/cobicistat con o sin análogos de la transcriptasa inversa.

Conclusiones

A un tercio de los pacientes se les ha cambiado el tratamiento en un periodo de 12 meses. Esta tendencia deja entrever que la mediana de duración del tratamiento se va acortando aún siendo las opciones de TAR disponibles actualmente sumamente eficaces ya que, se han cambiado sólo un 6.2% por ineficacia/fracaso virológico. De los 644 cambios, un 40% son cambios proactivos de acuerdo con las características y/o a la preferencia del paciente para facilitar o mejorar la adherencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

677. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN OPORTUNISTA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES VIH INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

ALCARAZ SANCHEZ JJ, FERNÁNDEZ CUERVA C, ASENSI DÍEZ R
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N.

OBJETIVOS

Revisar los ingresos hospitalarios de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y analizar el cumplimiento de los criterios de profilaxis contra el hongo *Pneumocystis jiroveci* (PJ) recogidos en el Documento Gesida sobre prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y otras co-infecciones en pacientes con infección por VIH, según el cual todo paciente con recuento de linfocitos CD4 < 200 cel/ μ L irá acompañado de profilaxis antibiótica.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes adultos (> 18 años) con infección por VIH y tratamiento antirretroviral (TAR) que ingresaron en nuestro hospital. Periodo de estudio: Enero-Diciembre 2017. Variables demográficas: edad, sexo; Clínicas: días de hospitalización, unidad de ingreso hospitalario, número de ingresos por paciente, agente infeccioso identificado, tratamiento antiinfeccioso empírico contra PJ, carga viral (CV) en copias/mL y recuento de linfocitos CD4 en células/ μ L en el momento del ingreso y exitus si es que lo hubo. Los datos se recogieron de historias clínicas de los pacientes y del programa informático de prescripción electrónica asistida de pacientes ingresados y externos. Las variables se expresaron como media \pm DE, mediana (rango) y %.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 93 pacientes, 73 hombres y 20 mujeres, con una media de edad de $50,42 \pm 9,56$ años. Resultaron 157 ingresos hospitalarios durante el año 2017, lo que implica 1,7 (1-8) ingresos/paciente, para un total de 1.840 días de estancia hospitalaria (media de $11,8 \pm 11,5$ días/paciente). El 64% de los pacientes ingresó o fue derivado al Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEI). Los agentes infecciosos más comunes identificados durante el ingreso fueron: *Streptococcus pneumoniae* (n=7), PJ (n=5), *Leishmania spp* (n=5), *Clostridium difficile* (n=4), *Toxoplasma gondii* (n=4), *Candida spp* (n=3), *Haemophilus influenzae* (n=2), *Mycobacterium tuberculosis* (n=2), Citomegalovirus (n=1) y otros (n=33).

En el 48% de los ingresos no se realizaron niveles de CD4. Del 52% restante, un 52,5% tenían niveles de CD4 < 200 cel/ μ L y de estos el 60% no recibió cobertura profiláctica (CP) contra PJ. Solo un 41,93% (n=38/39) recibieron CP durante el ingreso, el 97,43% (n=38/39) con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SFM) y un 2,56% (n=1/39) con dapsona por alergia a TMP/SFM. El 66% de estas profilaxis fueron pautadas por el SEI. De los 5 pacientes con PJ en el ingreso hospitalario únicamente uno de ellos no había recibido CP. El 40% (n=2/5) fallecieron, no siendo ninguno de ellos el paciente que no había recibido CP.

Conclusiones

El % de pacientes con niveles de CD4 < 200 células/ μ L que no recibieron CP es bastante alto (60%), teniendo en cuenta que la infección por PJ cuando se expresa tiene un 40% de mortalidad en nuestra población. Es muy importante un buen control del sistema inmunitario de pacientes VIH positivos en el momento del ingreso, algo que no se realizó en casi la mitad de los casos (48%) debido a que no se solicitaron niveles de CD4. La función del farmacéutico hospitalario en estos casos es fundamental al revisar y validar los tratamientos, comprobando los niveles de CD4 y pauta antibiótica prescrita.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

707. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA DALBAVANCINA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

AUTORES

GARCÍA GARCÍA S, RODRIGUEZ PARDO D, JUAREZ GIMENEZ JC, LALUEZA BROTO P, PIGRAU SERRALLACH C, LUNG - M, CORONA PÉREZ-CARDONA P, CARRERA CALDERER L
VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La dalbavancina es un antibiótico lipoglucopeptido bactericida, indicado en el tratamiento de la infección bacteriana de piel y tejidos blandos. Aunque carece de indicación aprobada en el tratamiento de las infecciones osteoarticulares (IO), estudios iniciales sugieren que puede ser una posible alternativa terapéutica. Los datos de seguridad en IO son limitados, haciendo necesario realizar estudios de este tipo.

Objetivo: evaluar el perfil de seguridad y tolerancia de la dalbavancina, en dosis única o en dosis múltiples acumuladas, en el tratamiento de la IO causada por bacterias gram positivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo, realizado en un Hospital de Traumatología de nivel III. Se incluyeron pacientes (> 18 años) sometidos a cirugía ortopédica con IO postquirúrgica precoz o tardía, tratados con dalbavancina.

Los pacientes se identificaron a partir de la prescripción individualizada realizada conforme al protocolo establecido por el Comité de Infecciones del Hospital y de Medicamentos de Uso especial. Se recogieron datos biodemográficos (edad y sexo), farmacológicos (dosis y pauta), clínicos (diagnóstico, indicación, microorganismo causal) y analíticos pre y post-administración del antibiótico (hemoglobina (Hb), creatinina (Cr), aclaramiento renal (ClCr), enzimas hepáticas (EH). Se registraron el motivo y las pautas de dosificación. Se realizó un seguimiento mínimo de 3 meses.

Como variables principales se evaluó toxicidad y reacciones adversas relacionadas con la perfusión y variación individual de los parámetros analíticos recogidos pre y post-administración. Se calcularon las medias y desviaciones estándar de los datos analíticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estudio de 15 meses (noviembre 2016-enero 2018) en 12 pacientes de mediana de edad 59 años (29-93), 50% hombres. Todos los pacientes habían recibido tratamiento dirigido con teicoplanina, vancomicina o daptomicina hasta el alta.

El desescalado a dalbavancina se realizó en 7 pacientes para evitar interacciones farmacológicas, en 3 para facilitar el cumplimiento y en 2 para acelerar el alta.

Las pautas de dosificación fueron: 6 pacientes dosis únicas de 1500 mg, 2 pacientes 1000 mg y 500 mg a la semana, y 4 pacientes dosis semanales de 500 mg hasta un total de 2500 mg(1), 3000 mg(2) y 3500 mg(1) empezando con una dosis inicial de 1000 mg.

Evaluación de toxicidad y reacciones adversas: un paciente presentó prurito durante la primera perfusión, que remitió en la segunda mediante una dosis previa de dexclorfeniramina y enlentecimiento de la perfusión(45' a 60'). Otro paciente de

93 años presentó aumento de la Cr (0.72 a 1.29 mg/dl) y una disminución del ClCr (72 a 36 ml/min), normalizándose dos semanas después. El resto de valores analíticos se mantuvieron dentro de la normalidad: Hb(10.98±0.76 vs 11.12±0.85), EH(ALT:19.58±11.91, AST:26.08±13.99 vs ALT:22.7±12.13, AST:31.7±20.45), Cr(0.85±0.39 vs 0.83±0.14) y ClCr(98.12±43.18 vs 95.56±25.72).

No se describieron náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas u otras complicaciones. Ningún paciente mostró signos o síntomas de recidiva del proceso infeccioso a los 3 meses de seguimiento.

La utilización de dalbavancina en IO se mostró segura en la población estudiada. Un solo paciente presentó alteración de la función renal, revertiéndose a los pocos días y las dosis acumuladas en 4 pacientes, no generaron efectos adversos durante el periodo de seguimiento. Se hace necesario estudios en un número mayor de pacientes que confirmen la seguridad en este tipo de infecciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

739. DESCOLONIZACIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA

AUTORES

FLOX BENITEZ MP, MARQUINEZ ALONSO I, VALVERDE VILLAR AM, LOPEZ MUÑOZ MJ, DE MIGUEL FERNANDEZ S, GUTIERREZ DEL ALAMO OMS J

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. CALLE AMADEO VIVES 2 Y 3. MADRID

OBJETIVOS

La infección periprotésica por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) está asociada a una mayor estancia hospitalaria, mortalidad, costes y riesgo de reingreso en el primer año postoperatorio.

El SARM reside en la superficie cutánea, colonizando asintóticamente a un 5% de la población. La colonización por SARM se considera factor de riesgo independiente para la infección periprotésica. Existen estudios que demuestran disminución del riesgo de infección periprotésica con el cribado de SARM y descolonización.

El objetivo es describir el diseño e implantación de un circuito de cribado preoperatorio de colonización por SARM en pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla y sus resultados.

DISEÑO

A finales de 2014, se constituyó un grupo multidisciplinar de traumatólogos, microbiólogos y farmacéuticos que revisó la bibliografía para consensuar la selección de pacientes, procedimiento y circuito de cribado. Se determinó su realización en todos los pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla con toma de muestra en 5 localizaciones (axilar, inguinal, umbilical, perianal, nasal), cultivándose en placa selectiva durante 48 horas. Se considera paciente colonizado si resultado positivo en al menos una de las localizaciones.

A todos los pacientes colonizados se dispensa un kit de descolonización (tratamiento domiciliario durante los 5 días previos a la cirugía): esponjas de Clorhexidina jabonosa 4%, Mupirocina 2% nasal, Clorhexidina 5 mg comprimidos bucales, junto con tríptico informativo (utilización, precauciones, efectos adversos).

CIRCUITO Y ETAPAS

Personal de enfermería toma muestras para cultivo. Si cribado positivo, el servicio de Traumatología contacta con los pacientes para indicación y prescripción de descolonización. En el servicio de Farmacia se dispensa el kit de descolonización y se informa al paciente de forma oral y escrita.

IMPLANTACIÓN

El circuito de cribado preoperatorio de colonización por SARM se inició en enero de 2015.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Entre enero 2015 y diciembre 2017 se realizaron 1.065 artroplastias de rodilla y 564 de cadera. Se realizó cribado en el 100% de los pacientes, identificándose 18 pacientes colonizados (13 mujeres; 5 hombres) con edad media de 71,9 (38-86) años. De ellos, 12 estaban programados para artroplastia de rodilla y 6 de cadera.

16 pacientes dieron positivo únicamente en una localización (12 nasal; 2 inguinal; 2 perianal). 2 pacientes dieron positivo en dos localizaciones (1 nasal y umbilical; 1 nasal e inguinal).

Se indicó tratamiento al 100% de los pacientes colonizados. Ninguno de ellos desarrolló infección periprotésica por SARM. No se documentó infección por SARM en ningún paciente durante el periodo de estudio en pacientes no colonizados.

No realizar cribado de control postdescolonización previo a la cirugía no permite confirmar la efectividad del tratamiento. El escaso número de pacientes con cribado positivo dificulta el análisis de las conclusiones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de un circuito aplicable a todos los hospitales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

746. BITERAPIA CON DARUNAVIR/RITONAVIR MÁS RALTEGRAVIR COMO ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: EFECTIVIDAD E IMPACTO ECONÓMICO.

AUTORES

ROGADO VEGAS B, MAYORGA PEREZ JF, ILLARO URANGA A, CRISTOBAL GUTIERREZ H, CASANOVA VAZQUEZ J, ALONSO PERALTA CA, MARTÍN VEGA MA, VALERO DOMINGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA



OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, en términos de carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4+/ μ L, del tratamiento con darunavir 800mg/ritonavir 100mg más raltegravir 400mg (DRV/r+RTG) en pacientes VIH+ pre-tratados con triple terapia, así como describir tanto el motivo del cambio a biterapia como el impacto económico que supone esta simplificación de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, en un hospital de tercer nivel, que incluyó a todos los pacientes infectados por VIH-1 en tratamiento con DRV/r+RTG al menos durante un año.

Se registraron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (CV, CD4+/ μ L antes del cambio de tratamiento, justo después del inicio de tratamiento con biterapia y a las 52 semanas) y relacionadas con el tratamiento (terapia antirretroviral [TAR] anterior, motivo de cambio y reacciones adversas). Para la evaluación económica se calcularon los precios de los tratamientos anteriores y posteriores al cambio de la terapia, utilizando los precios de venta del laboratorio (PVL).

Las herramientas de consulta fueron el Visor de Historia Clínico Corporativo y el módulo de Prescripción Ambulatoria del programa de Prescripción Electrónica Asistida de nuestro hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 15 pacientes (6 mujeres y 9 varones) con una media de edad de 58,5 años (45-74) en tratamiento con DRV/r+RTG al menos durante un año. El esquema de tratamiento previo fue en todos los casos con 3 fármacos activos, siendo el motivo de cambio la simplificación en 9 pacientes (60%) y efectos adversos en 6 (40%), entre las que destacaron astenia, insuficiencia renal y diarrea. Después del cambio, el tratamiento con DRV/r+RTG fue bien tolerado por todos los pacientes.

En cuanto a la efectividad, 11 pacientes (73,3%) partían de un valor de CV indetectable (CV<20 copias/ml) previo a la simplificación, mientras que los 4 restantes presentaron CV detectable. En la analítica inmediatamente posterior al cambio de tratamiento, 10 de estos pacientes (91%) mantuvieron la CV indetectable. A las 52 semanas, sólo en 2 pacientes (13,3%) se detectó CV (45 y 182 copias/ml respectivamente). 9 pacientes (60%) experimentaron un aumento de CD4+/ μ L cuando se compararon las cifras registradas en la analítica inmediatamente posterior al cambio y la realizada a las 52 semanas (media= 198 CD4+/ μ L[16-747]). En 6 pacientes (40%) esta cifra se vio disminuida (media= 630 CD4+/ μ L [82-2919]).

En cuanto al aspecto económico, el cambio a DRV/r+RTG supuso un ahorro en 11 pacientes (media= 111,19€ ahorro/mes [225,69€–37,03€]), mientras que en 4 pacientes el cambio incrementó el coste del tratamiento (media=176,94€ incremento del coste del tratamiento/mes [343,63€–149,07€])

En base a los resultados analíticos obtenidos, el cambio a biterapia con DRV/r+RTG, bien por motivos de simplificación o por efectos adversos a TAR previos, puede ser una alternativa efectiva y con una menor incidencia de reacciones adversas, siendo bien tolerado por todos los pacientes. Además, según nuestra experiencia, esta simplificación terapéutica supondría una minimización del coste de tratamiento en la mayoría de los casos (73,3%). Serán necesarios estudios futuros y con un mayor número de pacientes para dar consistencia a estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

754. EFECTIVIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DE LA MONOTERAPIA EN PACIENTES VIH-1+

AUTORES

ROGADO VEGAS B, MAYORGA PEREZ JF, ILLARO URANGA A, CRISTOBAL GUTIERREZ H, CASANOVA VAZQUEZ J, ALONSO PERALTA CA, MARTÍN VEGA MA, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la monoterapia con inhibidores de proteasa (IPs), en términos de carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4+/ μ L en pacientes con infección por VIH-1+ que habían sido tratados previamente con terapias que incluían más de un fármaco activo (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleós(t)idos (ITIAN) junto con IPs); así como describir el ahorro económico que supone esta simplificación, en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, que incluyó todos los pacientes infectados por VIH-1+ en tratamiento con un sólo fármaco activo al menos durante un año.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, carga viral y recuento de linfocitos CD4+/ μ L antes de realizar el cambio de tratamiento, en el momento del cambio y a las 52 semanas; así como el motivo de cambio y las reacciones adversas.

También se registró la adherencia medida en función del número de dispensaciones una vez simplificado el tratamiento (muy buena [95%-100%], buena [90%-95%], regular [70%-90%] y mala [0%-70%]).

Para la evaluación económica se calcularon los precios de los tratamientos anteriores y posteriores al cambio de terapia, utilizando los precios de venta del laboratorio (PVL).

Todas las variables se obtuvieron consultando el Visor de Historia Clínico Corporativo y el módulo de Prescripción Ambulatoria del programa de Prescripción Electrónica Asistida de nuestro hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 19 pacientes (13 varones y 6 mujeres), con una media de edad de 50,1 años (37-64), en tratamiento con un solo fármaco activo: darunavir 800mg/ritonavir 100mg (9), darunavir 800mg/cobicistat 150mg (5), lopinavir 200mg/ritonavir 50mg (5).

Antes del cambio de tratamiento, 18 pacientes (94,7%) presentaron una CV indetectable (menor a 20 copias/ml). En la analítica inmediatamente posterior al cambio todos los pacientes tenían CV indetectable, salvo un paciente en el que

se registraron 45 copias/mL. A las 52 semanas del cambio de tratamiento, 18 pacientes (98.4%) permanecían con CV indetectable, salvo un paciente, que tenía adherencia regular al tratamiento y registró 44 copias/mL. En total 11 pacientes (57,9%) experimentaron un aumento de CD4+/ μ L cuando se compararon las cifras registradas en la analítica inmediatamente posterior al cambio de tratamiento y la realizada a las 52 semanas (media=213,8 [10-1272]). En 4 pacientes (21%) disminuyó el recuento de CD4+/ μ L (media=98,5 CD4+/ μ L (70-152) y en otros 4 (21%) pacientes se mantuvo constante. Los motivos para modificar el tratamiento fueron la simplificación en 17 pacientes (89,5%) y los efectos adversos en 2 (10,5%), entre ellos lipodistrofia y aumento del nivel de creatinina. La adherencia después del cambio de tratamiento se clasificó como muy buena en 17 pacientes y regular en 2 pacientes. Desde un punto de vista económico, el cambio de tratamiento a monoterapia supuso un ahorro medio de 329,6€/mes por paciente (250,9€-503,7€). Según nuestra experiencia la simplificación del tratamiento puede ser una alternativa efectiva, que además supone una minimización de costes en comparación con regímenes basados en combinaciones de ITIAN. Serán necesarios estudios futuros y con un mayor número de pacientes para dar consistencia a estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

796. TOXICIDAD ASOCIADA A DOLUTEGRAVIR: EFECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

AUTORES

CARRILES FERNÁNDEZ C, ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ L, MARTÍNEZ TORRÓN A, PIERAS LÓPEZ Á, MENÁRGUEZ BLANC R, ROSADO MARÍA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Dolutegravir (DTG) es un inhibidor de la integrasa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) indicado en combinación con otros fármacos antirretrovirales en el tratamiento de pacientes infectados por el VIH. Es un fármaco con buena eficacia y seguridad, siendo una de las líneas preferentes en las guías GESIDA. El objetivo del estudio es analizar los motivos de suspensión de tratamiento en los pacientes VIH tratados con dolutegravir y los cambios de tratamiento consecuencia de alteraciones neuropsiquiátricas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen los pacientes a tratamiento con dolutegravir entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se seleccionaron aquellos pacientes que discontinuaron tratamiento y se estudiaron: edad, pauta de tratamiento antirretroviral (TAR) con dolutegravir y motivo de modificación de la terapia farmacológica. Los datos necesarios para la realización de este estudio se recogieron de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El total de pacientes infectados por el VIH era una cohorte de 1132 pacientes de los cuales, se seleccionaron 451 pacientes con TAR que incluía dolutegravir (34,84%). De estos pacientes, 78 (17,3%) discontinuaron el tratamiento durante el período de estudio.

Los 78 pacientes son 50 hombres y 28 mujeres, con una media de edad de 50,11 años (rango 25,25 a 70,54). El 87% de los pacientes recibían dolutegravir asociado a 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos: abacavir/lamivudina/DTG (n=52) y emtricitabina/tenofovir + DTG (n=16); resto de pacientes, dolutegravir asociado a otros fármacos antirretrovirales.

Los motivos de cambio de tratamiento fueron: reacciones adversas (65,4%), pérdidas de seguimiento (21,8%) y éxitus (12,8%).

Los pacientes que modificaron la terapia por alteraciones neuropsiquiátricas fueron 26 (5,76% de los tratados con dolutegravir), de los cuales, 5 presentaron también toxicidad a nivel digestivo. Otras reacciones adversas causantes de interrupción de la terapia con dolutegravir fueron: 7 pacientes alteraciones digestivas (náuseas, vómitos y diarreas), 5 pacientes por dolor musculoesquelético, 4 pacientes alteraciones analíticas (renales y hepáticas) y 6 pacientes por adecuación farmacológica debido a interacciones. 3 pacientes han suspendido el tratamiento debido a fallo virológico al no conseguir negativización de la carga viral.

Las alteraciones del sistema nervioso central suponen un 30% de los cambios de tratamientos con dolutegravir, siendo las principales manifestaciones: depresión en 13 pacientes (50%), insomnio en 11 (42,3%), ansiedad en 5 (19,2%), cefalea en 3 (11,5%) y mareos en 2 (7,7%).

Conclusiones

El perfil de toxicidad de dolutegravir obtenido en este estudio difiere del referido en la bibliografía, donde se describe una baja incidencia de alteraciones neuropsiquiátricas y sin embargo en este estudio suponen un 30% de los cambios de tratamiento por reacciones adversas.

La depresión y el insomnio son los efectos neuropsiquiátricos más frecuentes afectando a la calidad de vida de los pacientes y pudiendo ser la consecuencia más directa la pérdida de adherencia de los pacientes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos sería recomendable la ampliación de estudios para evaluar la toxicidad de dolutegravir en práctica real, así como la notificación de reacciones adversas referidas por los pacientes al centro de Farmacovigilancia autonómico.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

807. EFECTIVIDAD DE LA BITERAPIA CON DARUNAVIR/COBICISTAT MÁS LAMIVUDINA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA

AUTORES

ROGADO VEGAS B, MAYORGA PEREZ JF, ILLARO URANGA A, CRISTOBAL GUTIERREZ H, CASANOVA VAZQUEZ J, ALONSO PERALTA CA, MARTÍN VEGA MA, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, en términos de carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4+/ μ L, del tratamiento con darunavir 800mg/cobicistat 150mg más lamivudina 300mg (DRV/c+3TC) en pacientes VIH+ pre-tratados con triple terapia, así como el motivo del cambio a biterapia y la evolución de la adherencia al tratamiento (antes y después del cambio de tratamiento).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, en un hospital de tercer nivel, que incluyó a todos los pacientes infectados por VIH-1 en tratamiento con DRV/c+3TC al menos durante un año.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, CV, CD4+/ μ L antes del cambio de tratamiento, justo después del inicio de tratamiento con biterapia y a las 52 semanas; así como la terapia antirretroviral (TAR) anterior, motivo de cambio y reacciones adversas. La adherencia fue registrada en función del número de dispensaciones antes del cambio y una vez simplificado el tratamiento (muy buena [95%-100%], buena [90%-95%], regular [70%-90%] y mala [0%-70%]).

Las herramientas de consulta fueron el Visor de Historia Clínica Corporativo y el módulo de Prescripción Ambulatoria del programa de Prescripción Electrónica Asistida de nuestro hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 17 pacientes (9 mujeres y 8 varones) con una media de edad de 46,5 años (21-57) en tratamiento con DRV/c+3TC al menos durante un año. El esquema de tratamiento previo fue en todos los casos con 3 fármacos activos, siendo el motivo de cambio la simplificación en 12 de los pacientes (70,6%) y por efectos adversos en 5 pacientes (29,4%), entre los que destacaron insuficiencia renal, alteraciones óseas, hipercolesterolemia y lipodistrofia. Después del cambio, el tratamiento con DRV/c+3TC fue bien tolerado por todos los pacientes.

En términos de efectividad, los 17 pacientes (100%) partían de un valor de CV indetectable (CV<50 copias/ml) previo a la simplificación. En la analítica inmediatamente posterior al cambio de tratamiento, los 17 pacientes (100%) mantuvieron la CV indetectable. A las 52 semanas, sólo en 1 paciente (5,9%) se detectó CV (90 copias/ml). 10 pacientes (58,8%) experimentaron un aumento de CD4+/ μ L cuando se compararon las cifras registradas en la analítica inmediatamente posterior al cambio y la realizada a las 52 semanas (media=212,6 CD4+/ μ L [2-714]). En 7 pacientes (41,2%) esta cifra se vio disminuida (media=86,2 CD4+/ μ L [5-326]).

Respecto a la adherencia, 10 pacientes (58,9%) presentaron una adherencia previa a la simplificación calificada como muy buena, 5 pacientes como buena (29,4%) y 2 pacientes (11,7%) como regular. Una vez simplificado el tratamiento los 17 pacientes (100%) presentaron una adherencia muy buena.

En base a los resultados obtenidos, el cambio a biterapia con DRV/c+3TC, bien por motivos de simplificación o por efectos adversos a TAR previos, puede ser una alternativa efectiva y con una menor incidencia de reacciones adversas, siendo una opción terapéutica bien tolerada por todos los pacientes. Además, según nuestra experiencia, esta simplificación terapéutica supondría una mejora en cuanto a la adherencia al tratamiento, posiblemente debido a la reducción del número de comprimidos. Serán necesarios estudios futuros y con un mayor número de pacientes para dar consistencia a estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

809. EVOLUCIÓN DEL USO DE RECURSOS SANITARIOS, TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR EN ÚLTIMAS TEMPORADAS DE INFLUENZA Y DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTORES

SAN JUAN MUÑOZ A, OTEIZA UBANELL A, BOSACOMA ROS N, ARMENGOL ROSELL S, PÉREZ DEL CAMPO D, MAGAÑA PINTIADO MI, COLS JIMÉNEZ M, VENTURA DE BLAS I
HOSPITAL DE PALAMÓS. HOSPITAL 36. GIRONA

OBJETIVOS

Analizar el uso de pruebas diagnósticas para la detección del virus de la gripe estacional, la prescripción de oseltamivir en pacientes ingresados durante las 2 últimas temporadas de influenza y detectar oportunidades de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo comparativo (temporada de gripe 2016-17 y 2017-18) en el que se revisan las solicitudes del test de diagnóstico rápido por detección de antígenos virales (TR) y de la técnica de transcripción inversa-reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real (PCR) y las prescripciones de oseltamivir de pacientes hospitalizados. El algoritmo de detección consiste en tomar 2 hisopos nasofaríngeos, uno para realizar TR y otro para realizar la PCR únicamente para aquellos pacientes con TR negativo (-) y que ingresan, proceden de residencias y/o inmunodeprimidos. El ingreso se confirma revisando el censo hospitalario. Previa temporada 17-18, se realizó la difusión a nivel corporativo del manejo de oseltamivir. Como fuentes de información se utilizaron el programa de historia clínica (HC) informatizada propio de la Entidad que integra módulos de gestión, HC y laboratorio. Se registraron las peticiones de TR, PCR y fecha, y las prescripciones de oseltamivir de pacientes ingresados. Para la recogida y análisis de los datos se utilizó Microsoft Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2016-17 se realizaron 278 TR, 44 positivos (+) (15,8%). De los 234 TR-, se realizaron 149 PCR, 32+ para gripe (21,5%). 43 pacientes que ingresaron fueron tratados con oseltamivir. Se ajustó el tratamiento por insuficiencia renal (IR) a 11/43 (25,6%). En enero se concentraron casi el 75% de los ingresos, el 58,6% de TR y el 62,4% de PCR.

En 2017-18 se realizaron 742 TR (62,5% más que el año anterior), 91+ (12,3%). De los 677 TR-, se realizaron 376 PCR (60,4% más que en 2016-17), 97+gripe (25,8%). 110 pacientes que ingresaron fueron tratados con oseltamivir. A 47/110 (42,7%) de pacientes se les ajustó oseltamivir por IR. En enero se concentraron cerca del 60% de los ingresos, el 36,5% de TR y el 68,9% de PCR.

El ingreso se confirma con 1 día de demora salvo excepciones.

Conclusiones

La difusión hospitalaria del manejo de oseltamivir previa temporada 17-18 queda reflejada en un mayor ajuste del tratamiento a IR.

Se observa una sobreutilización de pruebas diagnósticas siendo necesario establecer unos criterios de solicitud para evitar un uso irracional de las mismas y el derroche.

Se requieren recursos humanos adicionales para disponer de las técnicas de detección por las tardes y fines de semana y coincidiendo con el pico de la enfermedad, mejorando así el rendimiento de los servicios, acortando el tiempo de respuesta del laboratorio y en consecuencia favoreciendo el inicio rápido del tratamiento y la prevención de gripe nosocomial.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

812. RECOMENDACIONES DE HÁBITOS SALUDABLES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES

GÓMEZ LOBÓN A, METAZA - J, GÓMEZ ZAMORA M, ORTIZ GONZÁLEZ M, PERIAÑEZ PÁRRAGA L, RODRÍGUEZ RINCÓN RM, VENTAYOL BOSCH P, DELGADO SÁNCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA VALLDEMOSSA 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Determinar los factores de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con infección por VIH atendidos en las consultas externas de farmacia y las recomendaciones para mejorar los hábitos higiénico-dietéticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado durante el mes de marzo de 2018. Se seleccionaron pacientes con infección por VIH atendidos por el farmacéutico en las consultas externas de farmacia de un hospital de tercer nivel, en los seguimientos específicos en inicios, cambios de tratamiento y ante cualquier problema o consultas relacionadas con la medicación. Se determinaron variables demográficas [edad, sexo, peso e índice de masa corporal (IMC)], factores de RCV: hábito tabáquico y/o comorbilidades [hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia y/o diabetes], si estaban en tratamiento farmacológico para las mismas y recomendaciones farmacéuticas realizadas.

En función de los factores de riesgo detectados se recomendó cesación de hábito tabáquico explicando los programas existentes en los centros de salud, dieta baja en grasas y colesterol y/o ejercicio físico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 41 pacientes, mediana 48 años (rango 23-77), 31 (75,6%) hombres. La mediana de peso fue 76,3Kg (rango 47,0-107,0) y la del IMC 25,4 (rango 19,6-38,1) [pacientes con normopeso (IMC: 18,5-24,9): 18 (45%); con sobrepeso (IMC: 25,0-29,9): 16 (40%) y con obesidad (IMC≥30): 6 (15%)]. Veintiún pacientes (51,2%) eran fumadores activos y 9 (22,0%) exfumadores; 15 (36,6%) pacientes presentaban hipercolesterolemia, de los cuales 7 (17,1) estaban en tratamiento farmacológico; 11 (26,8%) presentaban HTA, de los cuales 10 estaban en tratamiento y 1 paciente era diabético y estaba en tratamiento.

El farmacéutico realizó recomendación activa sobre estilos de vida saludables en 29 (70,7%) pacientes. En la totalidad de pacientes fumadores se recomendó cesación tabáquica, en 16 (39,0%) mejora de la dieta y/o reducir peso y en 7 (17,1%) ejercicio físico.

Conclusiones

Existe un alto porcentaje de pacientes con infección por VIH y factores de riesgo cardiovascular. La mitad de pacientes evaluados durante el estudio eran fumadores y casi un cuarto más lo habían sido. Una tercera parte presentaban hipercolesterolemia y una cuarta parte HTA. Destaca además que la mitad de pacientes con hipercolesterolemia no estaban recibiendo tratamiento farmacológico.

Al 71% de los pacientes atendidos se les realizó algún tipo de recomendación sobre hábitos higiénico-dietéticos.

A pesar del pequeño grupo y tiempo estudiado, el estudio muestra el papel que el farmacéutico puede tener en la detección de factores de riesgo y en la recomendación de hábitos de vida saludable, completando la atención farmacéutica dirigida al tratamiento con actuaciones enfocadas al paciente, a su salud y calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

819. EVALUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE GRIPE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

HERNÁNDEZ GUÍO A, SANTOS POZO PD, CAMPILLO LÓPEZ J, MARCOS RIBES B, HERRAIZ ROBLES P, MARTÍNEZ LAZCANO MT, AZNAR SALIENTE MT, ZALDÍVAR GARCÍA GL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. NAL. 332, S/N, 03550 SANT JOAN D'ALACANT. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar y caracterizar la epidemia de gripe en un hospital de tercer nivel y valorar las diferencias clínicas según el serotipo y el perfil de utilización de oseltamivir.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de pacientes ingresados con gripe, desde diciembre del 2017 hasta marzo del 2018, N=332 pacientes. El tamaño muestral calculado, para un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 0,5, fue 179. Las variables recogidas fueron: datos demográficos, serotipo, vacunación, función renal (FR), tratamiento con oseltamivir, días de tratamiento, pauta posológica y complicaciones (neumonía, ingreso en UCI y exitus). La estadística descriptiva se realizó con Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 179 pacientes diagnosticados de gripe (53,1% mujeres), con una edad media de $71,7 \pm 19,2$ años. Del total, 109 (60,9%) presentaron serotipo A y 70 (39,1%) serotipo B. 76 (42,7%) estaban vacunados, sin diferencias significativas entre serotipos.

Complicaciones: 62 pacientes (35,2%) tuvieron neumonía, 13 (7,3%) precisaron ingreso en UCI y 16 (8,9%) fueron exitus. Al igual que en estudios anteriores, la neumonía fue la complicación más común. Los pacientes con gripe A tuvieron más complicaciones que los de gripe B, 40,4% versus 34,3% pero no hubo diferencias significativas en cuanto a exitus. En la bibliografía consultada, se han notificado más muertes en los pacientes con gripe B, la mayoría con factores de riesgo. De la población estudiada, 154 pacientes (86,0%) fueron tratados con oseltamivir; la media de días de tratamiento fue de $5,6 \pm 2,2$ días, con un máximo de 15 días. No hubo diferencias significativas en la duración del tratamiento entre los pacientes con gripe A ($5,4 \pm 2,1$ días) y B ($5,8 \pm 2,5$ días). 68 pacientes (37,9%) superaban la media de 5 días de tratamiento.

Respecto al ajuste por FR, presentaban insuficiencia renal ($FG < 60$ ml/min) 59 pacientes (38,3%), de los cuales, 43 (72,8%) estaban sobredosificados, ya que no se ajustó la pauta posológica a función renal.

Un alto porcentaje de la población superaba los días de tratamiento recomendados por ficha técnica. Sin embargo, no hubo relación entre la frecuencia de complicaciones y los días de tratamiento. No hay evidencia que una mayor duración mejore el pronóstico.

La sobredosificación por dosis no ajustadas y/o prolongación del tratamiento (62%), puede potenciar el riesgo de complicaciones. Se han propuesto estrategias de mejora: limitar la duración del tratamiento con oseltamivir a 5 días en el programa de prescripción electrónica (PE), siendo necesario una justificación en caso de querer prolongarlo e incorporar los datos de FR para que en el momento de prescribir se precargue automáticamente la pauta posológica adecuada.

Conclusiones

La epidemia de gripe fue mayoritariamente debida al serotipo A que causó más complicaciones que el B, principalmente neumonía.

El 86% de los pacientes recibió tratamiento con oseltamivir, sin diferencias en la duración por serotipo.

62% de los tratamientos podrían considerarse inadecuados por dosificación y/o duración. Se han implantado barreras adicionales en el sistema de PE.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

839. PREVALENCIA DE POLIFARMACIA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADOS POR VIH

AUTORES

GALLARDO BORGE S, PARDO PASTOR J, MARCH LÓPEZ P, MARTÍNEZ LÓPEZ LM, GARRETA FONTELLES G, SANGRADOR PELLUZ C, LONGONI MERINO M, NICOLÁS PICÓ J

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PZA. DEL DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia de polifarmacia en pacientes de edad avanzada (EA) en tratamiento antirretroviral activo (TAR).
2. Describir el perfil del paciente polimedcado a nivel clínico y farmacológico.
3. Analizar la necesidad de implementación de un proceso de deprescripción en la atención farmacéutica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en abril 2018 en un hospital de área de influencia de 260.000 habitantes.

Se incluyeron todos los pacientes de EA (definido como mayores de 50 años) en TAR. Se realizó un análisis exhaustivo de los pacientes con presencia de polifarmacia.

Se definió polifarmacia, polifarmacia mayor (PM) y polifarmacia extrema (PE) como prescripción simultánea de 6 a 10, de 11 a 20 o de más de 21 medicamentos respectivamente, incluyendo el TAR.

Se consultó la historia clínica electrónica y la base de datos Landtools® de dispensación ambulatoria de todos los pacientes polimedcados para obtener las variables:

- Demográficas: sexo, edad.
- Clínicas: años desde el diagnóstico, última determinación de carga viral (CV), valor de linfocitos CD4, cociente CD4/CD8 y comorbilidades asociadas [dislipemia, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad cardiovascular (ECV), insuficiencia renal (IR) y hepática (IH), alteración ósea (AO) y neuropsiquiátrica (AN)].
- Farmacológicas: TAR, número de medicamentos prescritos concomitantemente incluido el TAR y grado de polifarmacia.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia absoluta y relativa para las categóricas a través del programa SPSS® v.24.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 237 pacientes, 19,0% (45/237) presentaba polifarmacia.

Los pacientes polimedcados eran 66,6% (30/45) hombres con mediana de edad de 57 años [50-81].

La media de años desde el diagnóstico fue de 18,2±8,4 años. La última determinación de CV fue indetectable en el 53,3% (24/45) y detectable menor de 40 copias/ml en 28,9% (13/45). La media del valor de linfocitos CD4 fue de 779,0±335,5 cel/μl. El cociente CD4/CD8 fue inferior a 0,5 en 26,7% (12/45) e inferior a 0,3 en 8,9% (4/45).

El 97,8% (44/45) presentaba al menos una comorbilidad. Ordenadas según frecuencia: 72,7% (32/44) dislipemia, 70,5% (31/44) AN, 40,9% (18/44) AO, 38,6% (17/44) ECV, 20,5% (9/44) diabetes, 20,5% (9/44) EPOC, 15,9% (7/44) IR y 9,1% (4/44) IH.

El TAR se basaba en combinación de dos análogos de nucleósidos más un inhibidor de integrasa [42,2% (19/45)], un no análogo [28,9% (13/45)] o un inhibidor de proteasa [8,9% (4/45)] y en 20,0% (9/45) se utilizó una combinación diferente. La media de medicamentos prescritos concomitantemente fue de 8,4±2,5. El 80,0% (36/45) presentaba polifarmacia, 20,0% (9/45) PM y ninguno PE.

Conclusiones

A pesar de la elevada prevalencia de polifarmacia observada, ésta es inferior a los resultados obtenidos en el estudio POINT (Morillo Verdugo R et al. 62 Congreso SEFH-Madrid 2017).

Se trata de una población con buen control inmunológico, un elevado porcentaje de presencia de comorbilidades y un grado de polifarmacia comprendido entre 6 y 10 medicamentos.

Los resultados justifican la necesidad de realización de una intervención de deprescripción en este tipo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

844. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS INFECTADAS: RECOMENDACIONES DE UTILIZACIÓN BASADAS EN LA EVIDENCIA.

AUTORES

CORTELL FUSTER C, GASPAR CARREÑO M, ACHAU MUÑOZ R, DELGADO RUIZ T, HORTELANO OTERO A, CLIMENTE MARTÍ M HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

La aplicación de la terapia de presión negativa con instilación constituye una opción de tratamiento en heridas infectadas. La escasez de referencias bibliográficas y guías consenso de utilización hacen necesaria la búsqueda de información para establecer recomendaciones basadas en la evidencia.

El objetivo es establecer recomendaciones relacionadas con la terapia de presión negativa con instilación según efectividad, seguridad, eficiencia, guías consenso y estabildades contrastadas de las soluciones de instilación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica para contrastar la evidencia disponible en cuanto a efectividad, seguridad y eficiencia de la terapia de presión negativa con instilación, así como la existencia de guías consenso de utilización. Se utilizaron las palabras clave "Drug instillation", "Wound", "Infection", "Negative Pressure Wound Therapy", "Closure", "Vacuum", "Anti-Infective Agents", "International", "Consensus" y "Guidelines" en las bases de datos Pubmed y Cochrane. No hubo restricciones en el idioma, año de publicación o tipo de publicación.

Se clasificaron los artículos en función de la "Escala de clasificación de evidencia para estudios terapéuticos" según la Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Se excluyeron aquellos trabajos sobre terapia de presión negativa sin instilación, y aquellos donde el tipo de solución de instilación no estuviera referida o bien, se tratara de suero fisiológico exclusivamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 13 estudios sobre terapia de presión negativa con instilación, de los cuales 5 fueron estudios de cohortes comparativos (nivel II y III de evidencia), y el resto correspondieron a series de casos (nivel IV de evidencia).

Las solución antiséptica más utilizada fue polihexanida. Únicamente un estudio utilizó antibióticos como soluciones de instilación: vancomicina, gentamicina y tobramicina.

Se seleccionaron dos guías consenso con recomendaciones según solución de instilación, tiempo de retención de solución, presión de vacío y tiempo de vacío apropiado.

Se propusieron y establecieron las siguientes recomendaciones:

1. Soluciones de instilación y estabilidad fisicoquímica a temperatura ambiente (25°C): amikacina, 24h; caspofungina, 24h; ciprofloxacino, 9 días; colistina, 8h; fluconazol, sin datos (desechar tras instilación); gentamicina, 24h; polihexanida, 8 semanas; tobramicina, 48h; vancomicina, 24h.
2. Manejo de los dispositivos para instilación: tiempo de retención de solución, 10-20 min; presión de vacío, -125 y -150 mmHg, tiempo de vacío: 1- 4 h.
3. Se recomendó el mantenimiento del tratamiento con la terapia de presión negativa con instilación en función del criterio clínico del profesional en base a cierre de la herida, confirmación de negatividad de crecimiento microbiológico en 2 o más tomas consecutivas o consideración de herida preparada para colocación de injerto.

Conclusiones

Este manuscrito proporciona pautas preliminares en la aplicación de la terapia de presión negativa con instilación hasta que nuevas evidencias apoyen o modifiquen estas recomendaciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**847. IMPACTO DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA-TAZOACTAM EN EL CONSUMO DE OTROS ANTI-MICROBIANOS****AUTORES**

GIMÉNEZ ARUFE V, FERNÁNDEZ BARGIELA N, GUTIÉRREZ URBÓN JM, MARTÍN HERRÁNZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AVDA. PASAXE, 81. A CORUÑA

OBJETIVOS

Medir el impacto del desabastecimiento de piperacilina-tazobactam (PTZ) durante julio y agosto de 2017 en el consumo de otros antimicrobianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cuantificación del consumo de PTZ, amoxicilina-clavulánico IV (AMC), cefalosporinas anti-Pseudomonas (CAZ+FEP), ertapenem (ETP), carbapenémicos anti-Pseudomonas (IPM+MEM) y metronidazol IV (MTZ) durante los meses de julio y agosto de los años 2013 a 2017 en un hospital general de nivel terciario. Los datos de dispensaciones y devoluciones a farmacia se extrajeron del programa de gestión del servicio de farmacia. Los datos de estancias fueron facilitados por el servicio de codificación del centro. Se realizaron los cálculos para expresar los resultados en Dosis Diarias Definidas por cada 100 estancias (DDD/100E). Se aplicó un modelo de regresión lineal para obtener un valor pronóstico (VP) de jul-ago 2017 basado en el consumo de esos meses de los 4 años anteriores. EL valor obtenido en jul-ago 2017 (VO) se estimó significativo si era mayor del 50% del VP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El consumo global en el hospital de PTZ en jul-ago 2017 se redujo a 0,3 DDD/100E, siendo la media del consumo de los meses jul-ago de los 4 años anteriores de 6,49 DDD/100E. Esta reducción repercutió en un incremento del consumo de CAZ+FEP (VO=5,1 DDD/100E, VP=2,6 DDD/100E) y MTZ (VO=1,9 DDD/100E, VP=1,1 DDD/100E). No se incrementaron significativamente los consumos de AMC (VO=14,0 DDD/100E, VP=13,8 DDD/100E), ETP (VO=4,8 DDD/100E, VP=4,0 DDD/100E) y IPM+MEM (VO=16,0 DDD/100E, VP=15,7 DDD/100E). Por áreas de hospitalización la repercusión fue desigual. En las áreas médicas se incrementó el consumo de CAZ+FEP (VO=3,2 DDD/100E, VP=1,3 DDD/100E), ETP (VO=3,8 DDD/100E, VP=2,5 DDD/100E), IPM+MEM (VO=13,9 DDD/100E, VP=9,4 DDD/100E) y MTZ (VO=1,2 DDD/100E, VP=0,6 DDD/100E). En las áreas quirúrgicas se incrementó el consumo de MTZ (VO=3,3 DDD/100E, VP=1,6 DDD/100E). En las áreas de críticos se incrementó el consumo de CAZ+FEP (VO=10,9 DDD/100E, VP=4,9 DDD/100E), ETP (VO=3,5 DDD/100E, VP=0,6 DDD/100E) y MTZ (VO=2,9 DDD/100E, VP=1,5 DDD/100E). En el área de onco-hematología se incrementó el consumo de CAZ+FEP (VO=89,0 DDD/100E, VP=40,1 DDD/100E) y ETP (VO=5,2 DDD/100E, VP=1,4 DDD/100E).

Conclusiones

El desabastecimiento de PTZ ha repercutido mayoritariamente en un incremento del consumo de CAZ+FEP en nuestro hospital, y en menor medida de MTZ, aunque la influencia ha sido desigual por áreas hospitalarias. El consumo global de IPM+MEM no se ha visto afectado tal cual recomendaba la propuesta de gestión del desabastecimiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**858. REPERCUSIÓN DE LA UNIÓN A PROTEÍNAS PLASMÁTICAS EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-MICROBIANO CON CEFTRIAXONA EN EL PACIENTE CRÍTICO****AUTORES**

SÁNCHEZ CADENA A, PÉREZ SERRANO R, VICENTE SÁNCHEZ P, BENET GIMÉNEZ I, MALLOL YÁÑEZ MA, DONAIRE MARTÍNEZ S, VILA TORRES É, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CALLE ALVAR GOMEZ 4, PORTAL 2, 3ºB. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Ceftriaxona es un antibiótico con alto porcentaje de unión a proteínas plasmáticas, por lo que la disminución de éstas podría afectar a los parámetros pk-pd, comprometiendo así la efectividad del tratamiento.

El objetivo del estudio fue determinar la repercusión, en términos de efectividad, que podría tener la presencia de hipoproteinemia en el tratamiento con ceftriaxona en el paciente crítico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con ceftriaxona entre los años 2016-2017 en una UCI (21 camas). Las variables recogidas fueron: sexo, edad, días de estancia en UCI, dosis al inicio, modificación de la pauta, días de tratamiento, tratamiento antimicrobiano concomitante, modificación del tratamiento antibiótico, proteinemia al inicio (considerando hipoproteinemia un valor menor a 5,5 g/dl), tratamiento empírico o dirigido, diagnóstico infeccioso y mortalidad hospitalaria.

Los pacientes se clasificaron en dos grupos: normoproteicos (grupo 1) e hipoproteicos (grupo 2) y se realizó un análisis estadístico de ambos grupos comparando las variables categóricas mediante la prueba estadística de Chi² de Pearson y las variables cuantitativas mediante la prueba T de student.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que hubiesen estado en tratamiento con antibióticos en las 48 horas previas al ingreso en UCI, pacientes sin proteinemia determinada y pacientes con CrCl < 10 ml/min.

Se consideró fracaso terapéutico en aquellos pacientes que cambiaron de tratamiento antibiótico o tuvieron que modificar su pauta durante el mismo por no conseguir mejoría clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 44 pacientes:

-Grupo 1: 18 pacientes, 12 hombres (66.6%), media de edad de 68 años, media días de estancia en UCI de 9,7, media de días de tratamiento con ceftriaxona de 8,16, dosis media diaria de 2,55 g, 88.9 % empíricos, 94,4% fue tratamiento combinado con otros antibióticos, 7 pacientes modificaron la pauta o cambiaron de tratamiento (38.8%), el 88,9 % diagnosticados de infección respiratoria y 5 exitus (27,8 % de tasa de mortalidad hospitalaria). La media de proteínas plasmáticas en este grupo fue de 6.13 g/dl \pm 0,57.

-Grupo 2: 26 pacientes, 17 hombres (65.38%), media de edad de 65 años, media de 11,5 días de estancia en UCI, media de días de tratamiento con ceftriaxona de 6,96, dosis media diaria de 2,53 g, 92.31 % empíricos, 77 % tratamientos combinados con otros antibióticos, 11 pacientes modificaron la pauta o cambiaron de tratamiento antibiótico (42,3%), el 69,2 % diagnosticados de infección respiratoria y 7 exitus (26,9 % de tasa de mortalidad hospitalaria). La media de proteínas plasmáticas en este grupo fue de 4,70 g/dl \pm 0.58.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones

En nuestro estudio no se han encontrado diferencias entre ambos grupos, no obstante el estudio presenta limitaciones que podrían haber condicionado estos hallazgos: limitado tamaño muestral, valor definitorio de hipoproteinemia en valores cercanos a la normalidad (hipoproteinemia no grave), variables no ajustadas a gravedad ni comorbilidad.

Por todo lo anterior se plantea la necesidad de ampliar el estudio en cuanto a tamaño muestral y variables clínicas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

865. CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM EN INFECCIONES GRAVES POR GRAM NEGATIVOS

AUTORES

CALVO GARCÍA A, IBAÑEZ ZURRIAGA MD, MARTIN NIETO C, RAMIREZ HERRAIZ E, PÉREZ ABÁNADES M, DOMINGO GARCÍA D, GÓMEZ DE FRUTOS S, MORELL BALADRON A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEON, 62. MADRID

OBJETIVOS

Describir la utilización de ceftazidima-avibactam en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron pacientes tratados con ceftazidima-avibactam entre enero 2016 - abril 2018. Se revisaron los evolutivos clínicos, analíticas y antibiogramas utilizando la historia clínica y las prescripciones en el programa de Gestión de Dosis Unitaria (Dominion®). Datos recogidos: edad, sexo, diagnóstico, servicio clínico, días de tratamiento, motivo de inicio, microorganismo aislado y clase de carbapenemasa, posología, antibioterapia previa y concomitante, antibiograma y posibles efectos adversos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 33 pacientes, 21 (63,6%) se tramitaron como uso compasivo de medicamentos en investigación. 15 (45,5%) pacientes eran mujeres, media de edad de 65,3 (13,3) años. Distribución por servicios: 11 (33,3%) Hematología, 6 (18,2%) Urología, 5 (15,2%) Anestesiología y Reanimación, y 11 (33,3%) otros. Según el diagnóstico, 10 (30,3%) pacientes presentaron infección intraabdominal complicada (IIAc), 8 (24,2%) infección del tracto urinario complicada (ITUc), 5 (15,2%) neumonía nosocomial (NN) y 10 (30,3%) otras infecciones graves por Gram (-). En 13 (39,4%) pacientes el motivo de inicio fue ausencia de mejoría/empeoramiento, 11 (33,3%) por resistencias y 9 (27,3%) por toxicidad al tratamiento. La mediana de duración de tratamiento fue 15 (11-21) días en IIAc, 13,5 (7-15) en ITUc, 14 (9-15) en NN y 10 (6-17) en otras infecciones graves por Gram (-). 15 (45,5%) pacientes superaron los días de tratamiento recomendados. 4 (12,1%) pacientes en estado crítico fallecieron durante el tratamiento. Los microorganismos aislados fueron: 26 (78,8%) *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa OXA-48+, 2 (6,2%) *Enterobacter cloacae* carbapenemasa OXA-48+, 1 (3,0%) *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa KPC+, 1 (3,0%) *Klebsiella oxytoca* carbapenemasa OXA-48+, 1 (3,0%) *Citrobacter freundii* carbapenemasa OXA-48+, 1 (3,0%) *Pseudomonas aeruginosa*, y en 1 (3,0%) paciente no se aisló patógeno. En 5 (15,2%) se aisló más de un patógeno multirresistente. Todos los testados fueron sensibles. En 4 (12,1%) pacientes se administró el antibiótico como uso empírico: 3 (9,1%) sin sensibilidad testada y 1 (3,0%) sin microorganismo aislado. 12 (36,4%) pacientes tenían insuficiencia renal (IR), en 11 (33,3%) se ajustó la dosis, aunque en 5 (45,5%) el ajuste no fue el recomendado en ficha técnica (FT). Todos los pacientes recibieron antibioterapia previa y 26 (78,8%) concomitante: 11 (33,3%) amikacina, 9 (27,3%) tigeciclina y 6 (18,2%) colistina. En 4 (12,1%) pacientes se cambió a otro antibiótico por cumplir días de tratamiento y no mejoría. 3 (9,1%) pacientes presentaron hipernatremia (en uno de ellos junto con temblores distales y en otro con vómitos), que no requirió suspender el tratamiento, normalizándose tras su finalización.

Conclusiones

Ceftazidima-avibactam supone una alternativa en infecciones complicadas por cepas con carbapenemasas y beta-lactamasas multirresistentes, aunque en dos tercios se requirió antibioterapia concomitante. En casi la mitad de los pacientes se excedió los días de tratamiento recomendados. En dos tercios de los casos *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa OXA-48+ fue el microorganismo aislado. La identificación del patógeno y testar la sensibilidad para el antibiótico es esencial para evitar resistencias. La hipernatremia fue el efecto secundario más frecuente siendo necesario su monitorización.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**867. TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO Y VIRUS DE LA HEPATITIS B, USO Y ADHERENCIA****AUTORES**

ARNAIZ DIEZ S, MARTIN RIZO L, BARRIGA RODRIGUEZ P, CABA HERNANDEZ C, MALPARTIDA FLORES M, GARRIDO AMEIGEIRAS MR, RUBIO MERINO MI, FERNANDEZ LISON LC
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. AVA. PABLO NARANJO, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

Analizar el uso y adherencia de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) en infección por Virus de la Hepatitis B (VHB).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo que incluye todos los pacientes tratados con TDF hasta febrero de 2018, en un hospital universitario con unidades de referencia. Se excluyó a los pacientes de los que no se disponía historia clínica ni analíticas informatizadas. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, duración y adherencia del tratamiento (calculada como la relación entre el número de comprimidos dispensados respecto a días de tratamiento). Se registró la carga viral al final del estudio determinada mediante la técnica PCR a tiempo real cuantitativa Cobas Taqman y se definió como carga viral detectable a más de 20 copias/mL. Las fuentes de información para la recogida de datos fueron el programa de farmacia de dispensación a pacientes externos y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyó en el estudio un total de 61 pacientes (24 hombres), con una mediana de edad de $62 \pm 12,9$ años. 51 (83,6%) pacientes tomaban TDF para tratamiento de la Hepatitis B Crónica. 10 (16,4%) pacientes recibían TDF como tratamiento preventivo de la reactivación del VHB por anticuerpos anti CD20 o quimioterapia. La media de duración del tratamiento con TDF fue 53 ± 33 meses. Se dispensaron una media de 1462 ± 926 comprimidos. Se calculó una adherencia media del 94 ± 20 %. 10 (16,4%) pacientes tuvieron una adherencia menor al 80%. Únicamente 4 (6,5%) pacientes presentaron carga viral detectable, los cuales presentaban una adherencia del 83 ± 6 %.

Conclusiones

El uso mayoritario de TDF en VHB es por infección crónica, aunque no es despreciable el porcentaje de pacientes que se benefician de su aplicación como prevención de la reactivación de VHB por fármacos. Se obtuvieron altas tasas de adherencia y respuesta al tratamiento. No obstante, es necesaria la intervención del farmacéutico para reforzar la adherencia en aquellos pacientes en los que ésta se vea comprometida.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**869. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE TEDIZOLID EN PACIENTES AMBULATORIOS****AUTORES**

FERRADA GASCÓ A, PÉREZ HUERTAS P, TORRES AMORÓS M, BALLESTA LÓPEZ O, TARAZONA CASANY MV, CUÉLLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE. AVDA DE FERNANDO ABRIL MARTORELL N106. VALENCIA

OBJETIVOS

Las infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) constituyen una de las infecciones más prevalentes en la comunidad. La elección del tratamiento antimicrobiano de las IPTB está condicionada por varios factores como el microorganismo causal, los factores de riesgo, la administración previa de antibióticos y la epidemiología de las resistencias a antimicrobianos. Las oxazolidinonas son uno de los antibióticos de elección para el tratamiento de este tipo de infecciones, principalmente el linezolid. Tedizolid, en comparación con linezolid se administra como una dosis única diaria y presenta un perfil diferente de interacciones y seguridad. Por otra parte, el precio de tedizolid es superior al doble del precio de linezolid, por lo que se suele restringir su uso a aquellas situaciones en las que linezolid está contraindicado. Nuestro objetivo fue estudiar el perfil de prescripción de tedizolid en los pacientes ambulatorios en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes ambulatorios en tratamiento con tedizolid de un hospital terciario entre 2016 y abril de 2018.

De cada paciente se recogieron variables antropométricas, clínicas y del tratamiento con tedizolid. Para la obtención de estas variables se utilizaron el programa de dispensación ambulatoria y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron 38 pacientes, que presentaron una edad media de 63 años (DE: 17,1) y de los que el 53% fueron mujeres. El 76% del total finalizó el tratamiento con tedizolid con una mediana de duración de 48 días (rango intercuartílico: 50). La posología recibida por todos los pacientes fue de 200mg/24h.

El 89% de los tratamientos fueron prescritos por la unidad de enfermedades infecciosas. La indicación mayoritaria fue para IPTB (68,4%), seguido de osteomielitis (21%), bacteriemia (5,26%), endocarditis (2,63%) y neumonía (2,63%). El microorganismo más frecuentemente aislado fue *S. aureus* (50%), seguido de *S. epidermidis* (21%) y *enterococcus faecalis* (18,42%).

La prescripción de tedizolid se debió a tres causas: toxicidad de linezolid (52,63%) principalmente de tipo hematológica, paciente en riesgo de toxicidad hematológica (anemia/plaquetopenia) (31,28%) o interacción farmacológica potencial con linezolid (15,79%). Los fármacos implicados en estas interacciones potenciales fueron principalmente antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina e inhaladores beta adrenérgicos.

Tedizolid supone una alternativa válida a linezolid en el tratamiento de IPTB por microorganismos gram positivos con un



perfil de eficacia similar y mejor tolerancia, así como un riesgo menor de interacciones, por lo que puede ser de elección en tratamientos de larga duración.

Se confirma que la mayoría de pacientes que inician tratamiento con tedizolid es de forma justificada bajo prescripción del servicio de enfermedades infecciosas ya sea debido a la toxicidad hematológica de linezolid, porque son pacientes con alto riesgo de desarrollarla en tratamientos de larga duración o su tratamiento habitual supone riesgo de interacciones.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

890. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA BITERAPIA ANTIRRETROVIRAL DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTES CON VIH

AUTORES

JUANES CALABUIG E, CAMPANY HERRERO D, NAVARRO MERCADÉ J, MONTORO RONSANO B, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº. DEL VALLE DE HEBRÓN, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La esperanza de vida de los pacientes con VIH ha aumentado notablemente en los últimos años. Ante esta situación la biterapia con antirretrovirales se presenta como una alternativa a la terapia triple para minimizar el riesgo de efectos adversos (EA) a largo plazo y las interacciones farmacológicas (IF). El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con dolutegravir (DTG) + lamivudina (3TC) en pacientes afectados de VIH en condiciones de práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que realizaron tratamiento con DTG+3TC durante un tiempo mínimo de 48 semanas. La efectividad se evaluó mediante el porcentaje de pacientes con carga viral plasmática (CVP) < 50 copias/mL en la semana 48 (s48). La seguridad se evaluó mediante el porcentaje de pacientes que tuvieron que abandonar el tratamiento debido a un EA o IF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 20 pacientes, 60% hombres, edad media de 52 años (intervalo 29-70). Al inicio de tratamiento con DTG/3TC, el 90% de los pacientes presentaban CVP < 50 copias/mL y el número de comorbilidades medio era de 4,4 (Desviación Estándar 2,3), con un 75% de coinfectados por VHC. El tiempo medio desde el diagnóstico fue de 19,4 años (7,9), habían recibido tratamiento antirretroviral previo durante una mediana de 28 meses (intervalo 0-126), la media de años con CV indetectable era de 9,0 (3,9) y el recuento basal de linfocitos T-CD4+ (LT-CD4+) de 784 células/mm³ (600). El motivo del cambio a DTG/3TC fueron EA en el 65% de los pacientes, IF 15% y simplificación 15%. Uno de los pacientes era naïve al tratamiento. Además del TAR, los pacientes tomaban una media de 4,2 medicamentos (2,9). Los valores analíticos medios iniciales fueron: FG 84,4 mL/min (27,5); ASP 39,2 UI/L (24,6); ALT 40,4 UI/L (38,2); colesterol total 186,2 mg/dL (45,4) y colesterol LDL 105,6 mg/dL (37,1).

De los 18 pacientes indetectables al inicio, el 90% (16/18) se mantuvo indetectable a la s48 (1 paciente coincidió con un blip de 92 copias/mL que luego negativizó y 1 se mantuvo con viremia persistente de bajo grado, lo que condicionó el cambio de TAR). De los 2 pacientes con CV detectable al inicio (un blip y un naïve), ambos alcanzaron CVP < 50 copias/mL. El recuento de LT-CD4+ disminuyó de manera no significativa respecto a la analítica inicial.

Ninguno de los pacientes tuvo que abandonar el tratamiento debido a EA o IF y se observaron descensos no significativos en los niveles de ASP y ALT. Por otra parte se apreció un aumento en los niveles de colesterol total y LDL, aunque estos tampoco fueron estadísticamente significativos. Sin embargo sí hubo un descenso significativo del filtrado glomerular hasta 74,3 mL/min (19,5) (p=0,003), que no tuvo ninguna repercusión clínica.

Conclusiones

En pacientes seleccionados, el tratamiento con DTG/3TC ha resultado efectivo y seguro y puede considerarse una opción frente a la triple terapia en pacientes VIH con EA o con riesgo de IF debido a polimedicación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

904. INFECCIÓN DE NOVO POR VIH: IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO

AUTORES

BLANCO DORADO S, ZARRA FERRO I, ROJO VALDÉS J, DOMÍNGUEZ SANTALLA MJ, SUAREZ BEREZ M, BANDÍN VILAR E, GARCÍA QUINTANILLA L, LAMAS DÍAZ MJ
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. CHOUPIANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La población en general y los grupos de riesgo en particular subestiman las medidas preventivas frente al contagio del VIH. Las consecuencias de un diagnóstico tardío son considerables: mayores tasas de transmisión, peor respuesta, mayor toxicidad al TAR, menor supervivencia e incremento de los costes sanitarios. Objetivo principal: Conocer el número de pacientes diagnosticados de una infección por VIH de novo en nuestra área sanitaria, y describir sus características epidemiológicas y clínicas. Objetivos Secundarios: Conocer el número y patrón de paciente que recibe un diagnóstico tardío de VIH que causa ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con un primer diagnóstico de VIH en el periodo Enero 2016-Marzo 2018 en un hospital de tercer nivel que abarca una población de aproximadamente 450.000 habitantes. Se recogen las características epidemiológicas (edad, sexo, origen geográfico, y vía de transmisión), clínicas (presencia de enfermedades definitorias de SIDA, coinfección) e inmunoviroológicas (linfocitos CD4 y carga viral plasmática CV) en el momento del

diagnóstico. Se recoge si el paciente precisó ingreso hospitalario por complicación de la infección no conocida de VIH, la duración del ingreso y su coste. Los datos clínicos se obtienen de la Historia clínica electrónica, y el dato coste/estancia del Decreto 56/2014, de 30 de abril, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios (coste/ estancia hospitalización=528,95 €; coste/estancia UCI=1.142,47€).

Las variables cualitativas se expresan en porcentaje, y las cuantitativas en media y desviación estándar o mediana y rango.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestra área sanitaria se han diagnosticado 27 casos nuevos de infección por VIH durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 45 años (22-72 años), y la mayoría fueron hombres (81%). El 19% de los pacientes fueron extranjeros. La vía de transmisión mayoritaria es la vía sexual (93%), con predominio de contagio homosexual frente a heterosexual. El 51,85% de los pacientes tenían CD4 basales inferiores a 200/mm³, y un 81,48% a 500/mm³. La mediana de la CV basal fue de 66.000 copias/μL (15.628-1.127.768). El 40,7% de los pacientes presentaron coinfecciones (4 con Treponema Pallidum, 1 con VHC y 6 con VHB). El 40,7% se encontraban sintomáticos al diagnóstico, presentando enfermedad definitiva de SIDA en el 22% de los casos (linfoma no Hodgking, Mycobacterium tuberculosis, candidiasis esofágica, retinitis por CMV, neumonía por Pneumocystis jirovecii, y Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva). El 29,6% fueron diagnosticados en el ingreso hospitalario, 3 de ellos requirieron ingreso en UCI. La duración media del ingreso fue de 31.37 días (±24.96). El coste medio del ingreso ascendió a 16.390,66€ ± 13.412,39(3.702,65-47.605,50€).

Conclusiones

Se ha visto un repunte en el número de contagios de VIH en grupos de riesgo, fundamentalmente homosexuales. Todavía es considerable el porcentaje de diagnóstico tardío, con importante repercusión sanitaria, económica y de salud pública. Los profesionales y las autoridades sanitarias deberían implantar medidas eficientes en el diagnóstico precoz de la infección, sin que caiga en el olvido la educación en medidas preventivas de la transmisión sexual.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

914. OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO HOSPITALARIO

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, GARCÍA PARDO G, LÓPEZ BROSETA PA, DE DIOS LÓPEZ A, OLONA CABASES M, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Evaluar la actividad en nuestro hospital de una comisión multidisciplinar y el grado de aceptación las recomendaciones dirigidas a la optimización en el uso de antibióticos en los dos últimos años.

MATERIALES Y MÉTODOS

El equipo estaba formado por un clínico de medicina interna, una farmacéutica y un residente de farmacia. Se ha realizado un estudio prospectivo durante el cual se analizó la idoneidad de las prescripciones antibióticas en relación a la situación clínica del paciente. Para ello se contabilizó y revisó la prescripción electrónica de antibióticos en las 24 horas previas. La valoración incluía los siguientes criterios: indicación, fármaco, dosis, frecuencia, vía de administración, posología, duración e idoneidad según cultivos. Tras la revisión se seleccionaron las prescripciones optimizables, en caso de que el antibiótico no fuera idóneo, incluía una recomendación al clínico responsable del paciente. Las recomendaciones fueron: cambio de antibiótico, terapia secuencial, ajuste de la dosis, cambio en la vía de administración y otros. La información se recogió en una base de datos para su análisis cualitativo y cuantitativo posterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el año 2017 fueron evaluados 125 pacientes más respecto al 2016. La mejora del tratamiento sin embargo se mantuvo en el mismo porcentaje, realizándose entre 1 a 6 intervenciones por día en ambos periodos. La aceptación de las intervenciones disminuyó (94%) en el año 2017 respecto al 2016 (100%), lo que puede explicarse por un mayor criterio a la hora de la prescripción. Los servicios con mayor número de intervenciones fueron pacientes quirúrgicos en ambos años (cirugía vascular (27%), cirugía general (29%), cirugía ortopédica y traumatología (4%), urología (3%) y neurocirugía (2%)). Durante el 2017 las infecciones de úlceras no diabéticas (11%) se mantuvieron como la primera causa de infección en nuestro hospital, seguidas de infecciones de tracto digestivo (10,9%). Las intervenciones variaron de un año a otro, pasando del cambio de antibiótico en el año previo al desescalado de la terapia en el segundo año. Solamente en el 1% de las intervenciones se recomendó mantener el mismo tratamiento. La posología mejoró sustancialmente siendo necesario un ajuste del 7% respecto al 23,3% previo. La aceptación de las intervenciones disminuyó del 100% al 94%, lo que denota un mayor interés en los facultativos prescriptores.

El año 2017 supuso la reducción de un 47,4% del gasto farmacéutico en los grupos terapéuticos J01 y J02 en nuestro hospital. Por servicios, fue el servicio de gastroenterología (-42%) el que más redujo el gasto debido a la actividad del equipo. Las DDD de antibacterianos en nuestro hospital disminuyeron un 10,3% de un año a otro.

Conclusiones

La evaluación de la terapia antibiótica a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente ayuda a mejorar la eficacia del tratamiento, la seguridad en del paciente, la disminución de la aparición de resistencias y en la reducción de costes, garantizando el uso racional de los antibióticos y aumentando la eficiencia en la atención médica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**926. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LAS CEFALOSPORINAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN****AUTORES**

RODRÍGUEZ- MAURIZ R, PÉREZ- QUIRÓS MA, ALDIRRA- TAHA MS, PLANAS- GINER A, SAGALÉS TORRA M, BORRÀS TRIAS L, RUDI SOLA N

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. AV. FRANCESC RIBAS. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la utilización de las cefalosporinas de última generación durante los dos primeros años de inclusión en guía farmacoterapéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de los pacientes tratados con ceftolozano/tazobactam y ceftarolina entre abril 2016 y abril 2018 en un hospital de segundo nivel.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, días de hospitalización, número y tipo de tratamientos, proteína C reactiva (PCR) y leucocitos al inicio, antibióticos previos y concomitantes, dosis y duración de la cefalosporina, indicación, microorganismo causante de la infección, tasa de respuesta y evolución clínica.

Fuente de datos: historia clínica electrónica (Savac versión 3.41.6) e Historia Clínica Compartida (HC3).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 13 pacientes (9 hombres), de edad media 66 ± 10 años. La estancia media hospitalaria fue 69 ± 44 días. Se registraron 15 tratamientos (dos pacientes recibieron antibiótico en dos periodos): 13 con ceftolozano/tazobactam y dos con ceftarolina. Del total de tratamientos, 11 fueron fuera de ficha técnica (FFT). Los valores medios de PCR y leucocitos al inicio del tratamiento fueron 13 ± 6 mg/ml y $15 \pm 6 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Todos los pacientes llevaron antibiótico previo, destacando colistina en cinco pacientes, piperacilina/tazobactam en cuatro, y carbapenems en otros cuatro. En 11 tratamientos se usó antibiótico concomitante, siendo los más usados carbapenems y linezolid (en cuatro y tres pacientes respectivamente).

De los tratamientos con ceftolozano/tazobactam, en nueve la dosis administrada fue de 1g/8h, y en cuatro se ajustó según función renal, siendo la duración media de tratamiento 13 ± 6 días. La localización de la infección fue: siete infecciones del tracto respiratorio, dos infecciones de piel y partes blandas (ambas FFT), dos infecciones del tracto urinario, un absceso intraabdominal y una infección sistémica (FFT). En 11 pacientes el microorganismo causal fue *Pseudomona aeruginosa* multiresistente, en uno *Serratia marcescens* BLEE, y en otro se realizó tratamiento empírico por sospecha de recurrencia. La tasa global de curación fue del 62%, siendo 100% en infecciones urinarias y de partes blandas, 42% en infecciones respiratorias, sin resolución clínica en el absceso intraabdominal y el tratamiento empírico se desescaló según antibiograma. Se registraron recurrencias en un paciente y hubo dos exitus durante el ingreso.

De los tratamientos con ceftarolina, la dosis fue 600 mg/12h y la duración media 5 ± 3 días. Las indicaciones fueron en un caso infección respiratoria y en otro bacteriemia complicada (FFT). El microorganismo causante de las infecciones fue *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Ambos pacientes fueron exitus.

Conclusiones

Analizada la experiencia en nuestro centro, las cefalosporinas de última generación se han usado mayoritariamente FFT. El tratamiento fue efectivo en más de la mitad de pacientes. En determinados casos las tasas de curación no fueron óptimas, lo que podría deberse a la distinta gravedad de las indicaciones, o al uso de ceftolozano/tazobactam en dosis inferiores a las publicadas en los últimos estudios en el caso de infección respiratoria (FFT).

Es importante realizar más estudios con mayor número de pacientes para analizar la efectividad y seguridad de estos antibióticos en indicaciones no aprobadas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**928. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE USO DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

GONZÁLEZ LAGUNA M, RONDA SERRAT M, TUBAU QUINTANO MDLF, SOLDEVILA BOIXADER L, PÉREZ RECIO S, OTERO TORRES S, CUERVO REQUENA G, PADULLÉS ZAMORA A

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA SN. BARCELONA

OBJETIVOS

El incremento de infecciones por bacilos gramnegativos multiresistentes es un problema de primera magnitud. Ceftolozano/tazobactam (C/T) presenta actividad frente a cepas de *Pseudomonas aeruginosa* y Enterobacterias multiresistentes. El objetivo es evaluar el tratamiento con C/T describiendo las características y eficacia de los casos tratados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes tratados con C/T entre mayo 2016 y febrero 2018 en un hospital de tercer nivel. La selección de los pacientes se realizó mediante el programa de prescripción electrónica. Los tipos de infección se clasificaron según CDC (Surveillance Definitions). Los datos demográficos, clínicos y microbiológicos se obtuvieron del registro electrónico de la historia clínica. El fracaso clínico se definió como la falta de mejora de signos o síntomas tras 5-7 días de tratamiento antibiótico adecuado o infección o muerte dentro de los 30 días desde la infección inicial. El estudio de susceptibilidad se realizó mediante E-test. El fenotipo de los microorganismos se clasificó según patrones de susceptibilidad siguiendo Magiorakos et al 2011.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 68 episodios de 52 pacientes (24% mujeres) tratados con C/T. La edad media fue de 64 ± 13.5 años con una comorbilidad elevada en el 60% de los episodios calculada según el índice Charlson (37% trasplantados de órgano sólido y 31% EPOC).

En el 75% de las ocasiones se empleó como tratamiento dirigido, el 21% empírico (confirmado en cultivo posteriormente en el 85%) y en el 3% como profilaxis quirúrgica en pacientes con aislamiento previo. Tipo de infección según la localización: intraabdominal (25%), urinaria (24%), respiratoria (16%), infección incisional (15%), osteoarticular (13%) e infección de piel y partes blandas (6%). En el 94% de los episodios el tratamiento se inició una vez agotado el arsenal terapéutico, y en el 22% se realizó tratamiento concomitante con colistina endovenosa o inhalada.

Pseudomonas aeruginosa fue el principal microorganismo aislado (85%) seguido de *Klebsiella pneumoniae* (10%) y *Escherichia coli* (3%). Los patrones de resistencia fueron: 18% muy resistentes, 49% extremadamente resistentes y 28% panresistentes; todos de adquisición nosocomial, con CMIs entre 0.19 y 8 mg/L.

La dosis más utilizada fue 1g/8h ajustada por función renal. La duración media del tratamiento fue de 14 ± 10 días. El 62% recibió entre 7 y 14 días de tratamiento, a excepción de las infecciones por colecciones y osteoarticulares con una duración media de 21 ± 14 días.

El 53% de los episodios presentaron respuesta al tratamiento (44% mejoría clínica y 9% curación completa). El 47% de los episodios presentaron fracaso terapéutico definido por nueva infección antes de los 30 días (45.2%), falta de mejoría (19.4%) o éxitus (35.5%).

No se observaron efectos adversos en el 60% de los episodios, pero el 15% presentó diarrea asociada a *Clostridium difficile*, en dos casos colestasis y uno rash cutáneo.

El C/T fue un antibiótico seguro y eficaz en el tratamiento de infecciones producidas por cepas multiresistentes, tanto para infecciones con indicación aprobada como infecciones off-label. C/T puede ser una alternativa en infecciones de difícil tratamiento por bacterias multiresistentes con pocas opciones terapéuticas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

949. ESTADO VACUNAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE VIRUS INFLUENZA

AUTORES

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, LAMAS LÓPEZ M, FRA YAÑEZ J, ORALLO LUNA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HERREROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar el estado vacunal de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario por infección por virus influenza.

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de las cepas virales causantes de infección en cada temporada de gripe.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados durante las temporadas 2014 y 2015 con diagnóstico confirmado mediante análisis microbiológico de infección por virus influenza.

Las variables recogidas mediante la historia clínica electrónica y la historia clínica de atención primaria fueron: edad, sexo, estado vacunal del paciente, genotipo y subtipo viral causante de la infección, tratamiento empírico en el momento de la extracción del cultivo, vacunación en siguientes temporadas de gripe y desenlace final de la infección.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el software SPSS Statistic®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 80 pacientes, 38 mujeres y 42 hombres, con una media de edad de $47,86 \pm 24,9$ años. La distribución por temporadas de gripe 2014 y 2015 fue de 49 y 31 pacientes, respectivamente.

De todos los pacientes ingresados, el 25% había recibido la vacuna antigripal previamente al ingreso, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el número de pacientes vacunados en cada temporada de gripe ($p=0,233$).

En lo que se refiere a los tipos de virus influenza causantes de infección, durante la temporada 2014 el 100% de las infecciones fueron debidas a virus influenza tipo A (H1N1 84% y H3N2 12%), mientras que en la temporada 2015 la distribución fue de un 67,7% para virus influenza tipo A (H1N1 19,4% y H3N2 29%) y un 32,3% para el virus influenza tipo B.

En el momento de recogida del cultivo viral, el 52,5% de los pacientes estaban a tratamiento empírico con antibióticos, un 41,25% no tenía tratamiento antimicrobiano instaurado y el 6,25% estaba a tratamiento con oseltamivir.

En relación a la vacunación en temporadas de gripe posteriores, el 23,3% de los pacientes que nunca habían sido vacunados sí lo hicieron al año consecutivo al ingreso.

Respecto al desenlace de la infección, 9 pacientes fueron éxitus durante el ingreso, de los cuales 2 habían sido vacunados previamente, no encontrando ninguna relación estadística entre el número de éxitus y el estado vacunal.

La vacunación frente al virus de la gripe continúa siendo baja en nuestro medio, no pudiendo establecer una relación entre el estado vacunal de los pacientes y el desenlace final de la infección.

El virus influenza tiene un desarrollo estacional, quedando reflejado por la variabilidad de genotipos y subtipos en las diferentes temporadas de gripe.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**955. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

FERNÁNDEZ FRADEJAS J, GARCÍA BASAS L, PINTOR RECUENCO R, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CTRA. COLMENAR VIEJO, KM 9,1. MADRID

OBJETIVOS

Describir la utilización de dalbavancina desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes tratados con dalbavancina entre julio de 2016 y marzo de 2018. Se revisaron las historias clínicas y las prescripciones y dispensaciones registradas en las bases de datos del Servicio de Farmacia. Se diseñó una hoja Excel donde se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (indicación, microorganismo causante de la infección y datos de sensibilidad, antibioterapia previa y concomitante, posología, posibles alternativas terapéuticas, función renal, reacciones adversas, necesidad o no de ingreso hospitalario y resolución clínica y microbiológica de la infección).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 17 pacientes (10 hombres) con una media de edad de 65,5 años (rango 17-86). En 4 pacientes se utilizó en la indicación aprobada en ficha técnica (FT): infección de piel y tejidos blandos. El resto correspondieron a usos fuera de FT: infección osteoarticular (n=8), infección de prótesis vascular (n=2), endocarditis (n=2) y bacteriemia asociada a catéter (n=1). Seis pacientes presentaron infecciones polimicrobianas con implicación de microorganismos Gram positivos y Gram negativos. Se aislaron 24 cepas de Gram positivos: estafilococos coagulasa negativos (n=14), *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina (n=3), *Enterobacter faecalis* (n=1), *Enterobacter cloacae* (n=1), *Streptococcus* spp. (n=1), *Actinomyces odontolyticus* (n=1), *Peptoniphilus harei* (n=1), *Bacillus* spp. (n=1), *Propionibacterium acnes* (n=1). Todas las cepas de Gram positivos eran sensibles a glicopéptidos (marcador subrogado de sensibilidad a dalbavancina). Todos los pacientes recibieron antibioterapia previa y en 6 de ellos se prescribió un antibiótico concomitante al tratamiento con dalbavancina. Respecto a la posología, los pacientes recibieron una dosis de carga (1.000 mg) y a continuación dosis semanales de 500 mg, acumulando un total de 1.000 mg (n=2), 1.500 mg (n=5), 2.000 mg (n=7), 2.500 mg (n=1) y 3.000 mg (n=2); en ningún caso se alcanzó la dosis máxima acumulada recogida en FT (4.500 mg). Sólo un paciente presentó insuficiencia renal, sin precisar ajuste posológico. Todos los pacientes disponían de alternativas terapéuticas que requerían ingreso hospitalario, pero la utilización de dalbavancina permitió tratar al 77% en Hospital de Día.

En todos los pacientes se consiguió la resolución clínica de la infección. No se realizaron cultivos posteriores que confirmasen la resolución microbiológica. Sólo un paciente desarrolló un efecto adverso relacionado con el uso de dalbavancina (diarrea).

Dalbavancina se ha utilizado en la mayoría de pacientes fuera de las indicaciones recogidas en FT. En nuestro estudio, dalbavancina ha demostrado ser una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de infecciones severas causadas por microorganismos Gram positivos. La posología semanal facilita el alta hospitalaria y el manejo ambulatorio de estos pacientes. Se recomienda un estudio prospectivo del uso de dalbavancina, valorando la efectividad en indicaciones no incluidas en FT en un mayor número de pacientes, así como el impacto en duración de la estancia hospitalaria y costes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**978. PREVALENCIA, ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES Y REPERCUSIÓN CLÍNICA DEL CONSUMO DE DROGAS RECREATIVAS EN PACIENTES VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.****AUTORES**

RANZ ORTEGA P, SÁNCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, CAVADA CARRANZA I, PATIER RUIZ I, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12.5. MADRID

OBJETIVOS

Las consecuencias del consumo de drogas recreativas con tratamientos antirretrovirales (TAR) son relevantes, entre otros motivos por posibles interacciones y problemas de adherencia del TAR. El objetivo principal del estudio es evaluar la frecuencia de consumo de drogas recreativas en pacientes VIH en tratamiento con TAR y analizar el riesgo de las interacciones. El objetivo secundario es determinar si la asociación del consumo de drogas recreativas disminuye el control virológico de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se incluyeron los pacientes adultos con TAR que realizaron una entrevista clínica por el farmacéutico en la consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos de nuestro centro en un periodo de dos meses. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, TAR actual, última carga viral, consumo de drogas recreativas. Se determinaron las interacciones con el TAR a través de la base de datos www.infodrogas-vih.org y se evaluó el riesgo. Se llevó a cabo la prueba de chi cuadrado o prueba de Fisher para evaluar la relación entre la carga viral detectable con el consumo de drogas y TAR, mediante G-Stat 2.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se entrevistó a 166 pacientes, de los cuales el 73,5% eran hombres con una media de edad de $47,4 \pm 11$ años. Fueron tratados con dolutegravir/abacavir/lamivudina (26,5%) y emtricitabina/tenofovir/efavirenz (18%) como TAR más frecuente.

El 12,6% de los entrevistados consumía drogas en momentos recreativos, de los cuales el 15% consumían más de dos. La mayoría eran hombres (90,4%) con una edad media de 46 ± 8 años.

Las drogas consumidas fueron cannabis (76,2%), cocaína (28,5%) seguidas de éxtasis, heroína y mefedrona (4,8%). El riesgo de interacción fue catalogado como intermedio en el 52% de los casos, siendo el aumento en el efecto de la droga la repercusión clínica más relevante (83%), seguido de la disminución en las concentraciones del fármaco y la prolongación del intervalo QT (8,3%). Elvitegravir/cobicistat fue el fármaco más implicado en las interacciones. El consumo de drogas recreativas no se relacionó con la carga viral detectable (CV > 50 copias/ml) ($p=0.147$). El consumo de drogas en los pacientes VIH es un problema presente y puede tener repercusiones. Por ello, preguntar sobre el consumo de drogas recreativas debe formar parte de la entrevista clínica en la atención farmacéutica a pacientes VIH con TAR.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

980. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LINEZOLID, GLICOPÉPTIDOS Y DAPTOMICINA EN LA BACTERIEMIA POR ENTEROCOCCUS FAECIUM

AUTORES

ECHEVERRÍA-ESNAL . D, SORLI REDO . L, PRIM . N, PADILLA . E, NAVARRETE-ROUCO . ME, MARTÍN . C, HORCAJADA . JP, GRAU . S
HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

En las últimas décadas se ha producido un aumento en la incidencia de la bacteriemia enterocócica, principalmente por *Enterococcus faecium*. Este aumento es debido a la expansión del CC17 que condiciona una resistencia a la ampicilina manteniendo la sensibilidad a vancomicina. El tratamiento de elección de esta entidad se desconoce por lo que el objetivo del estudio fue comparar la eficacia y seguridad de linezolid, glicopéptidos y daptomicina en el tratamiento dirigido de la bacteriemia por *E.faecium* sensible a vancomicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes realizado en un hospital universitario de 420 camas entre junio 2011-febrero 2018. Se incluyeron pacientes adultos con al menos 1 hemocultivo positivo para *E. faecium* resistente a ampicilina y sensible a vancomicina. Datos recogidos: demográficos, comorbilidades (hipertensión, diabetes, EPOC, insuficiencia renal), tratamiento empírico, foco de la bacteriemia de alto riesgo (infecciones intraabdominales, respiratorias y bacteriemias primarias) y bajo riesgo (infecciones de tracto urinario, biliares y de catéter), presentación y evolución clínica y microbiológica. Se consideró nefrotoxicidad cumplir cualquier estadio RIFLE, trombocitopenia la disminución del recuento basal de plaquetas a $\leq 75\%$ y anemia la disminución de $\geq 2g/dL$ de hemoglobina basal al finalizar el tratamiento. Se recogieron las creatinfosfoquinas al inicio y al final del tratamiento. Datos cualitativos expresados como frecuencias absolutas y relativas y cuantitativos como mediana (IQR). Análisis estadístico: Test de Fisher para variables cualitativas y U Mann-Whitney para cuantitativas. Análisis multivariado realizado mediante regresión logística.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Pacientes incluidos: 88, 45(51,1 %) tratados con glicopéptidos (7 teicoplanina y 38 vancomicina), 29(33,0 %) con linezolid y 14(15,9 %) con daptomicina. Edad 72,0 (65,0-79,0) años, 66(75,0%) hombres. No hubo diferencias en edad, sexo, comorbilidades ni adecuación de tratamiento empírico. Foco bacteriemia: alto riesgo; 14(48,3%) con linezolid, 26(57,8%) con glicopéptidos y 7(50,0%) con daptomicina, $p=0,771$. Los pacientes tratados con linezolid presentaron mayor ingreso en UCI; 8(27,6%), vs. 1(2,2%) con glicopéptidos y 0(0,0%) con daptomicina, $p=0,002$ y mayor shock séptico; 12(41,4%) vs. 1(13,3%) con glicopéptidos y 1(7,1%) con daptomicina, $p=0,009$, sin diferencias en SOFA > 2, necesidad de drogas vasoactivas o ventilación mecánica.

Curación clínica al final del tratamiento: 19 (65,5%) con linezolid, 30 (66,7%) con glicopéptidos y 7 (50,0%) con daptomicina, $p=0,573$. Necesidad de rescate: 7(24,1%) con linezolid, 7(15,6%) con glicopéptidos y 7(50,0%) con daptomicina, $p=0,036$. Estancia atribuible a la infección: 27,0(16,5-45,5) días con linezolid, 20,5(12,5-27,0) días con glicopéptidos y 31,5(15,0-47,0) días con daptomicina, $p=0,087$. No hubo diferencias entre los grupos en erradicación microbiológica, mortalidad intrahospitalaria o a los 30 días ni en los efectos adversos.

Ajustando por los factores confusores (críticos y shock séptico), el tratamiento con glicopéptidos presentó un riesgo de curación clínica aOR: 1,01 (IC95% 0,35-2,97) y con daptomicina aOR: 0,48 (IC95% 0,12-1,96), $p=0,67$. En cuanto al rescate, el tratamiento con glicopéptidos presentó un aOR: 0,56 (IC95% 0,16-1,98) y con daptomicina aOR: 3,02 (IC95% 0,71-12,81), $p=0,17$.

A pesar del reducido tamaño muestral el tratamiento con daptomicina se asoció a una peor evolución clínica con una mayor necesidad de rescate en el tratamiento de la bacteriemia por *E.faecium*. Linezolid y vancomicina tuvieron una eficacia similar.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

985. EFECTIVIDAD DE ANFOTERICINA B Y FLUCITOSINA EN GEL VAGINAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA VULVO-VAGINITIS CANDIDIASICA RECURRENTE

AUTORES

GUTIERREZ LIZARAZU A, HERRERO CORELL I, ABASOLO TAMAYO X, FERNANDEZ GARCIA B, LACASA ARREGUI C, SERRANO ALONSO M
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AV. PIO XII, 36, PAMPLONA, NAVARRA. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de una fórmula magistral de Anfotericina B 1.25% y Flucitosina 12,5% en gel (Aquagel®) para el tratamiento de la vulvovaginitis recurrente por *Candida* spp. (VVCR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de 2 años de duración (febrero de 2016 - abril de 2018) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VVCR que recibieron tratamiento ambulatorio con gel vaginal de Anfotericina B y Flucitosina. Para facilitar su aplicación, se suministró un aplicador vaginal compatible con el envase de la preparación.

Las fuentes de datos consultadas fueron las historias clínicas informatizadas y los registros de dispensación de la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.

Se recogió la edad, variables relacionadas con la infección (número de recurrencias previas, síntomas clínicos, aislamientos microbiológicos en secreción vaginal y antifungigrama), y relacionadas con el tratamiento farmacológico (terapia previa, posología y duración del tratamiento).

La efectividad del tratamiento se evaluó en base a la respuesta clínica (resolución de síntomas) y microbiológica (negativización de los cultivos), así como a la recurrencia de la infección en el primer año tras el inicio de del tratamiento. La seguridad se evaluó en base al registro de reacciones adversas en las historias clínicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 11 pacientes con una mediana (rango) de edad de 43 (23-67) años. El aislamiento micológico más frecuente fue *Candida albicans* en un 54,5% (n=6), seguido por *Candida glabrata* en el 45,5% (n=5) y *Candida parapsilosis* en el 9% (n=1). Una paciente presentó infección por *C. albicans* y *C. glabrata*. El 54,5% de los aislamientos fueron resistentes a fluconazol. El 81,8% (n=9) de los casos habían sido tratados previamente con azoles por vía vaginal y/o sistémica.

La pauta de tratamiento consistió en una aplicación de 7 gramos del gel cada 24 horas durante 14 días, salvo en el caso una paciente que recibió 7 gramos cada 12 horas durante el mismo periodo de tiempo. Cuatro (36,4%) pacientes continuaron después con una pauta de mantenimiento consistente en 1 o 2 aplicaciones semanales, con una mediana de duración de 186 (125-657) días.

A las cuatro semanas del inicio del tratamiento, el 100% de las pacientes obtuvieron respuesta clínica. En cuatro (36,4%) pacientes se negativizaron los cultivos, mientras que en otras cuatro continuaron positivos. A los 2 meses de haber iniciado el tratamiento, se consiguió la negativización de los cultivos en el 90,9% (n=10) de las pacientes.

La aparición de recurrencias tras el inicio de tratamiento se observaron en el 36,6% (n=4) de los pacientes.

La tolerancia al gel vaginal fue buena en todos los casos, sin registrarse efectos adversos al tratamiento.

Conclusiones

El tratamiento con el gel vaginal de Anfotericina B y Flucitosina es efectivo en el tratamiento de la VVCR.

La buena tolerancia a la preparación puede contribuir a una adecuada adherencia al tratamiento y a la efectividad del mismo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1000. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES

MARTIN GUTIERREZ N, OLIVA OLIVA MA, IGLESIAS GÓMEZ A, BLAZQUEZ GALÁN A, FERNANDEZ DE LA FUENTE MA, PEÑA LORENZO D, FERNANDEZ DOMINGUEZ E, OTERO LÓPEZ MJ

COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. Pº. SAN VICENTE, 88-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La eficacia de los antivirales de acción directa en el tratamiento de la hepatitis C es superior al 90%, por lo que afortunadamente es muy reducido el porcentaje de pacientes en los que fracasa el tratamiento. El objetivo de este estudio fue analizar los factores que presentaban los pacientes en los que fracasó el tratamiento inicial con agentes antivirales directos en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes tratados de hepatitis C en el hospital y centro penitenciario dependiente durante tres años (2015-2017).

Se incluyeron aquellos pacientes considerados difíciles de tratar, extraídos del total de pacientes atendidos, que por distintos motivos, no obtuvieron respuesta viral sostenida (RVS) (ARN VHC indetectable) dentro de las 24 semanas (24s) post-tratamiento.

Se compararon las características de esta subpoblación con la población global de pacientes atendidos, para valorar aquellos factores que podrían haber llevado a una mala respuesta al tratamiento. Se evaluó la siguiente información: comorbilidades, grado de fibrosis, genotipo, adecuación de los esquemas de tratamiento utilizados y situación social.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 15 pacientes con mala respuesta al tratamiento que supusieron el 2,8% de la población global (n=541); el 80% eran varones y la mediana [rango] de edad fue de 53 [40-64] años.

Al analizar las características diferenciales propias de la enfermedad y comorbilidades de la población global y este grupo de pacientes se observó que el 53% de los no respondedores portaba VIH y un 31% de los mismos sufría cirrosis descompensada, frente al 29% de VIH+ y 6,7% de cirrosis descompensada en la población general. Se hallaron también diferencias en los genotipos 3 y 1b del VHC que en el subgrupo no respondedor fueron el 31% y el 12,5%, y en la población fueron el 16,8% y el 30,7% de los totales, respectivamente.

Los motivos del fracaso fueron: recaídas (n=10); abandonos por situación social complicada (n=3) (prostitución, drogadicción); suspensión por parte del médico por esquema inadecuado, con ribavirina (n=1); y defunción (n=1).



Las causas de las 10 recaídas se relacionaron con: esquemas infraterapéuticos (n=4); resistencias a antivirales inhibidores de proteasas NS3/NS5A (n=2); posible interacción farmacológica (n=1); reinfección posible (n=1); causa desconocida (n=1). Nueve de estos 10 pacientes se trataron con diferentes regímenes que contenían sofosbuvir y lograron RVS, aunque en dos casos no llevan aún las 24s de tratamiento. Un paciente no ha sido tratado todavía.

Los pacientes en los que fracasó inicialmente el tratamiento con antivirales de acción directa presentaban con mayor frecuencia uno o más de los siguientes factores: infección por VIH, cirrosis descompensada, presencia de genotipo 3 o situación social complicada. En estos pacientes se requeriría adoptar medidas preventivas como la realización de un seguimiento exhaustivo.

La inclusión de sofosbuvir en los protocolos de retratamiento ha permitido obtener una buena respuesta.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1008. PERSISTENCIA A LOS INHIBIDORES DE LA INTEGRASA EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PRÁCTICA REAL

AUTORES

RANZ ORTEGA P, SÁNCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, ONTENIENTE GONZÁLEZ A, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12.5. MADRID

OBJETIVOS

Los inhibidores de la integrasa (INI) se han posicionado como opciones preferentes de tratamiento antirretroviral (TAR) en el paciente VIH según diferentes guías clínicas. Son fármacos bien tolerados, con una tasa de abandono en ensayos clínicos entre el 1 y el 4% por efectos adversos secundarios en la semana 48 o 96.

El objetivo principal es determinar la persistencia de los INI y analizar los motivos de abandono.

Como objetivo secundario, analizar si hay diferencias en la tasa de discontinuación entre INI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de tipo descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes en TAR con INI en terapia triple hasta abril 2018. Los criterios de exclusión fueron: menores de 18 años y los INI utilizados en profilaxis post-exposición.

Se estudió la persistencia al tratamiento con el INI inicial como número de días hasta cambio de tratamiento. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, tiempo exposición al INI, si la combinación incluía abacavir, motivo cambio y tipo de efecto adverso que desarrollaron, en su caso. La información se obtuvo de la historia clínica y de los registros electrónicos de dispensación del Servicio de Farmacia.

Se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, se compararon los tiempos hasta el abandono mediante análisis de la varianza (KRUSKAL-WALLIS) y se determinaron los factores influyentes por regresión de Cox mediante SPSS 22.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 364 pacientes. La media de edad fue de 46 ± 12 años. El 74,7% eran hombres y el 17,8% naive. La distribución según el INI utilizado fue: raltegravir 25,06%, elvitegravir 38,7% y dolutegravir 36,2%.

Para una mediana de seguimiento de 191 semanas (IQR 25-217 semanas) para raltegravir, 60 semanas (IQR 39-99 semanas) para elvitegravir y 75 semanas (IQR 50-124 semanas) para dolutegravir, la supervivencia media fue de 135 semanas para raltegravir, 57 semanas para elvitegravir y 28 semanas para dolutegravir. La mediana de tiempo hasta la suspensión por toxicidad fue de 88 semanas (IQR 195 semanas) para raltegravir, de 43 semanas (IQR 66 semanas) para elvitegravir y de 18 semanas (IQR 42 semanas) para dolutegravir, siendo estadísticamente significativo en todos los casos ($p < 0.005$).

Los motivos globales de suspensión fueron simplificación para raltegravir (55,2%), toxicidad para elvitegravir (44,8%) y dolutegravir (66,7%). Los efectos adversos más frecuentes que ocasionaron el abandono fueron los gastrointestinales (42,1%), renales (31,6%) y neuropsiquiátricos (10,5%). Dolutegravir fue suspendido principalmente por efectos adversos gastrointestinales (50%), elvitegravir por renales (66,7%) y raltegravir por gastrointestinales y hepáticos (33,3%).

En la regresión de Cox los únicos factores asociados con el abandono fueron: ser un paciente pretratado (OR=0,49 IC95% 0,33-0,74; $p=0,001$) y el tipo de INI (OR de abandono frente a dolutegravir: OR=1,97 IC95% 1,26-3,07; $p=0,003$ para raltegravir y OR=1,40 IC95% 0,92-2,15; $p=0,112$ para elvitegravir).

Conclusiones

Raltegravir es el INI con mayor persistencia, siendo la simplificación el principal motivo de cambio. La persistencia de elvitegravir y dolutegravir fue menor, limitada por toxicidad.

En la interrupción del INI influyó ser pretratado y el tipo de INI, siendo mayor para raltegravir. Mientras que el abandono por toxicidad fue más temprano para dolutegravir.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1021. RECIDIVA TRAS TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA: RESISTENCIAS Y ADECUACIÓN DE LAS PAUTAS DE RESCATE A LAS RECOMENDACIONES.

AUTORES

DANI BEN ABDEL-LAH L, AGUILAR DEL VALLE E, MOYA CARMONA I, SANCHEZ YAÑEZ E, MORA SANTIAGO MR, FERNÁNDEZ OVIÉS JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA. CAMPUS TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Determinar la tasa de recidiva en pacientes con infección por virus de la Hepatitis C (VHC) tratados con una combinación de antivirales de acción directa (AAD). Describir las características de dicha población, así como los tratamientos AAD inicial y tras recidiva.

Analizar la adecuación de las pautas de rescate instauradas a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron todas las prescripciones de pacientes con VHC tratados con AAD (enero 2015–enero 2018). Los datos clínicos se obtuvieron de los informes de consulta, y las prescripciones y registros de dispensación, del programa de dispensación a pacientes externos de farmacia.

Se consultaron las guías para el tratamiento de VHC, vigentes en cada periodo, de las Asociaciones Americana, Europea y Española para el Estudio del Hígado, Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades Infecciosas (IDSA), y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

Se incluyeron en el estudio 860 pacientes. La tasa de respuesta virológica sostenida (RVS) fue del 98,9% (5 pacientes no respondedores y 4 abandonos).

Tras un seguimiento de al menos 12 semanas (w) desde el fin de tratamiento presentaron recidiva 15 pacientes, lo que supone una tasa de recidiva del 1,7%. Todos tuvieron adherencia óptima al tratamiento previo.

Cinco pacientes tenían infección por VHC Genotipo 1b, dos 1a, cinco de genotipo 3 y tres de genotipo 4. Se realizaron estudios de resistencia (ER) en diez de los pacientes: desde 2017 se solicitaron los ER en el 100% de los pacientes recidivantes. Dos pacientes presentaron variantes asociadas a resistencias (RAV) en más de una diana, por lo que hubo un 14,5% de casos de multiresistencia.

El retratamiento se realizó con Ledipasvir/Sofosbuvir 24w en tres pacientes (tratados previamente con Sofosbuvir+Simeprevir); con Ledipasvir/Sofosbuvir 12w con Ribavirina en un paciente (tratado previamente con Sofosbuvir+Simeprevir) y sin Ribavirina en dos pacientes (tratados anteriormente con Sofosbuvir+Simeprevir, y Daclatasvir+Sofosbuvir); con Elbasvir/Grazoprevir 12w en un paciente (tratado previamente con Ledipasvir/Sofosbuvir); con Velpatasvir/Sofosbuvir 12w en tres pacientes (previamente tratados, uno con Daclatasvir+Sofosbuvir, y los otros con Ledipasvir/Sofosbuvir con/sin ribavirina respectivamente); con Velpatasvir/Sofosbuvir/Voxilaprevir 12w en tres pacientes (quienes previamente recibieron Ledipasvir/Sofosbuvir, Velpatasvir/Sofosbuvir y Daclatasvir+Sofosbuvir respectivamente); con Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir+Dasabuvir +Ribavirina en un paciente (cuyo tratamiento previo fue Sofosbuvir+Simeprevir 12w); y en el último (tratado previamente con Ledipasvir/Sofosbuvir 24w) con Elbasvir/Grazoprevir+Sofosbuvir+Ribavirina 24w.

Las guías consultadas recomiendan realizar ER para detectar RAV en las regiones NS5A, NS5B de la polimerasa y NS3 de la proteasa para guiar el retratamiento. En ausencia de ER, aconsejan emplear esquemas con fármacos que no presenten resistencia cruzada, preferiblemente regímenes basados en Sofosbuvir acompañado de uno o dos AAD. Las recomendaciones de retratamiento vigentes en cada año, se siguieron en 13 pacientes (en tres casos se hizo intervención farmacéutica, que fue aceptada) por lo que la adecuación a las recomendaciones fue del 85%.

Conclusiones

La tasa de recidivas en nuestra muestra es concordante con la descrita en la bibliografía científica (1%), así como las características de los pacientes (14% multiresistencias).

Las terapias de rescate seleccionadas por los prescriptores se adecuaron en gran medida a las recomendaciones de cada momento.

Es esencial la colaboración del farmacéutico en el abordaje del paciente con VHC recidivante al tratamiento con AAD para, analizando las características del paciente y en base a la creciente evidencia científica, ofrecer la mejor opción terapéutica disponible.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1023. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA DALBAVANCINA

AUTORES

ABASOLO TAMAYO X, FRAILE RODRIGUEZ C, IDOATE GRIJALBA AI, TORROBA SANZ B, IDOATE GARCIA AJ, ALDAZ PASTOR A

CLINIA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. DE PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del uso de Dalbavancina

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo de pacientes mayores de 18 años tanto hospitalizados como ambulatorios, tratados con dalbavancina en un hospital de tercer nivel entre octubre de 2016 y marzo de 2018. Se recogieron variables antropométricas (peso y talla), demográficas (edad y raza), microbiológicas (aislamientos y antibiogramas), clínicas (temperatura, hemograma, pruebas función renal, pruebas de función hepática, síntomas gastrointestinales), de tratamiento (dosis (mg/semana y duración de tratamiento (semanas)).

Se recogieron criterios de resultado clínicos (ausencia de fiebre, normalización del hemograma y parámetros inflamatorios) y microbiológicos (negativización de los cultivos microbiológicos).

La respuesta clínica fue evaluada al final de tratamiento como éxito o fracaso, respuesta clínica fue definida como resolución parcial o completa de la leucocitosis, temperatura y signos clínicos o síntomas de infección. Se consideró fracaso terapéutico como persistencia o progresión de signos o síntomas de infección, la no negativización de cultivos o crecimiento de nuevos microorganismos.

Se emplearon medidas estadísticas descriptivas en la evaluación de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 8 pacientes, 5 de ellos varones, con una edad media (amplitud) de 60 (36-74) años. Tres de ellos fueron diagnosticados de infección de prótesis (1 cerebral y 2 cadera), 2 infección de partes blandas y 3 de bacteriemia uno de los cuáles progresó a shock séptico. Todos fueron tratamientos dirigidos por aislamientos de gérmenes gram-positivos, aunque previo al inicio de tratamiento sólo se dispuso de información de sensibilidad a dalbavancina en dos casos. Los microorganismos aislados fueron *S. epidermidis* (62,5%), *S. haemolyticus* (62,5%), *E. faecium* (25%), *E. cloacae* (12,5%). En todos los pacientes la dalbavancina se empleó tras fracaso antibiótico previo y únicamente en dos para indicación aprobada en ficha técnica.

Cinco de los pacientes recibieron dosis de carga de 1.000 mg. En todos los casos la dosis de mantenimiento fue de 500 mg semanales. La mediana de duración (amplitud) de tratamiento fue de 6 (1-26) semanas.

Seis de los pacientes sufrieron fracaso microbiológico, un séptimo fracaso clínico y únicamente 1 paciente obtuvo éxito clínico y microbiológico.

Las reacciones adversas observadas fueron diarrea con aislamiento de *Clostridium difficile* (n=1), astenia (n=1), dolor abdominal (n=1) y erupción cutánea (n=1).

Conclusiones

La dalbavancina, como segunda opción de tratamiento, ha conducido a fracaso terapéutico en la práctica totalidad de pacientes estudiados.

Presenta un perfil óptimo de seguridad, con aparición de escasos efectos adversos. La limitación del pequeño tamaño muestral hace necesario confirmar estos resultados con estudios que incluyan mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1070. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LAS NUEVAS TERAPIAS ANTIVIRALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

AUTORES

GARCÍA GIL S, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MORALES ARRAEZ DE, YANES SÁNCHEZ P, RAMOS DÍAZ R, NAZCO CASARIEGO GJ, QUINTERO E, HERNÁNDEZ GUERRA M

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Las nuevas terapias antivirales dirigidas han mostrado, tasas superiores al 90% de curación de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC). Para que estos resultados puedan ser reproducidos en la práctica clínica habitual, se requiere de una adecuada adherencia al tratamiento por parte del paciente.

De manera multidisciplinar entre el Servicio de Farmacia y el de Digestivo se ha iniciado proyecto de cribado de VHC en poblaciones de riesgo, concretamente en los centros de atención al drogodependiente (CAD).

Así, el objetivo del presente estudio ha consistido en analizar la adherencia al tratamiento del VHC y comparar si existen diferencias en función de la duración del tratamiento, así como las características socio-sanitarias de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico entre diferentes centros de atención al drogodependiente (CAD) centralizado en un hospital de tercer nivel, de 10 meses de duración (junio2017-abril2018) en el cual fueron incluidos aquellos pacientes diagnosticados de infección por VHC que recibieron tratamiento. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos a partir de la historia clínica mediante el aplicativo informático SAP®.

La evaluación de la adherencia al tratamiento se llevó a cabo mediante el registro de dispensaciones. Se consideró como no-adherente a aquellos pacientes que presentaron un cumplimiento inferior al 90% según el registro de dispensaciones. El estudio fue aprobado por el CEIM de referencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio han sido incluidos un total de 111 con una edad media de 50,4 años y un 75,6% hombres. El 71,2% de pacientes recibió tratamiento con glecaprevir-pibrentasvir, 18,9% con sofosbuvir-velpatasvir, 5 de ellos en combinación con ribavirina, 5,4% con ledipasvir-sofosbuvir, 2,7% con sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir uno de ellos en combinación con rivabirina y un 1,8% ombitasvir-paritaprevir-ritonavir, uno en combinación con dasabuvir y otro con ribavirina.

El 92,8% de los pacientes tratados mostraron unos niveles de adherencia superior al 90%:

-En aquellos pacientes con regímenes de 12 semanas de duración (n=59) la adherencia fue correcta en el 88,1% de los casos, mientras que entre los pacientes con regímenes de 8 semanas de duración (n=50) esta lo fue en el 98,0% de los pacientes (p= 0,04). Únicamente dos pacientes fueron tratados con un régimen de 16 semanas.

-En cuanto a la adherencia en función del grupo sociosanitario, se encontró que aquellos pacientes procedentes de los CAD (n=30) la adherencia fue adecuada en el 86,3% de los mismos, mientras que en el resto de los pacientes (n=81) esta ascendió al 96,3%(p=0,019).

Con el presente trabajo hemos querido mostrar los resultados preliminares obtenidos de un proyecto multidisciplinar sobre el cribado de VHC en poblaciones de riesgo. Nuestros resultados sugieren que los pacientes con regímenes más cortos presentan una mayor adherencia. Además, aquellos pacientes que han sido tratados gracias al programa de cribado anteriormente citado, pertenecientes a los CAD muestran una menor adherencia. De tal forma, que la identificación de estos dos factores de riesgo nos permitirá focalizar la atención farmacéutica en este tipo de pacientes para así intentar incluso mejorar las tasas de curación de esta patología.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1086. EVALUACION USO TIGECICLINA. ANALISIS DE INDICACIONES Y DOSIFICACIÓN FUERA DE FICHA TÉCNICA****AUTORES**

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, MEROÑO MARTINEZ MA, GOMEZ GIL A, DE BÉJAR RIQUELME N, SORIA SOTO M, PASCUAL BARRIGA M, NAJERA PEREZ MD
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso de tigeciclina en un hospital de tercer nivel evaluando su uso acorde a los criterios de inclusión en la comisión de infecciosas de nuestro hospital así como las solicitudes fuera de indicación y alta dosificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado desde enero 2017 hasta la actualidad. Se incluyeron todos los pacientes que fueron tratados con tigeciclina durante el período de estudio. Se analizó la adecuación del tratamiento antibiótico, incluidas las siguientes variables: demográficas, servicio responsable, dosis y duración, antibioterapia concomitante, muestra para cultivo microbiológico, indicación del tratamiento y mortalidad durante el ingreso. Los datos clínicos se obtuvieron a partir de registros médicos informatizados (Selene®). Los datos se trataron de manera confidencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Diecisiete pacientes fueron tratados con tigeciclina, con mediana de edad 70(87-45):76.5% fueron hombres. Cinco pacientes (29.5%) ingresaron al servicio de neumología, cinco pacientes (29.5%) a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dos al servicio de cirugía (11.76%), y cinco (29.5%) a otros servicios (infecciosas, hematología, urología).

Tres pacientes recibieron dosis altas de tigeciclina (dosis carga 200mg, seguidas 100mg/12h), mientras que 14 pacientes (82.35%) recibieron dosis estándar (dosis carga 100 mg, seguidos 50mg/12h). La duración media del tratamiento fue de 14,4±11,2días, De estos pacientes tres de ellos llevaban la tigeciclina en monoterapia, el resto asociados con antibióticos de amplio espectro.

Del total de tratamientos en 9 pacientes (53%) se empleó como tratamiento dirigido (MRAB) y en 8(47%) como tratamiento empírico (50%alérgicos a betalactámicos).

En once pacientes (64.7%) el uso de tigeciclina estaba fuera de indicación en Ficha Técnica (FFT): nueve pacientes (47%) neumonía con colonización por *Acinetobacter baumannii* multirresistente MRAB), todos ellos se aislaron MRAB en el esputo o en el aspirado bronquial; y dos (11.76%) shock séptico fracaso multiorganico en cuyos cultivos fueron negativo y SARM. Seis pacientes (35.3%) usaban tigeciclina con indicación, dos Infecciones complicadas de piel y tejidos blandos (IPTBc) y cuatro infecciones complicadas intra-abdominales. Según el tipo y características de la infección: nosocomial 59% y extrahospitalaria 41%.

En cuanto a la evolución de los pacientes, la mortalidad global fue del 35.3% (6 pacientes), de los cuales el 66.6% estaban ingresados en UCI. El subgrupo tratado con dosis altas mostró una mortalidad del 100% (3 pacientes) con una media de duración de 10 días, mientras que el subgrupo tratado con la dosis estándar mostró una mortalidad del 21.4% (tres pacientes de un total de 12).

Hay un elevado porcentaje de utilización de tigeciclina en indicaciones FFT, existiendo en aproximadamente la mitad de ellos confirmación microbiológica de colonización por MRAB.

La alta dosificación 100mg c/12h se utilizó en UCI en pacientes graves como último recurso terapéutico, los resultados muestran ineficacia en todos los casos, por lo que se debe reevaluar esta sobredosificación realizando un seguimiento de mayor duración y con un mayor número de pacientes.

Es necesario establecer protocolos para la utilización de fármacos en indicaciones y dosis fuera de ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1087. INFLUENCIA DE LA CARGA POSOLÓGICA TOTAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.****AUTORES**

FERNÁNDEZ CAÑABATES, ORTEGA VALÍN L, MARTINEZ ÁLVAREZ E, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, FERRERAS LÓPEZ N, GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, GUERRA GONZÁLEZ M, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. AVDA/ALTOS DE NAVA S/N 24071. LEÓN

OBJETIVOS

Determinar la relación en el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en paciente diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con edad igual o superior a 50 años y su carga posológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, prospectivo, unicéntrico de 4 meses de duración (Diciembre 2017- Marzo 2018) de los pacientes VIH con edad igual o mayor a 50 años que acuden a la consulta de pacientes externos del servicio de farmacia a recoger TAR desde al menos 1 año y que autorizan mediante consentimiento informado su inclusión en el estudio.

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, carga posológica incluyendo el TAR y la medicación concomitante (1, 2-4, 5-7 o más de 8 comprimidos al día), adherencia (SMAQ (validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación), registros de dispensación de los últimos 6 meses (RD)). Se definió paciente adherente cuando simultáneamente presentaba adherencia según SMAQ y un RD > 95%. Se analizó la relación entre la carga posológica total y adherencia al TAR, estimada de forma conjunta y por cada método de forma individual. Para valorar la asociación de las variables cualitativas se recurrió al test Chi cuadrado de Pearson.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 154 pacientes (79,87% varones; $56,28 \pm 5,33$ años). El porcentaje de pacientes con 1 comprimido al día, 2-4 comprimidos al día, 5-7 comprimidos al día y > 8 comprimidos al día fue de 23,38%, 31,17%, 21,43% y 23,38% respectivamente.

La adherencia global fue del 55,55%, 35,42%, 39,39% y 52,78% para pacientes con 1 comprimido al día, 2-4 comprimidos al día, 5-7 comprimidos al día y > 8 comprimidos al día respectivamente.

Analizando la adherencia según el cuestionario SMAQ, ésta fue del 63,89%, 45,83%, 39,39% y 58,33% para pacientes con 1 comprimido al día, 2-4 comprimidos al día, 5-7 comprimidos al día y > 8 comprimidos al día respectivamente.

La adherencia según el registro de dispensación fue del 61,11%, 66,67%, 84,85% y 58,33% para pacientes con 1 comprimido al día, 2-4 comprimidos al día, 5-7 comprimidos al día y > 8 comprimidos al día respectivamente.

Únicamente se encontró significación estadística en la relación entre la adherencia según SMAQ y carga posológica de 2-4 comprimidos/día ($p=0,003$).

El 9,10% de los pacientes tenían CV detectable de los cuales el 71,43% eran no adherentes.

Conclusiones

Existen discrepancias en el análisis de la adherencia, siendo mayor considerando únicamente el registro de dispensación. Esto pone de manifiesto la infravaloración del cumplimiento por parte del cuestionario SMAQ sin aportar información sustancialmente predictiva siendo mejores indicadores los datos de registro de dispensación y la carga viral del paciente. Por tanto no parece existir una clara asociación entre la carga posológica total y la adherencia al TAR. Es posible que las discrepancias observadas entre los diferentes métodos de estimación tengan cierta influencia en este hecho, y que sea precisa una muestra mayor para valorar esta relación.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1091. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN QUE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA E INTERACCIONES POTENCIALES DETECTADAS

AUTORES

BERNIAS DOMÍNGUEZ MI, MAÑES SEVILLA M, MAROTO GARCÍA E, GÓMEZ CABALLERO EP, BERTRÁN DE LIS BARTOLOMÉ B, MARTÍN CRUZ B, SANTIAGO GALLEGO B, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la población que inicia tratamiento para la hepatitis C (VHC) con antivirales de acción directa (AAD) en un hospital de tercer nivel. Comprobar su farmacoterapia habitual, analizar las interacciones potenciales y los cambios del tratamiento concomitante necesarios para asegurar la eficacia y seguridad del tratamiento con AAD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo que incluye a los pacientes diagnosticados de VHC que iniciaron tratamiento con AAD durante el último año (marzo 2017-marzo 2018). Al inicio del tratamiento se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, genotipo, grado de fibrosis hepática, comorbilidades (analizadas según el índice de Charlson), coinfección VIH, tratamientos previos, terapia concomitante y las interacciones farmacológicas potenciales. Para la recogida de datos, se revisó la historia clínica electrónica en Selene®, el visor de atención primaria HORUS® y la entrevista personal realizada en la consulta de Atención Farmacéutica. Para el estudio de las interacciones, se empleó la base de datos de la universidad de Liverpool®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 151 inicios de tratamiento con AAD durante el año de estudio. La edad media fue de $55 \pm 7,88$ años y el 45,03% ($n=68$) fueron varones. El genotipo mayoritario fue 1b(48,34%), seguido del genotipo 1a(20,53%), 4(14,56%), 3(11,26%), 1 sin subgenotipar (3,32%) y 2(1,99%). Siete pacientes tenían fibrosis avanzada y 16 grave. 59 pacientes presentaron alguna comorbilidad (la hipertensión fue la más frecuente, presentándola 35 pacientes), con una puntuación media según el índice de comorbilidad de Charlson de 1,78 puntos. El 22,52% eran coinfectados con VIH y el 19,21% eran pacientes pretratados (13 con interferón; 13 con interferón+ribavirina; 3 con AADs). El 67,55% tenían algún tratamiento concomitante, siendo 35 pacientes polimedcados (entendiendo como paciente polimedcado aquel que toma más de 6 fármacos incluyendo el tratamiento antiviral).

Se detectaron 56 interacciones en 43 pacientes. Los grupos terapéuticos más implicados fueron los inhibidores de la bomba de protones (33,92%), antirretrovirales (26,78%), pirazolonas (12,5%), estatinas (12,5%) e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (10,71%). En el 28,57% de los casos requirieron una modificación de la dosis del tratamiento habitual; en el 19,64% se recomendaba espaciar la toma del fármaco y el AAD y en el 7,14% se recomendaba la administración conjunta; en el 37,5% de los casos se desaconsejó el uso concomitante y en el 10,72% de los casos se recomendaba únicamente una vigilancia estrecha y monitorización. En el 32,35% de los pacientes coinfectados se modificó su tratamiento antirretroviral para evitar interacciones con los AAD.

Conclusiones

La población actual que inicia tratamiento con AAD son pacientes de mediana edad, generalmente con bajo grado de fibrosis hepática y con comorbilidades en más de un tercio de los casos, lo que hace que casi un cuarto de la población sean pacientes polimedcados. Esto hace necesario analizar la medicación concomitante para comprobar y detectar las interacciones potenciales con el tratamiento del VHC antes de instaurarlo, ya que en muchos casos puede requerir modificaciones. Según estos resultados, hay que tener especial precaución con los pacientes coinfectados, en los que casi un tercio requirió modificar su tratamiento antirretroviral para asegurar la eficacia y seguridad del AAD.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1101. SUPOSITORIOS DE IMIQUIMOD 2,5% EN EL TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO****AUTORES**

MARTÍNEZ PÉREZ S, LLINARES ESQUERDO M, MATOSES CHIRIVELLA C, POMARES BERNABEU M, SANCHEZ GARCIA AM, SORIANO IRIGARAY L, ANTON TORRES R, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

El imiquimod es un fármaco inmunomodulador que se encuentra comercializado en forma de crema al 5% para el tratamiento de verrugas anogenitales producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Sin embargo, la dificultad que presentan los pacientes para aplicarse la crema intraanal ha impulsado la formulación del imiquimod en supositorios. El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta del tratamiento de los condilomas acuminados anales con una fórmula magistral de supositorios de imiquimod al 2,5% y los efectos adversos derivados de su utilización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de enero de 2017 a enero de 2018. La población del estudio incluyó a todos los pacientes que fueron tratados con supositorios de imiquimod al 2,5% que acudieron a la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes externos (UFPE) a recoger la fórmula magistral. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas electrónicas en Abucasis®: edad, sexo, comorbilidades y tiempo medio de tratamiento. Para evaluar la respuesta al tratamiento se recogió el análisis global del cambio referido por el médico prescriptor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se evaluó a un total de 17 pacientes cuya media de edad fue de 41 años (rango de 21- 61 años), de los cuales 16 eran hombres. El 59% de éstos estaban infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH). Los supositorios de imiquimod se administraron tres veces a la semana en todos los pacientes. El tiempo medio de tratamiento fue de 2,5 meses, habiéndose dispensado desde la UFPE una media de 30 supositorios por paciente. En cuanto a la eficacia de los supositorios de imiquimod, el 35,3% de los pacientes mostró una desaparición completa de las verrugas anales y el 41,2% una mejoría parcial en los que aún persistían, en menor número o tamaño que previo al inicio del tratamiento, las lesiones en el canal anal. Un paciente interrumpió el tratamiento por considerar demasiado molesto la aplicación de los supositorios y del 17,6% de los pacientes restante, no existían datos de efectividad registrados.

En cuanto al perfil de reacciones adversas, sólo un paciente refirió escozor local en el lugar de la aplicación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos parecen indicar que los supositorios de imiquimod al 2,5% son una alternativa eficaz y con un buen perfil de seguridad para el tratamiento de los condilomas anales, dado que su uso se ha traducido en una mejoría clínica en el 75% de los pacientes tratados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1106. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA DISMINUCIÓN DEL REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES VIH+ DE ALTO RESGO. PROYECTO INFARDAR****AUTORES**

GUZMÁN RAMOS MI, MANZANO GARCÍA M, ROBUSTILLO CORTÉS A, MORILLO VERDUGO R, DIAZ ACEDO R, CANTILLANA SUÁREZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME. AVA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de una intervención farmacéutica (IF) coordinada, intensiva, programada y estructurada, basada en el modelo CMO, para evitar el reingreso de pacientes VIH+ de alto riesgo, en comparación con el seguimiento habitual.

DISEÑO

Estudio unicéntrico, prospectivo, aleatorizado de intervención sanitaria estructurada en el que se incluyeron pacientes VIH+, mayores de 18 años, en tratamiento antirretroviral activo, que sufrieron un ingreso hospitalario superior a 24 horas de duración entre abril/17-marzo/18. Se calculó el riesgo de reingreso (RR) a un año mediante la herramienta publicada por Montes-Escalante IM et al. Los pacientes de alto RR se aleatorizaron en proporción 1:1 a seguimiento habitual (grupo control-GC) o IF de estratificación, entrevista motivacional, objetivos farmacoterapéuticos, adherencia, complejidad, riesgo cardiovascular y hábitos de vida (grupo intervención-GIF). Para medir la efectividad de la IF se midió el reingreso al año de seguimiento en cada uno de los grupos.

CIRCUITO Y ETAPAS

Etapas-1: reclutamiento de pacientes, cálculo del RR, aleatorización y diseño-planificación de objetivos farmacoterapéuticos. Etapas-2: intervención estructurada y seguimiento presencial (visitas en semana 12, 24, 36 y 48) y no presencial. Etapas-3: análisis e informe de resultados.

IMPLANTACIÓN

La herramienta utilizada para el cálculo del RR, así como, las intervenciones de atención farmacéutica basadas en el modelo CMO son gratuitas y están accesibles. Las IF son llevadas a cabo con los recursos disponibles.



RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se incluyeron 29 pacientes, 15 en GC y 14 en GIF, con características basales bien balanceadas. A fecha de análisis 16 pacientes habían completado la semana 24 (S24) de seguimiento, 8 en cada grupo. Respecto a la variable principal en S24, tres pacientes (37,5%) del GC habían sufrido al menos un reingreso frente a sólo un paciente (12,5%) en el GIF (OR=0,238; p=0,248). Además, en el GIF se consiguió aumentar (de 75,0% a 100,0%) el número de pacientes con buen control viroinmunológico, mientras que disminuyó (de 50,0% a 37,5%) en el GC. Del mismo modo, aumentó (de 25,0% a 75,0%) el número de pacientes adherentes a la medicación en el GIF, mientras que disminuyó (de 25,0% a 75,0%) en el GC. En cuanto al riesgo cardiovascular disminuyó en el GIF (de un valor medio de 17,4% a 11,7%) sin embargo, aumentó en el GC (de un valor medio de 7,8% a 8,7%). Con respecto a los hábitos de vida saludable: un paciente dejó de fumar en el GIF frente a ninguno en el GC y un paciente abandonó el hábito enólico en el GIF frente a ninguno en el GC. Dado que es imprevisible el número de pacientes que ingresan durante el periodo de estudio, la principal limitación es el tamaño muestral, motivo por el cual, al tiempo de seguimiento actual, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Las IF del modelo CMO son aplicables en todos los servicios de farmacia que realicen atención farmacéutica al paciente externo. No se necesitan recursos adicionales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1116. INTERVENCIONES EN LA ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN CIRUGÍA GENERAL DENTRO DEL MARCO PROA

AUTORES

VINUESA HERNANDO JM, BONAGA SERRANO B, OBÓN AZUARA B, GONZALO RODRIGUEZ A, LUQUE GÓMEZ P, ARENERE MENDOZA M, PUERTOLAS TENA I, CAMPOS MONTELLANO FJ
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. AVENIDA SAN JUAN BOSCO 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) tienen por objetivo mejorar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos asociados al tratamiento. En Octubre de 2016, se creó un equipo multidisciplinar PROA (cirujanos, infectólogos, intensivistas, microbiólogos y farmacéuticos) en el Servicio de Cirugía General (SCG). El objetivo del trabajo es analizar las recomendaciones del farmacéutico y evaluar el grado de aceptación por parte de los cirujanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de las recomendaciones realizadas por el farmacéutico en un equipo PROA del SCG de un hospital de tercer nivel. El período de estudio comprende Enero 2017-Marzo 2018 y se incluyeron todos los pacientes ingresados en el SCG con prescripción electrónica y con tratamiento antimicrobiano. Las recomendaciones a realizar se consensuaron con el equipo: duración (emisión de alerta a partir del tercer día de tratamiento antibiótico), monitorización farmacocinética (vancomicina y aminoglucósidos), optimización de dosis (ajuste de dosis por peso, insuficiencia hepática o renal), indicación, terapia secuencial precoz (TSP) (a las 72 h si criterios de estabilidad clínica, disponibilidad de vía oral y existencia de antibiótico para administración oral) y desescalamiento. Tras la revisión del curso clínico y datos microbiológicos se emitieron las recomendaciones por escrito en un módulo de prescripción electrónica; considerándose aceptada en caso de modificación de la prescripción a las 24 h.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 150 recomendaciones en un total de 93 pacientes, siendo la media de edad 67 (DE 14,9) años y el 73,0% hombres. Tipo de recomendaciones: duración de tratamiento antibiótico (53,3%), monitorización farmacocinética (16,7%), optimización de dosis (13,3%), indicación de tratamiento antibiótico (9,3%), TSP (5,3%), desescalamiento (2,0%). Los fármacos sobre los que más se intervino fueron: vancomicina (17,3%), carbapenems (16,0%): meropenem (n=16), imipenem (n=4), ertapenem (n=4), piperacilina/tazobactam (12,0%), linezolid (6,0%), fluconazol (5,3%) y otros (43,4%). Tras la emisión de las recomendaciones, en el 38,7% (n=58) de los casos se modificó el tratamiento; en el 37,3% (n=56) se suspendió y en el 24,0% (n=36) se continuo igual. El 74,7 % de las recomendaciones (n=112) fueron aceptadas por el médico responsable.

La revisión y emisión de recomendaciones por parte del farmacéutico de un equipo PROA tiene buena aceptación por parte de los cirujanos. La duración prolongada de antimicrobianos se reveló como una de las principales causas de uso inapropiado de los mismos. Gracias a nuestra intervención se consiguió la modificación o discontinuidad en la mayor parte de ocasiones. La integración en equipos PROA constituye una oportunidad de mejora en la prescripción antibiótica, que tiene impacto clínico positivo tanto en la atención sanitaria como en el consumo de recursos. Esto refuerza la idea de seguir identificando estas y otras oportunidades de mejora para obtener un impacto propio en el hospital y en los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1130. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS FORMADO POR FARMA-INTERNA-UCI: MODELO DE ESTRATIFICACIÓN Y FACTORES RELACIONADOS CON LAS INTERVENCIONES

AUTORES

BARRANTES GONZÁLEZ M, SÁNCHEZ TORRES M, ALTÉS CAPELLÀ J, MONTSERRAT TORAN M, RIZO GÓMEZ A, BALLESTEROS CABAÑAS G, DE LA ROSA CARRILLO D, SÁNCHEZ ALÉS L
HOSPITAL PLATÓ. PLATÓ 21, 08006. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir el modelo de estratificación de casos y los primeros resultados de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).
- Analizar los factores relacionados con la realización de intervenciones y su aceptación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional durante el período diciembre 2017-abril 2018 en un hospital de segundo nivel (160 camas y 4 de UCI). En diciembre de 2017 se creó el equipo PROA compuesto por una internista, una intensivista y una farmacéutica. Se desarrolló un procedimiento de trabajo consistente en 2 reuniones semanales para la valoración de casos estratificados según:

1. Bacteriemias y aislamiento de microorganismos multirresistentes en cualquier localización:

- resultados preliminares obtenidos a través de contacto diario con el laboratorio.
- resultados definitivos obtenidos a través de un sistema automático de alertas notificadas por correo electrónico desde el laboratorio.

2. Tratamientos antibióticos activos con un grupo de antimicrobianos seleccionados para su seguimiento a través del PROA por su alto impacto ecológico o coste elevado.

Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos, de tratamiento y sobre las intervenciones realizadas por el equipo PROA.

Estadística: Prueba de Chi-cuadrado y Fischer exact test para variables dicotómicas y U de Mann-Whitney para cuantitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Pacientes: 323 (51,7% hombres); edad: 77,1 años (IC 95% 75,5-78,6); Médicos: 218 (67,5%); quirúrgicos: 57 (17,6%); urgencias: 31 (9,6%); críticos: 17 (5,3%).

Fármacos evaluados: fluoroquinolonas(FQ): 183 (56,7%); carbapenémicos(CP): 73 (22,6%); linezolid: 14 (4,3%); vancomicina: 9 (2,8%); amikacina: 8 (2,5%); daptomicina: 3 (0,9%) y tigeciclina: 1 (0,3%).

Tipo de infección más frecuente: respiratoria: 96 (29,7%); del tracto urinario (ITU): 52 (16,1%); bacteriemia: 25 (7,7%); de piel y tejidos blandos: 20 (6,2%); intraabdominal: 8 (2,5%) y endocarditis: 2 (0,6%). Cultivos positivos: 186 (57,6%).

Microorganismos más frecuentemente implicados: enterobacterias BLEE: 33 (10,2%); otras enterobacterias: 39 (12,1%); P. aeruginosa: 20 (6,2%); SARM: 20 (6,2%); E. faecalis: 7 (2,2%); E. faecium: 3 (0,9%); otros cocos gram positivos: 41 (12,7%); A. baumannii: 2 (0,6%) y C.difficile: 5 (1,5%).

Recomendaciones realizadas: 68 (21,1%). Tipo de recomendación: cambio de tratamiento: 33 (10,2%); terapia secuencial a vía oral: 16 (5%); finalizar el tratamiento: 11 (3,4%) y ajuste de dosis y/o pauta: 6 (1,9%). Fármacos sobre los que se realizó recomendación: FQ: 37 (54,4%); CP: 22 (32,4%); linezolid: 4 (5,9%); amikacina: 3 (4,4%); daptomicina: 2 (2,9%); vancomicina: 2 (2,9%) y tigeciclina: 1 (1,5%). Fueron aceptadas: 51 (75%).

Los factores relacionados con la realización de recomendación fueron (recomendación vs no recomendación): ITU 17/68(25%) vs 35/255(13,7%) (P=0.025); infección por P. aeruginosa 9/68(13,2%) vs 11/255(4,3%)(P=0.007); por E. faecium 2/68(2,9%) vs 1/255(0,4%)(P=0.052); tratamiento con CP 22/68(32,4%) vs 51/255(20%)(P=0.03); con daptomicina 2/68(2,9%) vs 1/255(0,4%)(P=0.052); con tigeciclina 1/68(1,5%) vs 0/255(0,0%)(P=0.052).

Tras cinco meses desde la implementación del PROA se realizaron intervenciones en más del 20% de los tratamientos revisados, observándose una notable aceptación.

Más del 50% de recomendaciones estuvieron asociadas al uso de FQ.

Se realizaron intervenciones más frecuentemente (estadísticamente significativo) en pacientes con ITU, infección por P. aeruginosa o E. faecium y en tratamientos con CP, daptomicina y tigeciclina.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1134. BRONQUIECTASIAS POR MYCOBACTERIUM SIMIAE: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

ROMERO DELGADO C, BULLEJOS MOLINA M, CALZADO GÓMEZ G, VIRGÓS ALLER T, SUÁREZ GONZÁLEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CTRA. DE OFRA S/Nº. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Mycobacterium simiae (M. simiae) es una bacteria de baja prevalencia y difícil de erradicar. La biodisponibilidad de los fármacos en las bronquiectasias es baja y debe tratarse con combinaciones de fármacos y durante tiempo prolongado. El objetivo de este trabajo es describir el manejo, tratamiento y evolución de una paciente ingresada en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las dispensaciones de medicación a través del aplicativo de farmacia y la historia clínica electrónica de abril a octubre de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Paciente mujer de 65 años en seguimiento por la consulta de neumología desde 2006 por bronquiectasias difusas idiopáticas. La paciente es exfumadora, portadora del virus de hepatitis B y padece hipotiroidismo autoinmune. En 2013 se aísla M. simiae y recibe tratamiento con claritromicina, rifampicina y etambutol durante 24 meses con mejoría clínica inicial pero progresión radiológica y no erradicación microbiológica. En noviembre de 2015 la paciente inicia tratamiento con rifampicina 600 mg/24 h, moxifloxacino 400 mg/24 h y claritromicina 500 mg/12 h. El 21 de marzo de 2017 la paciente ingresa en la planta de neumología por empeoramiento clínico tras abandono del tratamiento trasladándose al mes a hospitalización a domicilio. Se instaura nuevo tratamiento con amikacina iv/24 horas según niveles plasmáticos, amikacina 500 mg nebulizada c/12 h, claritromicina 250 mg/12 h, sulfametoxazol/trimetoprim 800/160 mg c/12 h,

cicloserina 750 mg/24 h y clofazimina 100 mg/24 h, estos dos últimos iniciados el 12 de abril y el 29 de marzo al deberse solicitar como medicamentos extranjeros a través del aplicativo del ministerio. Se aísla *M. simiae* tipo I sensible solo a cicloserina, claritromicina y tiosemicarbazona. El 4 de mayo se suspende la amikacina iv y se añade ertapenem 1 g/24 h y linezolid 600 mg/12 h al no objetivar evolución favorable y presentar febrícula. Desde entonces la paciente experimenta mejoría con disminución de reactantes de fase aguda. En junio se ajusta la dosis de linezolid a 300 mg/24 horas por toxicidad hematológica (anemia). En octubre de 2017 se suspende la cicloserina por cuadro depresivo y se reingresa a la paciente en la planta de neumología por empeoramiento clínico, radiológico y microbiológico planteándose nuevo tratamiento con bedaquilina, delamanid, protionamida, amikacina, piperacilina/tazobactam, que no llega a instaurarse por fallecimiento de la paciente.

La identificación, el manejo y tratamiento de las infecciones por *M. simiae* es complicado por la multirresistencia que presenta esta bacteria, lo que se pone de manifiesto en nuestra paciente, en la que nunca se consigue erradicación microbiológica. La participación de un equipo disciplinar (médico, microbiólogo, farmacéutico) es importante para el manejo de estos pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1145. IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN ANDALUCÍA.

AUTORES

BRIEVA HERRERO MT, REYES TORRES I, RODRIGUEZ CANO D, LÓPEZ LÓPEZ P, FRÍAS CASAS M, HERNÁNDEZ PARADAS J, RUÍZ TORRES L, RIVERO JUAREZ A
HOSPITAL UNIV. REINA SOFIA. AVDA. MENÉNDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es la determinación de los factores asociados al paciente relacionados con la no administración del tratamiento para la hepatitis C (VHC) en pacientes coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C. Con esto se pretende sumar esfuerzos al Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEACH) en la erradicación del VHC en los próximos años.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de estudio está constituida por los pacientes de 19 centros de referencia en VIH de Andalucía incluidos en la cohorte HERACLES (NCT02511496). Esta cohorte incluye pacientes infectados por el VIH con infección crónica activa por VHC (definida como RNA VHC detectable en suero). A partir de esta cohorte se analizaron los pacientes que recibieron tratamiento con antivirales de acción directa para el VHC desde el 1 de mayo de 2015 hasta el 1 de mayo de 2017. La población se dividió en pacientes que estaban recibiendo tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) para el VHC durante el seguimiento del estudio y los que no. Por último, las variables identificadas como factores de riesgo relacionadas con la administración del tratamiento del VHC se incluyeron en un análisis multivariante.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 3.075 pacientes de la población de estudio, 1.957 (63.6%) pacientes iniciaron tratamiento con AAD para el VHC al final del seguimiento. Fueron tratados el 67,9% de los pacientes mayores de 50 años (n=1167) frente al 60,2% de los menores de 50 años (n=1908) (p=0.002); el 39,3% de los pacientes que presentaban ausencia o mínima fibrosis hepática (F0-F1) (n=838) frente a los que sí la presentaban (F2=69,8% (n=457), F3=86,8% (n=763), F4=92% (n=705)) (p=0.004); el 55,8% de los pacientes no pretratados con AAD (n=2127) frente a los 88,7% que sí lo estaban (n=167) (p=0.006); y por último el 60,9% de los que presentaban genotipo 3 (GT-3) del VHC (n=504) frente a los que no (GT1=65,8% (n=1784), GT2=57,1% (n=28), GT4=63,7% (713)) (p=0.008). En el análisis multivariante se identificaron la edad mayor a 50 años (OR (95% CI) =1,379[1,109-1,713]), fibrosis hepática (F3: OR (95% CI) =9,866[7,496-12,985]; F4: OR (95% CI) =14,865[10,786-12,985]) y GT-3 (OR (95% CI) =0,689[0,523-0,908]) como factores independientes relacionados con la administración de AAD para el tratamiento del VHC.

Conclusiones

En este estudio se identificaron a los pacientes coinfectados VIH/VHC de la cohorte HERACLES que aún no habían sido tratados con AAD para el VHC al final del seguimiento (36,4% de la población de estudio) y los factores que podrían limitar el acceso al tratamiento que no estaban incluidos en la priorización de pacientes coinfectados VIH/VHC a tratar con AAD en el PEACH. La menor tasa de tratamiento en estos pacientes podría poner en peligro la erradicación del VHC en los próximos años.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1147. ESTUDIO DE LA TERAPÉUTICA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA OXA-48

AUTORES

FERNÁNDEZ BARGIELA N, GIMÉNEZ ARUFE V, GUTIÉRREZ URBÓN JM, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir el manejo terapéutico de las bacteriemias producidas por *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 (KPOXA-48) y buscar la relación entre la mortalidad a 30 días y variables microbiológicas, clínicas y terapéuticas.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los episodios de bacteriemia por KP OXA-48 en los pacientes ingresados en un hospital general de nivel terciario durante el periodo de enero-2013 a diciembre-2017. Los casos fueron proporcionados por el servicio de microbiología. Las variables se obtuvieron de la revisión de la historia clínica electrónica. Se realizó un análisis univariante utilizando el test Chi-cuadrado para relacionar mortalidad con variables categóricas. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata® versión 15.1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron un total de 48 episodios de bacteriemias por KPOXA-48 en 43 pacientes (5 pacientes con 2 episodios), 29 hombres, edad media: 71 años, rango (23-90).

La KPOXA-48 perteneció a un clon con un fenotipo de resistencia a todos los agentes antimicrobianos excepto a gentamicina, colistina, tigeciclina y fosfomicina. La cepa también mostraba susceptibilidad a ceftazidima-avibactam y la CMI a carbapenémicos fue variable, por encima de 8 mg/L en 10 hemocultivos.

El origen de la bacteriemia fue primario de foco desconocido en 4 casos, relacionado con el catéter en 6 y secundarias en 38 [23 a infección del tracto urinario (ITU), 6 a infección intraabdominal, 5 a infección respiratoria y 4 a otros focos].

El tratamiento fue asesorado y supervisado por un equipo multidisciplinar integrado por infectos, farmacia y microbiología, optimizando la elección, posología y duración de los agentes antimicrobianos. Se ajustó la dosis de gentamicina según niveles plasmáticos, se priorizó la perfusión extendida de betalactámicos y se utilizaron dosis elevadas de tigeciclina (200 mg + 100 mg/12 h), colistina (9 MU + 4,5 MU/12 h) y fosfomicina IV (4 g/6-8 h).

En 3/48 episodios no se registró la antibioterapia porque la duración del tratamiento fue inferior a 5 días por fallecimiento prematuro del paciente. Se utilizó monoterapia con carbapenémico en 3/45 episodios y antibioterapia combinada en 42/45 episodios. En los esquemas de terapia combinada los agentes más utilizados fueron gentamicina (37/42) y carbapenémicos (25/42). La terapia más utilizada fue meropenem + gentamicina (n=16). En 3 bacteriemias se utilizó ceftazidima-avibactam combinado con otro agente. La mediana de duración de todos los tratamientos fue de 15 días (rango 6-50).

La mortalidad a los 30 días del diagnóstico de la bacteriemia fue de 12 casos. En el análisis unilateral no existió relación entre la mortalidad y la CMI > 8 a meropenem (p=0.218), el foco de la bacteriemia (ITU frente al resto, p=0.617) ni la administración con terapia combinada que incluía un carbapenémico o ceftazidima-avibactam (p=0.426).

Conclusiones

El manejo terapéutico de las bacteriemias por KPOXA-48 es asesorado y supervisado por un equipo multidisciplinar que optimiza el tratamiento.

La mortalidad en nuestra serie no está relacionada con una CMI alta a meropenem, con el foco de la bacteriemia ni con la terapia combinada que incluye carbapenem o ceftazidima-avibactam.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1160. ESTIMACIÓN DEL GRADO DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA DE LA POBLACIÓN VIH DE UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, GIL CANDEL M, SALAR VALVERDE I, GARCÍA CORONEL M, FRANCO MIGUEL JJ, INIESTA NAVALÓN C, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVD. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Debido al envejecimiento de la población VIH, desde la Unidad de Pacientes Externos surge la necesidad de conocer las patologías no asociadas a SIDA y los correspondientes fármacos prescritos a los pacientes con el fin de orientar adecuadamente nuestra Atención Farmacéutica. Así, el objetivo del estudio es analizar el perfil de comorbilidades y de polifarmacia en pacientes VIH+ con tratamiento antirretroviral (TAR) de un Área de Salud, y determinar su influencia sobre el riesgo de presentar problemas relacionados con la medicación (PRM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un Hospital de Referencia de Área que atiende una población de 200.000 habitantes entre los que se encuentran 450 pacientes VIH con TAR. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que recogieron medicación en Consultas Externas de Farmacia durante una semana escogida al azar (del 19 al 23 de marzo). Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (carga viral plasmática (CV), comorbilidades, coinfección VHC/VHB) de la historia clínica electrónica, y variables farmacoterapéuticas (TAR, registro de dispensaciones, fármacos concomitantes) del programa de gestión (SAVAC®) y de los registros de prescripción de Atención Primaria (Ágora Plus®). Se consideraron pluripatológicos los pacientes con ≥ 2 patologías crónicas distintas al VIH, y polimedicados con ≥ 5 medicamentos prescritos distintos al TAR. El riesgo de presentar PRM se obtuvo según la herramienta PREDICTOR de la SEFH.

Las variables cuantitativas se expresan como medianas y cuartiles y las variables cualitativas como porcentajes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v23.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 120 pacientes con una edad media de 51,15 \pm 9,61 años (el 59,17% mayor de 50 años), de los cuales el 76,7% eran hombres. El 94,17% de los pacientes presentaba CV indetectable. En relación al tipo de TAR, el 49,2% estaban en tratamiento con el esquema 2 ITIAN + 1 INI, el 16,7% con 2 ITIAN + 1 ITINN, el 10% con 2 ITIAN + 1 IP/p y un 24,1% con un esquema diferente. Un 54,2% de los pacientes eran pluripatológicos, con una mediana de 3(2-4)

comorbilidades, y un 26,7% polimedicados, con una mediana de 7(6-9) fármacos por paciente.

Las comorbilidades más frecuentes fueron: síndrome ansioso-depresivo(45,8%), dislipemia(32,5%), hipertensión(20,8%), trastornos psiquiátricos(19,2%) y EPOC(13,3%). En cuanto al perfil de polifarmacia, los fármacos más prescritos fueron: benzodiacepinas(32,5%), vitamina D(31,7%), inhibidores de la bomba de protones(22,5%), estatinas(20%), antidepresivos(18,3%) y antipsicóticos(15%).

El índice PREDICTOR fue alto en un 46,7% de los pacientes. En el análisis estadístico, se realizó la prueba U de Mann-Whitney para establecer la relación entre el número de comorbilidades y el riesgo de presentar PRM, resultando ser estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

Los resultados del estudio confirman el envejecimiento de nuestra población VIH+, con un porcentaje de pacientes mayores de 50 años de casi el 60%, lo que justifica la alta prevalencia de pluripatología y de polifarmacia. Dado que estamos ante un enfermo complejo, en el que el riesgo de presentar PRM es elevado (46,7%) nos proponemos implementar una estrategia de optimización/desprescripción de los tratamientos desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria junto con el equipo de Enfermedades Infecciosas priorizando los pacientes con mayor riesgo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1162. EFECTIVIDAD DE TOBRAMICINA INHALADA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA

AUTORES

HERRERO CORELL I, GUTIÉRREZ LIZARAZU A, IRIGOYEN RODRÍGUEZ I, FRAILE RODRÍGUEZ C, AQUERRETA GONZÁLEZ I, SERRANO ALONSO M

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la tobramicina inhalada en pacientes ambulatorios con infecciones respiratorias de repetición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio los pacientes que recibieron tobramicina inhalada ambulatoria durante al menos 30 días, entre enero-2014 y abril-2018. Se revisaron las historias clínicas y los registros de dispensación de la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (diagnóstico de base, sintomatología respiratoria, reinfecciones) y microbiológicas (aislamientos en muestras respiratorias y sensibilidad a los antibióticos (CMI)), así como dosis, frecuencia de administración y duración del tratamiento con tobramicina inhalada.

Para el análisis de efectividad se evaluaron la negativización de los cultivos, las exacerbaciones respiratorias (empeoramiento en la sintomatología que requiere tratamiento antibiótico ambulatorio) y los ingresos hospitalarios por infección respiratoria.

La seguridad fue evaluada en base al registro de efectos adversos en la historia clínica. Se evaluó también el desarrollo de cepas resistentes a los antibióticos nebulizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Fueron incluidos en el estudio 18 pacientes, de los cuales el 61,1% (n=11) eran varones, y la mediana (rango) de edad fue de 74 (38-90) años.

Once pacientes (61,1%) presentaban bronquiectasias, siete (38,9%) diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y ambos diagnósticos se presentaban simultáneamente en cuatro de los pacientes.

Se aisló *Pseudomonas aeruginosa* en 15 pacientes (83,3%). En todos los casos el microorganismo aislado era sensible a tobramicina con una CMI entre 0,5 y 1 mcg/mL. Tres pacientes recibieron tratamiento empírico. La posología habitual fue de 200 mg cada 12h, que tras un mes de tratamiento se espació a meses alternos en el 38,8% de los pacientes, según criterio clínico. La mediana (rango) de duración del tratamiento fue de 134,5 (33-741) días. El 81,0% de los pacientes recibieron tobramicina en monoterapia y el 19,0% en combinación con colistina. El 94,4% recibieron tratamiento broncodilatador previo al antibiótico y un 27,7% recibió además un mucolítico. En la mayoría de los casos el tratamiento fue administrado mediante el nebulizador tipo jet Innospire elegance®.

Se realizaron cultivos de muestras respiratorias a 13 pacientes tras el inicio de tratamiento, de los cuales el 76,9% fueron negativos. El 16,6% de los pacientes sufrieron exacerbaciones de la enfermedad y el 61,1% reingresó por infección respiratoria. La mediana de tiempo hasta reingreso tras el inicio del tratamiento fue de 85 (23-1132) días.

No se registraron efectos adversos asociados a la terapia inhalada y en ningún caso se generaron resistencias a la tobramicina.

Conclusiones

La terapia inhalada ambulatoria con tobramicina ha conseguido la negativización de casi el 80% de los cultivos de secreciones respiratorias en nuestra población de pacientes con infecciones respiratorias de repetición. Sin embargo, la frecuencia de ingreso por complicaciones respiratorias ha sido elevada.

A pesar de la elevada duración del tratamiento con tobramicina inhalada no se ha detectado la selección de cepas resistentes al mismo.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1165. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS FORMADO POR FARMACIA-INTERNA-UCI EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

BARRANTES GONZÁLEZ M, SÁNCHEZ ALÉS L, MONTSERRAT TORAN M, ALTÉS CAPELLÀ J, RIZO GÓMEZ A, BALLESTEROS CABAÑAS G, DE LA ROSA CARRILLO D, SÁNCHEZ TORRES M
HOSPITAL PLATÓ. PLATÓ 21, 08006. BARCELONA

OBJETIVOS

- Describir el procedimiento de implementación de un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) en un hospital de segundo nivel.

DISEÑO

Se diseñó un PROA con el objetivo de mejorar la calidad, los resultados clínicos, minimizar los efectos adversos a los tratamientos con antibióticos y garantizar tratamientos coste-efectivos.

Se creó el equipo PROA y se planificó el procedimiento de trabajo teniendo en cuenta las necesidades del centro. Se estableció un proceso de selección y evaluación de tratamientos y se definieron unos indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Finalmente se hizo difusión al resto de profesionales.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Institucionalización del PROA en el hospital: se aprobó por la Comisión de Infecciones, con el apoyo de la Dirección del hospital.
2. Creación del equipo PROA: formado por una farmacéutica hospitalaria, una internista y una intensivista.
3. Planificación del método de trabajo: se definieron unos objetivos y procedimiento de trabajo del equipo PROA, que consistía en: a. Reuniones dos veces por semana, en el Servicio de Farmacia; b. Actualización de la guía de tratamiento empírico del hospital, consensuada con el resto de profesionales; c. Elaboración y/o revisión de protocolos de tratamiento empírico; d. Valoración de casos estratificados según: 1. Bacteriemias y aislamiento de microorganismos multirresistentes (MMR) en cualquier localización; 2. Tratamientos antibióticos activos con un grupo de antimicrobianos seleccionados para su seguimiento a través del PROA por su alto impacto ecológico o coste elevado; e. Definición de indicadores
4. Difusión al resto de profesionales: sesión general en el centro.
5. Evaluación y reuniones: análisis de los primeros resultados y elaboración de actas de las reuniones.

IMPLANTACIÓN

-En diciembre de 2017 se puso en marcha el PROA en el hospital.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Actividad realizada:

- Actualización de la guía de tratamiento empírico del hospital
 - Protocolos de tratamiento: infección del tracto urinario, neumonía adquirida en la comunidad, tratamiento de infección por C. Difficile; procedimiento de realización de hemocultivos, procedimiento de limpieza y control de infecciones en UCI y procedimiento para la colocación de catéter central.
 - Se valoraron un total de 323 tratamientos, de un total de 305 pacientes (18 ingresos), de los cuales eran médicos: 218(67,5%); quirúrgicos: 57(17,6%); urgencias: 31(9,6%); críticos: 17(5,3%). Pacientes con bacteriemia y/o aislamiento de MMR: 95/323 (29,41%). Tratamientos seleccionados: 257/323 (79,6%) Recomendaciones realizadas: 68 (21,1%). Fueron aceptadas: 51 (75%).
 - Se definieron unos indicadores de estructura (institucionalizar el PROA, creación del equipo multidisciplinar, participar en el programa de vigilancia de infección nosocomial de la comunidad autónoma, obtener los datos de consumo de antibióticos, actualizar las guías de tratamiento empírico y realizar actas de las reuniones), de proceso (calidad de las prescripciones en bacteriemias por E. coli) y de resultados (consumo de antimicrobianos).
- Presenta las siguientes limitaciones: 1. Falta de tiempo de los profesionales para ampliar la valoración de casos, y 2. Servicio de Microbiología externo que dificulta el acceso rápido a los resultados.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La actual complejidad en el manejo de las Enfermedades Infecciosas y el aumento de las resistencias a los antimicrobianos hace imprescindible el establecimiento de PROA en los centros sanitarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1167. ALTERACIONES DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES VIH A TRATAMIENTO CON ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINA COMBINADO CON TENOFOVIR ALAFENAMIDA O DISOPROXILO

AUTORES

CID SILVA P, FERNÁNDEZ BARGIELA N, MARGUSINO FRAMIÑÁN L, BALBOA BARREIRO V, MENA DE CEA Á, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ P, CASTRO IGLESIAS Á, MARTÍN HERRANZ I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS DE ARRIBA, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Actualmente se dispone de dos medicamentos antirretrovirales frente al VIH que contienen elvitegravir/cobicistat/emtricitabina combinado con tenofovir disoproxilo (EVG/cobi/FTC/TDF) o con tenofovir alafenamida (EVG/cobi/FTC/TAF). Las guías clínicas nacionales consideran preferente el uso de la formulación que contiene TAF respecto a EVG/cobi/FTC/TDF debido a la mayor eficacia y mejor perfil de tolerancia demostrada en ensayos clínicos, donde las variaciones en

niveles de lípidos no resultaron significativas. El objetivo de este estudio ha sido evaluar las modificaciones en el perfil lipídico de pacientes VIH que han recibido estos tratamientos antirretrovirales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes VIH adultos que han recibido tratamiento antirretroviral (TAR) con EVG/cobi/FTC/TDF o EVG/cobi/FTC/TAF desde marzo 2015-septiembre 2017 y han firmado el consentimiento informado. Se recogieron características epidemiológicas, clínicas, inmunoviroológicas y tratamiento antirretroviral. Se comparó el perfil lipídico medio de 48 semanas previas a recibir el TAR de estudio con el de las 48 semanas posteriores. Se realizó el análisis estadístico utilizando SPSS v.19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Un total de 330 pacientes han recibido TAR con estos regímenes (99 EVG/cobi/FTC/TDF, 180 EVG/cobi/FTC/TAF y 51 recibieron ambos) en el periodo de estudio. Las pacientes que recibieron EVG/cobi/FTC/TDF y EVG/cobi/FTC/TAF son la mayoría varones (84.7% vs 76.2%, $p=0.0451$), con edad media de 45 años (44.1 ± 9.1 vs 45.6 ± 10.5 , $p=0.1539$), factor de riesgo de contagio sexual (69.3% vs 71.4%, $p=0.1411$), que ya habían recibido TAR previos (78.7% vs 81.0%, $p=0.7082$) y más del 90% presentaban viremia suprimida a las 48 semanas de iniciar el TAR de estudio (% carga viral < 50 copias/mL 91.8% vs 90.3% , $p=0.7082$). Los pacientes que recibieron tratamiento con EVG/cobi/FTC/TDF no mostraron variaciones significativas en su perfil lipídico con respecto a los valores previos a comenzar este tratamiento: Triglicéridos (TG) (132.3 ± 79.9 vs 134.9 ± 69.2 , $p=0.147$), Colesterol Total (CT) (178.6 ± 35.7 vs 181.9 ± 35.2 , $p=0.186$), LDL (109.9 ± 28.5 vs 109.7 ± 27.8 , $p=0.996$), HDL (43.2 ± 12.7 vs 44.9 ± 14.6 , $p=0.186$) y cociente CT/HDL (4.3 ± 1.0 vs 4.25 ± 0.9 , $p=0.777$); no ocurrió lo mismo con EVG/cobi/FTC/TAF: TG (123.7 ± 57.0 vs 150.1 ± 104.0 , $p < 0.001$), CT (184.6 ± 40.1 vs 210.0 ± 41.7 , $p < 0.001$), LDL (114.9 ± 32.2 vs 129.7 ± 32.9 , $p < 0.001$), HDL (45.7 ± 11.8 vs 50.6 ± 12.9 , $p < 0.001$) y cociente CT/HDL (4.1 ± 0.9 vs 4.2 ± 1.0 , $p=0.019$). Comparando el perfil lipídico de los pacientes que recibieron EVG/cobi/FTC/TDF vs EVG/cobi/FTC/TAF, los niveles de CT y LDL mostraron diferencias estadísticamente significativas: CT (181.9 ± 35.2 vs 210.0 ± 41.7 , $p < 0.001$) y LDL (109.7 ± 27.8 vs 129.7 ± 32.9 , $p < 0.001$). Se hizo prescripción de estatinas y/o ezetimiba a 6 pacientes (4.0%) mientras estaban a tratamiento con EVG/cobi/FTC/TDF y a 18 pacientes (7.8%) mientras recibían EVG/cobi/FTC/TAF. Durante el seguimiento, el 6.9% de los pacientes suspendieron EVG/cobi/FTC/TAF, en el 31.2% de los casos por hiperlipidemia. Ningún paciente suspendió tratamiento por este motivo en el caso de recibir EVG/cobi/FTC/TDF.

Conclusiones

En los pacientes que han recibido EVG/cobi/FTC/TAF se han observado cambios significativos en sus perfiles lipídicos, con incrementos en TG, CT, LDL y cociente CT/HDL. No se han visto estas modificaciones en los pacientes que recibieron EVG/cobi/FTC/TDF. Fue necesario prescribir fármacos hipolipemiantes en casi el doble de los pacientes que recibieron EVG/cobi/FTC/TAF vs EVG/cobi/FTC/TDF.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1171. RIESGO DE RECURRENCIA EN PACIENTES TRATADOS CON FIDAXOMICINA EN INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

AUTORES

USARRALDE PÉREZ A, DOMINGUEZ BACHILLER M, MARTINEZ SIMÓN JJ, SANZ MARQUEZ S, MORENO NUÑEZ L, TORO CHICO P, DELGADO IRIBARREN GARCÍA CAMPERO A, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Valorar el riesgo de recurrencia de infección por Clostridium difficile (ICD) en pacientes tratados con fidaxomicina en función de la escala de riesgo de recurrencia establecida por el programa de optimización de antibióticos (PROA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo entre 2016 y 2017, en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con fidaxomicina para el tratamiento de la ICD. El PROA se basó en la escala GEIH-CDI-score para valorar el riesgo de recurrencia de ICD; así se consideró edad del paciente (< 70 años: 0 puntos, 70-79 años: 1 punto, > 79 años: 2 puntos), episodio previo por ICD en el año previo (no: 0 puntos, sí: 2 puntos), toxina de Clostridium en heces (no: 0 puntos, sí: 1 punto) y diarrea tras cinco días de tratamiento (no: 0 puntos, sí: 2 puntos). Se estableció riesgo de recurrencia alto entre 4-7 puntos, intermedio entre 2-3 puntos y bajo entre 0-1 punto. De la historia clínica electrónica se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, nº de episodio de ICD, tratamiento previo con vancomicina o metronidazol, días de tratamiento con fidaxomicina y variables de la escala de riesgo de recurrencia, así como la respuesta a los 90 días del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

35 pacientes recibieron tratamiento con fidaxomicina durante el periodo de estudio, de los cuales, 29 completaron tratamiento (34 episodios). Dos pacientes no completaron tratamiento por fallecimiento, dos por no confirmarse ICD y dos por intolerancia/alergia. Un 62.9% de los pacientes fueron mujeres. En el 26.5% de los casos se trataba de un 1º episodio por ICD, en el 44.1% de un 2º episodio, en el 23.5% de un 3º episodio y en el 5.9% de un 4º episodio. La duración media del tratamiento con fidaxomicina fue 10.9 días (DE= 2.5). Un 17.6% había recibido tratamiento previo con vancomicina, el 23.3% con metronidazol, el 50% de los pacientes habían recibido ambos tratamientos y el 9.1% no recibió ninguno de ellos. 32.4% tenían < 70 años, 23.5% entre 70-79 años y 44.1% > 79 años. 91.2% presentaban toxina de Clostridium en heces. 23.5% continuaban con diarrea tras 5 días de tratamiento con fidaxomicina. Según la puntuación obtenida con la escala de riesgo de recurrencia, a partir de estas variables, un 52.9% fueron clasificados de riesgo alto y

un 44.1% de riesgo intermedio, de los cuales presentaron recurrencia un 27.8% y un 26.7%, respectivamente. Se evaluó la curación en los pacientes tratados con fidaxomicina en un 1º, 2º, 3º y 4º episodio, obteniéndose una curación del 77.8%, 53.3%, 62.5% y 50% respectivamente.

La experiencia en nuestro centro muestra que el tratamiento con fidaxomicina para la ICD se emplea en pacientes con elevado-moderado riesgo de recurrencia. Se observó que la probabilidad de recurrencia es similar tanto en los caracterizados como de riesgo alto como de riesgo intermedio, por lo que la escala de riesgo de recurrencia empleada no permite diferenciar qué pacientes se beneficiaran más del tratamiento con fidaxomicina. Los datos muestran un elevado porcentaje de curación tras tratamiento en primera línea con fidaxomicina.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1173. EVALUAR LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A BITERAPIA EN PACIENTES VIH SELECCIONADOS.

AUTORES

LABEAGA BERAMENDI Y, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, RODRÍGUEZ DE CASTRO B, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, TERROBA ALONSO P, RODRÍGUEZ NEBREDAS MS, MARTÍNEZ-MÚGICA BARBOSA C, PAMPÍN SÁNCHEZ R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES. CALLE LOS PRADOS, 395, 33394 GIJÓN, ASTURIAS. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar en pacientes VIH la efectividad, seguridad y ahorro económico del cambio del tratamiento antirretroviral (TAR) con tres fármacos antirretrovirales, a biterapia con Lamivudina asociada a inhibidores de la proteasa potenciado (IP/p).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 2 años de duración, realizado en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron los pacientes que simplificaron el tratamiento antirretroviral a biterapia basada en Lamivudina con IP/p entre Octubre/2015 y Octubre/2017, y se revisó que cumplieran los criterios que recomiendan para dicha simplificación, las guías del grupo de estudio del SIDA-SEIMC 2018 (GESIDA): 1º) ausencia de hepatitis crónica por VHB 2º) carga viral plasmática (CVP) < 50 copias/ml durante 6 meses 3º) ausencia de multirresistencias en el gen de la proteasa o fracaso viral previos a IP/p o lamivudina. Para evaluar la efectividad de la biterapia se definió respuesta viral a la consecución de CVP < 50 copias/ml en la semana 24 y su mantenimiento en posteriores controles semestrales hasta Abril/2018. La seguridad se evaluó mediante el registro de eventos adversos que condicionaron la suspensión de la biterapia. Para determinar el ahorro económico, se calculó la diferencia de coste entre el TAR previo y nuevo. Otras variables recogidas: datos demográficos, TAR previo, biterapia instaurada y meses con ella, motivo de simplificación y adherencia. Los datos se obtuvieron a partir de los programas informáticos de pacientes externos e historia clínica electrónica (Velázquez® y SELENE®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 29 pacientes (62% hombres) con una edad media de 54 años. Los motivos de simplificación fueron: 17 pacientes (59%) por daño renal, de ellos 6 presentaban IR y 11 proteinuria. Para el resto de pacientes las causas fueron: 7 (24%) reducción en el número de comprimidos, en 3 por eventos cardíacos y para 2 por otras causas. Respecto al TAR previo: 24 tenían prescritos (2)ITIAN+(1)IP/p, 4 pacientes con (2)ITIAN+(1)ITINN y 1 con (2)ITIAN+(1)INI. En cuanto a la biterapia instaurada basada en Lamivudina con IP/p: todos los pacientes iniciaron con este régimen, pero en uno se sustituyó posteriormente Lamivudina por Rilpivirina debido a intolerancia. El tiempo medio a tratamiento con biterapia fueron 17 meses.

La efectividad se alcanzó en 26/29 pacientes (90%). Se registraron 3 fracasos virales (10%). Un caso no alcanzó indetectabilidad a las 24 semanas, en otro aparecieron varios repuntes virológicos aislados “blips” y el tercer caso se produjo por falta de adherencia (recaída en consumo de drogas). El resto de pacientes fueron adherentes. Respecto a la seguridad, sólo en un paciente se sustituyó Lamivudina (debido a su intolerancia) por Rilpivirina, manteniéndose la biterapia para todos los pacientes. De los 6 pacientes que simplificaron el tratamiento por insuficiencia renal, 5 mejoraron el filtrado glomerular en revisiones posteriores y ninguno la empeoró. La simplificación, supuso un ahorro económico de 10.642 euros para el hospital.

La simplificación a biterapia basada en Lamivudina asociada a IP/p, permite mantener la efectividad del TAR con buena tolerancia para los pacientes, mejorando tanto su conveniencia, como la toxicidad renal a largo plazo. Además optimiza los recursos económicos del hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1181. POLIFARMACIA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS CON INFECCIÓN VIH.

AUTORES

ZHAN ZHOU E, USARRALDE PEREZ A, PRIETO CALLEJERO A, SANMARTIN FENOLLERA P, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes VIH+ mayores, la polifarmacia, la adecuación de los tratamientos, y las potenciales interacciones farmacológicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal que incluyó los pacientes mayores (≥ 50 a) VIH+ en tratamiento con ≥ 5 fármacos (polifarmacia) y hubieran recibido tratamiento antirretroviral (TAR) al menos 12 meses.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fecha de diagnóstico e inicio del TAR, CD4 y carga viral en última analítica (indetectabilidad: ≤ 50 copias/mm³), comorbilidades, TAR, adherencia al TAR, medicación concomitante, interacciones farmacológicas y criterios STOPP-START 2014.

Las variables se recogieron de la historia clínica electrónica hospitalaria y de primaria y del programa de Farmacia Hospitalaria. La revisión de interacciones se realizó utilizando Lexicomp® y la adecuación de los tratamientos según criterios STOPP-START utilizando CheckTheMeds®.

El análisis comparativo de las variables cuantitativas se analizó mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De la población de pacientes VIH+ en tratamiento (n=423), el 17,7% eran ≥ 50 a y tomaban ≥ 5 fármacos. La mediana de edad fue 57 años (RIC: 54-63 años), siendo el 66,7 % hombres. La mediana de tiempo desde el diagnóstico y el inicio del TAR fue 20 años (RIC: 11-25 años) y 16 años (RIC: 10.5-20 años), respectivamente. La media de CD4 fue de 820/mm³ (DE: 409.5) y la carga viral fue indetectable en todos los pacientes. Las comorbilidades más frecuentes fueron: dislipemia (68,0%), hipertensión (53,3%), patología psiquiátrica (37,3%), otras enfermedades cardiovasculares (34,7%), diabetes (29,3%), patología respiratoria (22,7%), patología digestiva (22,7%) y neoplasias (21,3%). Del 34,7% coinfectados con VHC, un 76.9% estaban curados, y el 12,0% estaban coinfectados con VHB. El 30,7% de los pacientes eran fumadores activos y un 22,7% exfumadores. La media comorbilidades por paciente fue 3.8 (DE: 1.5) y la media de adherencia al TAR fue 96.1% (DE: 10.8). La mediana de medicamentos totales fue 8 (RIC: 6-10). La medicación concomitante fue 6 (RIC: 4-8), pertenecientes principalmente a los siguientes grupos terapéuticos: patología cardiovascular, enfermedades del sistema nervioso central y sistema endocrino.

Un 54.7% de los pacientes presentaron criterios STOPP, mayoritariamente relacionados con el sistema nervioso central (49,3%), duplicidades en la prescripción (22%) y sistema endocrino (8%). Además se hallaron criterios START en el 10,7% de los casos, destacando los referidos a fármacos del sistema musculoesquelético (6,7%) y sistema cardiovascular (4%). Se encontró relación entre el nº de criterios STOPP-START y el nº total fármacos, siendo significativa sólo para los criterios STOPP.

En un 62, 7% de los pacientes, se identificaron un total de 125 interacciones relevantes, siendo la media de 2,7 por paciente. El 11,2% de estas fueron clasificadas como categoría X presentes en el 16% de los pacientes (42,8% por inhibición del CYP3A4, 28,6% por duplicidad terapéutica, 14,3% por inducción del CYP3A4 y otras, 14,3%).

En nuestra población cerca de la mitad de los pacientes VIH+ ≥ 50 a se encuentran polimedcados. En comparación con los datos publicados por otros autores, se obtuvo un número destacado, aunque similar, de prescripciones inadecuadas y una alta prevalencia de interacciones clínicamente relevantes. El papel del farmacéutico es importante para prevenir posibles problemas relacionados con la polifarmacia en esta población de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1203. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL USO RACIONAL DE DAPTOMICINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

AUTORES

MARTIN CRUZ B, MARTIN CRUZ B, RUBIO CEBRIAN B, MAÑES SEVILLA M, CORRALES PEREZ L, BERTRAN DE LIS BARTOLOME B, MAROTO GARCIA E, MORIEL SANCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO MOSTOLES. CALLE RIO JUCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

El uso cada vez más frecuente de antibióticos más selectivos de forma empírica en vez de antibióticos de amplio espectro favorece la aparición de resistencias, cada vez más frecuentes en nuestro medio; Por ello, se ha querido evaluar la utilización de daptomicina en la práctica clínica habitual en pacientes ingresados con sospecha de infecciones complicadas de la piel y partes blandas (IPPBc), endocarditis infecciosa (EID) por *Staphylococcus Aureus* Meticilin-Resistente (SAMR) o bacteriemia por SAMR asociada a EID o IPPBc.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención longitudinal prospectivo de noviembre 2017 hasta abril 2018. Se incluyeron pacientes adultos con prescripción de daptomicina por sospecha de IPPBc, EID o bacteriemia por SAMR. Se recogió la información a partir de la historia clínica electrónica del programa Selene® y del módulo de Unidosis del programa Farmatools®. Las variables recogidas fueron: Demográficas, dosis y días de tratamiento, servicio clínico, motivo, utilización, antibiograma, tratamiento con estatinas y antibioterapia concomitante. El servicio de farmacia realizó las intervenciones farmacéuticas por mal cumplimiento y/o por interacción con estatinas, mediante el diseño de un texto asociado predefinido que se incluyó en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 57 pacientes (54,39% hombres; 66,37 años de media) con prescripción de daptomicina a dosis entre 4-10mg/kg/día y con una media de 10,71 días de tratamiento. Los servicios clínicos que más prescribieron daptomicina fueron Medicina Interna (68,42%) y Medicina Infecciosa (26,35%). Los motivos de inicio fueron por sospecha de IPPBc (33,33%), EID por SAMR (14,04%), bacteriemia por SAMR (50,88%) u otros (1,7%). El inicio del tratamiento pautado fue empírico en 45 pacientes (78,95%), con indicación por SAMR en 11 pacientes (19,30%) y sin indicación (espondilocistitis) en 1 paciente (1,75%). Se realiza el antibiograma a 55 pacientes (96,49%); Tras el antibiograma, 46 pacientes (83,64%) no tenían indicación de daptomicina desescalándose a otro antibiótico más sensible en 36 pacientes (78,26%), mientras que en los otros 10 restantes (21,74%) se continuó el tratamiento con daptomicina. 19 pacientes (33,33%) tenían tratamiento concomitante con estatinas presentando riesgo de elevación de creatina-quinasa (CK) y rhabdomiolisis. Los antibióticos concomitantes que más se prescribieron fueron Meropenem (49,12%), Ceftriaxona (10,53%), Sulfametoxazol-Trimetoprim (10,53%) y Cloxacilina (8,77%). En total, se realizaron 32 intervenciones farmacéuticas; 19 por interacción con estatinas (59,38%) y 13 por no cumplir la indicación de tratamiento (40,62%). Se obtuvo respuesta clínica en 18 ocasiones (56,25%); 15 por interacción (83,33%) y 3 por no indicación de daptomicina (16,66%). Durante el estudio, 36 pacientes suspendieron el tratamiento con daptomicina y 21 pacientes continuaron con el tratamiento (11 con indicación y 10 sin indicación).

Conclusiones

La daptomicina se utilizó en la mayoría de los casos de forma empírica, siendo suspendido el tratamiento tras el antibiograma. Por tanto, se pone de manifiesto la utilización excesiva e incorrecta del antibiótico pudiendo contribuir al aumento de resistencias en nuestro medio. Así mismo, es importante conocer las interacciones farmacológicas a la hora de instaurar un tratamiento antibiótico para evitar la aparición de reacciones adversas

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1217. INCIDENCIA DE NEFROTOXICIDAD EN LOS PACIENTES TRATADOS CON COLISTIMETATO SÓDICO INTRAVENOSO

AUTORES

TORO BLANCH C, GRATACÓS SANTANACH L, DÍEZ VALLEJO C, VILA CURRIUS M, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA (GIRONA). AVENIDA FRANÇA, S/N. GIRONA

OBJETIVOS

El aumento de infecciones debidas a gérmenes multiresistentes ha incrementado el uso de la colistina a dosis altas en los últimos años. El objetivo del estudio es describir la incidencia de nefrotoxicidad y su recuperación en los pacientes tratados con colistimetato sódico por vía intravenosa (IV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital provincial de referencia. Se incluyeron los pacientes tratados con colistina IV durante el período de marzo 2017 a marzo 2018 con una duración ≥ 5 días. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, insuficiencia renal crónica (IRC), foco de infección, microorganismo aislado, posología y duración del tratamiento con colistina, evolución de la creatinina sérica durante y después del tratamiento y uso concomitante con otros fármacos nefrotóxicos. Se evaluó la existencia de nefrotoxicidad según los dos criterios definidos en la bibliografía. Criterio 1: aumento de creatinina $> 0,5$ mg/dL o del $> 50\%$ respecto al valor basal y criterio 2 (recomendado por Acute Kidney Injury Network): incremento de $\geq 0,3$ mg/dL del valor de creatinina o $\geq 50\%$ respecto el valor basal de creatinina en un período de 48h. Para evaluar la recuperación de la función renal, se consideró el tiempo transcurrido desde la suspensión del tratamiento o ajuste de dosis hasta tener un valor normal de creatinina (0,8-1,2 mg/dL) o hasta recuperar la creatinina basal en pacientes con IRC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 14 pacientes. El 71,4% fueron hombres y la edad media fue de $65,2 \pm 16,4$ años. El 21,4% presentaban IRC de base. Los focos de infección fueron: respiratorio (35,7%), abdominal (35,7%), urinario (21,5%) y partes blandas (7,1%). Los gérmenes aislados fueron: Pseudomonas aeruginosa (PAE) extremadamente resistente (57,1%), PAE multiresistente (28,7%), Klebsiella pneumoniae VIM (7,1%) y Stenotrophomonas maltophilia (7,1%). La dosis media diaria de colistina fue $6,4 \pm 2,4$ MUI/día y la duración media fue de $16,3 \pm 11,7$ días.

Según el criterio 1, el 78,6% de los pacientes presentaron nefrotoxicidad y según el criterio 2 este valor fue del 64,3%. El tiempo medio transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de nefrotoxicidad fue de 7,27 días (rango: 1-20) y 3,55 días (rango: 1-8) utilizando los criterios 1 y 2, respectivamente. La incidencia encontrada es similar a la publicada en artículos recientes.

Todos los pacientes tratados con colistina 4,5 MUI/12h presentaron nefrotoxicidad (6/14). El 50% de los pacientes que presentaron nefrotoxicidad recibían tratamiento concomitante con otros fármacos nefrotóxicos (aminoglicósidos y/o vancomicina).

En relación a la recuperación de la función renal, se obtuvieron datos del 60% de los pacientes con nefrotoxicidad y todos ellos recuperaron la función renal. El tiempo medio transcurrido hasta obtener un valor normal de creatinina o recuperar el valor creatinina basal fue de 10,5 días (Rango: 5-24).

En nuestra población alrededor del 70% de los pacientes tratados con colistina IV presentaron nefrotoxicidad y esa fue reversible en todos los pacientes que se pudo evaluar la recuperación.

Estos datos nos indican que en los pacientes con tratamiento con colistina es necesario realizar una estrecha monitorización de la función renal sobretudo en aquellos tratados con dosis altas y/o con otros fármacos nefrotóxicos concomitantes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1256. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PACIENTE VIH EN TRATAMIENTO CON TENOFOVIR.

AUTORES

FRA YÁÑEZ J, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, LAMAS LÓPEZ M, ORALLO LUNA C, SÁNCHEZ CUETO M, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE L
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la nefrotoxicidad de tenofovir disoproxil (TD) en pacientes VIH, así como el efecto del cambio de tratamiento antirretroviral (TAR) a combinaciones con tenofovir alafenamida fumarato (TAF) sobre la función renal (FR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes VIH con TAR activo con TD a 01/01/2017. Las variables recogidas fueron edad, sexo, TAR, duración del tratamiento con TD, cambio de TAR y motivo del cambio. La evaluación de la nefrotoxicidad se realizó con la tasa de filtrado glomerular (TFG) estimada por la fórmula CKD-EPI, los valores de creatinina sérica (Cr) y la presencia de proteinuria. Los pacientes se clasificaron según la TFG: FR normal (≥ 90



mL/min/1,73m²), insuficiencia renal (IR) leve (60-89 mL/min/1,73m²), IR moderada (30-59 mL/min/1,73m²) e IR grave (< 30 mL/min/1,73m²). Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y se procesaron con Excel®. El seguimiento finalizó el 30/04/2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 98 pacientes, con una mediana de edad de 53,03 años; el 74,49% eran hombres. Respecto al TAR, el 50% llevaban combinaciones de 2ITIAN+IP/p, el 37,76% 2ITIAN+1ITINN, el 11,27% 2ITIAN+INI y el 1,02% otras combinaciones. La mediana de duración del tratamiento con TD a 01/01/2017 fue de 9,26 años. Al inicio del tratamiento con TD, la mediana de TFG fue de 104,35 mL/min/1,73m² y la mediana de Cr de 0,83 mg/dL. Un 15,31% de los pacientes presentaban IR leve y un 1,02% una IR moderada.

El 18,37% (n=18) de los pacientes discontinuó el tratamiento con TD (mediana de tiempo de tratamiento con TD 11,07 años), de los cuales, el 77,78% cambiaron a TAR con TAF. En el 61,11% de los casos, el principal motivo de discontinuación fue la nefrotoxicidad y en el 22,22% la simplificación del tratamiento. En el momento del cambio, la mediana de TFG fue de 79,00 mL/min/1,73m² y la de Cr 0,93 mg/dL. Un 61,11% tenían una IR leve y el 27,78% de los pacientes presentaban proteinuria. La mediana de disminución de la TFG desde el inicio del tratamiento con TD fue de 24,55 mL/min/1,73m². Al final del seguimiento, en los pacientes que discontinuaron TD, la mediana de TFG fue de 87,00 mL/min/1,73m² y la de Cr de 0,87 mg/dL. El 50% presentan IR leve y el 16,67% IR moderada. En el 66,67% de los casos, la TFG mejoró, y en el 5,56% no cambió. No se disponen de datos de proteinuria.

En aquellos pacientes que continuaron con TD, la mediana de TFG fue de 93,10 mL/min/1,73m² y la de Cr de 0,89 mg/dL. Un 42,5% de los pacientes presentaban una IR leve. La mediana de disminución de la TFG desde el inicio del tratamiento con TD fue de 11,40 mL/min/1,73m².

Conclusiones

La nefrotoxicidad por TD se manifiesta a lo largo del tiempo en una disminución de la TFG y la aparición de proteinuria y es el principal motivo de discontinuación del tratamiento con TD.

El cambio de TD por TAF parece estabilizar la función renal, si bien se necesita una mayor muestra de pacientes y tiempo de seguimiento para establecer conclusiones robustas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1268. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PERFUSIÓN CONTÍNUA Y EXTENDIDA DE BETA-LACTÁMICOS CON INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

PADULLES ZAMORA A, COBO SACRISTÁN S, SHAW PERUJO E, RIGO BONNIN R, TUBAU QUINTANO F, GRANADA VICENTE R, MUÑOZ BOLAÑO M, MURILLO RUBIO O
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. C/ FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Descripción del proceso de implantación de un programa de administración de beta-lactámicos (ABL) en perfusión continua (PC) o extendida (PE) en base a criterios farmacocinéticos/farmacodinámicos (PK/PD) y a la individualización del tratamiento mediante la monitorización (TDM) de las concentraciones plasmáticas (Cp).

DISEÑO

Proyecto multidisciplinar (núcleo que incluye farmacia, bioquímica, microbiología, enfermedades infecciosas y medicina intensiva y profesionales ad hoc según la situación) desarrollado en un hospital de tercer nivel. Este proyecto se enmarca dentro del programa de optimización de antimicrobianos (PROA) de nuestro centro.

CIRCUITO Y ETAPAS

1) evaluación del estado de la situación en nuestro centro del tratamiento con ABL en pacientes con características PK/PD alteradas y/o infecciones de difícil tratamiento e identificación de puntos de mejora del tratamiento, 2) redacción de la solicitud para la autorización por dirección médica i comité de antibióticos del programa de administración en PC/PE y determinación de Cp, 3) definición de los criterios de TDM, 4) estandarización de la administración y posología inicial según diferentes escenarios, 5) desarrollo y validación de la metodología analítica para la determinación de las Cp de ABL y 6) implantación de TDM de Cp en la práctica clínica rutinaria.

IMPLANTACIÓN

Los procesos incluidos desde la etapa 1 a la 5 se realizó entre enero 2016 y junio 2016. A partir de julio de 2016 se inició el programa de administración en PC o PE y la individualización en base a criterios PK/PD.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Posteriormente a la aprobación por parte de dirección del programa de TDM de los ABL, se desarrolló y validó la metodología analítica y se estandarizó la administración en PC/PE implementándose en el programa de prescripción electrónica y difundándose en las unidades de críticos. La población diana fueron pacientes críticos con alteración de las características PK/PD (función renal aumentada o terapia de sustitución renal) y/o pacientes con infecciones de difícil tratamiento definida como infecciones causadas por microorganismos con sensibilidad disminuida o de localización osteoarticular.

Los criterios de monitorización establecidos fueron: determinación de Cp después de 24h del inicio del tratamiento, durante la PC (C_{ss}) o en predosis (C_{min}) en caso de administración en PE. Desde la implantación de la TDM en rutina clínica se han determinado las Cp en las siguientes ocasiones: meropenem en 132 (61 críticos), cefepime en 126 (20 críticos), ceftazidima en 213 (34 críticos), cloxacilina en 10, piperacilina en 154 (93 críticos) y aztreonam en 67 (35 críticos).



Limitaciones

Determinación de Cp de fármaco total. La individualización se realiza de forma empírica sin la utilización de predicción bayesiana debido a la falta de modelos poblacionales validados que sean aplicables a nuestra población.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El programa de administración de ABL en PE o PC se puede implementar en todos los servicios de Farmacia considerando el tipo de pacientes a tratar contribuyendo a la optimización de la terapia antibiótica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1281. INTERVENCIÓN DEL EQUIPO PARA OPTIMIZACIÓN ANTIMICROBIANOS: SELECCIÓN DE CASOS PARA AUDITORIA NO IMPOSITIVA Y EVALUACIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

BELTRAN GARCIA ME, DONOSO RENGIFO C, MURILLO IZQUIERDO M, CASTAÑEDA MACIAS I, RENDON DE LOPE L, GUERRERO AZNAR MD, RETAMAR MARTINEZ P
HOSPITAL UNIV. MACARENA. AV. DR. FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Uno de los más efectivos y mejor aceptados modos de intervención en los programas de optimización antimicrobiana (PROA) ha sido el asesoramiento no impositivo. El objetivo es describir el procedimiento de detección de pacientes candidatos a realizar dicho asesoramiento, así como analizar la evolución de esa intervención en 2 periodos. Esta intervención se realizó por un Equipo multidisciplinar: 1 farmacéutico clínico (FC) y 1 especialista enfermedades infecciosas (EEII), desde el año 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diariamente el FC seleccionaba, a través del programa de prescripción electrónica: pacientes con antibióticos restringidos (ABR), incluyendo carbapenemas, cefepima, daptomicina, linezolid, equinocandinas y tigeciclina; y pacientes con antibióticos de duración prolongada (ADP), mayor de 7 días. Los casos se complementaban con datos microbiológicos, analíticos y clínicos relevantes. Mediante una reunión diaria con el EEII se seleccionaban los casos potencialmente optimizables y el EEII si lo revisaba junto con el médico responsable su adecuación. Las evaluaciones y asesoramientos se hicieron en base a las recomendaciones de la guía de antimicrobianos del hospital.

Se realizó un análisis descriptivo de asesoría no impositiva en los 2 periodos de estudio: enero-junio-2014 y del mismo periodo en 2016. Como variable resultado se tomaron: DDD/1000 estancias y de mortalidad cruda bacteriemia por *S aureus*.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo estudiado de 2014, fueron evaluadas 624 prescripciones (216 ABR y 408 ADP), de las cuales 261 (41,8%) se seleccionaron para un audit: 99 ABR (45,8%) ABR y 162 ADP (39,7%). En relación al año 2016, se incrementó el número de prescripciones evaluadas a 914 (279 ABR y 635 ADP), de las que se seleccionaron también un mayor porcentaje 53% (490): especialmente ABR: 211 (79,6%) y 279 (43,9%) de los ADP.

En el periodo de 2014, se hicieron 23 recomendaciones para los ABR: suspender el antimicrobiano 5%, cambiar a otro fármaco 18,2% y un 76,8% se consideraron adecuadas. Para ADP, 65 recomendaciones: suspender antimicrobiano 34%, cambio 6,2% y fueron adecuadas el 59,8%. En total, 86% de las recomendaciones fueron aceptadas (90 % ABR y 84% ADP). No se aceptaron 12 casos: 9 suspensión, y 3 desescaladas.

En el periodo de 2016, Se hicieron 211 recomendaciones: suspender antimicrobiano 54%, 16,6% cambiar a otro fármaco y 29% fueron adecuadas. Para ADP, las recomendaciones fueron 279: suspender antimicrobiano (30,5%), cambiar a otro fármaco 17,2% y 52,3% adecuadas. En total, 94,7% de las recomendaciones fueron aceptadas (97,1 % ABR y 92,8% ADP). Los casos de no aceptación fueron 10 casos suspensión, 8 desescalada y 8 innecesarios.

Como variables resultados fueron 694 DDD/1000 Estancias en 2014 frente a 735 en 2016 DDD/1000 Estancias. La mortalidad cruda bacteriemia por *S aureus* fue de 20 y 14,94 en 2014 y 2016 respectivamente.

La pre-selección de casos por métodos electrónicos junto con la elaboración de un informe y posterior discusión con el EEII ayuda a reducir significativamente el número de casos potencialmente optimizables. Esta forma de intervención, asesoría no impositiva, para los ABR y ADP fue bien aceptada por los médicos prescriptores, permite optimizar el consumo de Antimicrobianos (DDD/1000 Estancias) y no repercute negativamente en la clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1292. RELACIÓN DE LA POLIFARMACIA CON LAS INTERACCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES VIH+

AUTORES

MORILLO VERDUGO R, ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, SANCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, GIMENO GRACIA M, ALMEIDA GONZALEZ CV, DIAZ ACEDO R, CANTILLANA SUAREZ MG, MANZANO GARCIA M
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ, KM. 548.9. SEVILLA

OBJETIVOS

Determinar la relación de la polifarmacia con la aparición de interacciones potenciales y contraindicadas en una cohorte de pacientes VIH+.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, trasversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral activo (TAR) que acudieron a consultas de farmacia el día del corte trasversal prefijado en los hospitales participantes. Se

recogieron variables demográficas, clínicas como la carga viral y la cifra CD4, presencia de comorbilidades y variables farmacoterapéuticas como el régimen TAR y la medicación concomitante prescrita.

La variable principal fue la presencia de polifarmacia, definida como “prescripción simultánea de seis principios activos incluyendo el TAR”. Asimismo, se valoró la polifarmacia mayor “prescripción simultánea de 11 principios activos o más”. Para el análisis de las interacciones se empleó la herramienta de la Universidad de Liverpool para las interacciones con el TAR (“potencial interaction” and “do not coadminister” y la herramienta Lexicomp para la detección de interacciones entre la medicación concomitante (Categorías D y X). Se definió interacción potencial si era “potencial interaction” o categoría-D y contraindicación si se incluía en “do not coadminister” o categoría-X. Si se produjeron discrepancias entre ambas bases de datos, se seleccionó la que aparecía la interacción más grave.

Para analizar relaciones entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-Cuadrado o métodos no asintóticos de Montecarlo y prueba Exacta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 1225 pacientes (79.0% hombres), pertenecientes a 81 hospitales, con una mediana de edad de 49 años (RIQ:41-54). Se detectaron interacciones potenciales en el 34,6% de los pacientes y contraindicaciones en el 6,4%. La media de interacciones por paciente fue 2.31 ± 2.02 , siendo los inhibidores de la proteasa (IP) con un 39.8 % de las interacciones y los hipolipemiantes con un 11.3% los fármacos más implicados.

Los pacientes con polifarmacia presentan un 61.2% más de interacciones potenciales que los que no presentan polifarmacia [$p < 0.0005$; OR 95%)=18.22(13.50-24.59)] y un 62.7% más los pacientes con polifarmacia mayor [$p < 0.0005$; OR(95%)=34.6(12.51-95.87)]. Entre los factores asociados a al tipo de TAR, la aparición de interacciones potenciales es mayor en IP y en combinaciones poco comunes ($p < 0.0005$), en back-bone diferente a Abacavir/ lamivudina y en pacientes tratados con Nevirapina/Etravirina o Raltegravir ($p < 0.0005$).

Otros factores son el tratamiento con antiulcerosos, antiparkinsonianos, antiepilépticos, psicofármacos, fármacos para la EPOC, antihipertensivos, fármacos para el sistema cardiovascular e hipolipemiantes ($p < 0.0005$).

En relación con las contraindicaciones, los pacientes con polifarmacia presentan un 16.8% más de contraindicaciones que los que no presentan polifarmacia [$p < 0.0005$; OR (95%)=19.81 (9.79-40.12)] y un 24.7% más los pacientes con polifarmacia mayor [$p < 0.0005$; OR (95%)=7.78(4.34-13.97)]. Las combinaciones poco comunes de TAR se asociaron a una mayor probabilidad de aparición de contraindicación ($p < 0.0005$), sin influir el tipo de back-bone o los fármacos que componen el TAR. El tratamiento con antiulcerosos, antiepilépticos, psicofármacos, fármacos para la EPOC, fármacos para el sistema cardiovascular e hipolipemiantes se asocian, igualmente, con un aumento de las contraindicaciones ($p < 0.0005$).

Conclusiones

La polifarmacia y la polifarmacia mayor influyen de manera importante en la aparición de interacciones potenciales y contraindicadas. Otros aspectos a tener en cuenta son el régimen antirretroviral y la medicación concomitante.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1300. TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA: ADECUACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES

LAMAS LÓPEZ M, FERNANDEZ GONZALEZ A, FRA YAÑEZ J, CALZON BLANCO C, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P, ORALLO LUNA C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, Nº4. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de la terapia secuencial antibiótica (TSA) y estimación de su impacto económico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de un mes de duración donde se registraron la totalidad de antibióticos intravenosos, con presentación para administración oral, prescritos en pacientes hospitalizados. Fueron excluidos: tratamientos de duración < 48 horas, pacientes críticos e infecciones graves no candidatas a TSA (endocarditis, infecciones del sistema nervioso central y abscesos no drenados).

Se recogieron: sexo, edad, servicio prescriptor, diagnóstico infeccioso, antibiótico prescrito y el momento en el que se realizó la TSA o la suspensión del tratamiento.

Se estableció como TSA objetivo aquel momento en el que el paciente era candidato al cambio a la vía oral según criterios de estabilidad clínica: tolerancia oral, ausencia de trastornos gastrointestinales, temperatura < 38°C, disminución de los marcadores inflamatorios (PCR y/o procalcitonina) y disminución del recuento de leucocitos. Se comparó el momento en el que se realizaba la TSA con respecto a la TSA objetivo, estimando el impacto económico de esta diferencia.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica y el análisis estadístico se realizó con SPSS-Statistics®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 465 pacientes (57% hombres), con una edad media de $73,9 \pm 16,4$ años, hospitalizados en los Servicios de: Medicina interna (52,9%), Neumología (15,3%), Cirugía (14,6%) y otros (17,2%). Los diagnósticos infecciosos fueron: infección respiratoria (51,4%), urinaria (15,5%), intraabdominal (13,3%), piel y partes blandas (7,5%) y otras (12,3%).

Los antibióticos prescritos fueron: amoxicilina/clavulánico (46,2%), levofloxacino (20,4%), ciprofloxacino (13,5%), azitromicina (6,3%), metronidazol (5,9%), clindamicina (3,9%), linezolid (2,1%) y cotrimoxazol (1,7%).

La TSA se realizó en un 83,4% de los pacientes tras una media de $4,4 \pm 2,6$ días de tratamiento intravenoso, en el 54,3% de los casos al alta y el 45,6% durante el ingreso.

La TSA se ajustó a la TSA objetivo en el 40,6% de los casos. En el 59,4% restante, la TSA se retrasó con respecto a la TSA objetivo en: un día (21,7%), dos días (18,1%) o en 3 o más días (19,6%).

El antibiótico en el que más se retrasó la TSA fue linezolid, con una media de $4\pm 1,2$ días de retraso con respecto a la TSA objetivo, seguido del metronidazol con una media de $2,2\pm 1,8$ días de retraso. Azitromicina fue en el que más se ajustó la TSA a la TSA objetivo con una media de $0,8 \pm 1,1$ días de retraso.

El coste del tratamiento antibiótico parenteral de los pacientes estudiados fue de 6.154€. La TSA en el momento en el que los pacientes alcanzaban los criterios de estabilidad clínica, hubiese supuesto una disminución del coste con respecto a la terapia intravenosa del 24%.

A pesar de que la TSA se realiza en la mayoría de nuestros pacientes, podría realizarse antes en un elevado porcentaje de casos. Sería útil la creación de un programa de TSA, ya que además de evitar los problemas relacionados con la administración parenteral de fármacos, la TSA se sitúa como una medida de reducción de los costes sanitarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1303. EVALUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

AUTORES

GÁLVEZ MADROÑERO M, MORENO NUÑEZ L, BARCIA MARTIN MI, PÉREZ FERNÁNDEZ E, PÉREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN. C/ BUDAPEST 1. MADRID

OBJETIVOS

La bacteriemia causada por *Staphylococcus aureus* (BSA) es una infección grave y frecuente, teniendo un impacto positivo en el pronóstico global la instauración de un conjunto sistemático de medidas (CSM) en su manejo. En este trabajo se analiza el grado de aceptación del CSM emitidas por el Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) en la BSA y la mortalidad asociada en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de todas las BSA en el año 2017, excluyendo el servicio de Pediatría. Se recogieron variables demográficas, microbiológicas, el tratamiento antibiótico y su duración. El CSM recomendadas por el PROA fue: 1. Uso precoz del antibiótico según Guías Clínicas; 2. Realización de hemocultivos de control (48-72h); 3. Evaluación de respuesta clínica al tercer día; 4. Control del foco de infección (FI); 5. Realización de ecocardiograma; 6. Proporcionar la Concentración Mínima Inhibitoria (CIM) a vancomicina y 7. Ajuste de dosis de vancomicina según criterios farmacocinéticos (PK/PD).

Se consideraron aceptadas si realizaban dos o más recomendaciones, incluyendo la 1. Además, se evaluaron los episodios de infección por *Clostridium difficile* (ICD), la estancia media y mortalidad. Ésta se relacionó con la infección si el paciente había estado en tratamiento con antibióticos hasta 48 horas antes; con la edad mediante el test U-Mann-Whitney y con la presencia de recomendación, CIM a vancomicina y origen nosocomial mediante el test Chi-cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron 55 BSA, excluyendo 4. La edad media fue 75,5 años (DE:16,7) y 58,8% eran varones. El 29,4% eran portadores de dispositivo intravascular y el 13,7% inmunodeprimidos. *Staphylococcus aureus* meticilin resistente fue responsable del 35,3% de las BSA. El 51%(26/51) mostraron CIM a vancomicina $\geq 1,5$ mg/L y el 52,9% (27/51) fueron de origen nosocomial. Los servicios de ingreso más frecuentes fueron Medicina Interna (49%), seguido de Cirugía Vascular (11,8%). Se produjo endocarditis en el 7,8%(4/51). Los FI fueron: desconocidos 19,6% (10/51), piel y partes blandas 17,6% (9/51), respiratorio 15,7% (8/51), catéter central 11,8% (6/51), óseo 9,8% (5/51), otros 25,5% (13/51). Se emitieron un total de 220 recomendaciones en 45 pacientes (6 pérdidas por exitus precoz o traslados) con un porcentaje global de aceptación del 86,7%. Las recomendaciones aceptadas/emitidas desglosadas por tipos fueron:

- Tipo1: 31/34(91,2%)
- Tipo2: 42/44(95,5%)
- Tipo3: 24/24(100%)
- Tipo4: 29/31(93,5%)
- Tipo5: 32/35(91,4%)
- Tipo6: 45/45(100%)
- Tipo7: 0/3(0%)

Hubo un caso de ICD (2%). La mediana de estancia hospitalaria fue 16 días (RIQ:10-22) y de duración de tratamiento antibiótico fue 14 días (RIQ:7-18). La mortalidad fue del 35,6% considerándose relacionadas con la infección el 62,5% de ellas. De los pacientes sin recomendación del PROA, fallecieron el 66,7% (4/6) durante el ingreso.

La mortalidad se asoció con el edad ($p < 0,001$); no así con la presencia de recomendación, CIM a vancomicina $\geq 1,5$ mg/L ni origen nosocomial ($p=0,11$; $p=0,53$; $p=0,06$ respectivamente).

Conclusiones

La implicación del PROA en las BSA, mediante la emisión de recomendaciones, es elevada con un alto porcentaje de aceptación, siendo relevante la realización de hemocultivos de control y ecocardiograma. Un porcentaje significativo de pacientes fallecidos no tenían recomendación del PROA, no pudiendo demostrar relación estadísticamente significativa con mortalidad. La única variable asociada a mortalidad fue la edad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1313. ADHERENCIA A UN PROTOCOLO DE ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO A PIPERACILINA TAZOACTAM ANTE SU DESABASTECIMIENTO MUNDIAL****AUTORES**

MACHÍN MORÓN MA, PÉREZ ROBRES Y, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, MATÉ ARBAIZA P, FERNÁNDEZ PIÑEIRO N, CABIA FERNÁNDEZ L, FERNÁNDEZ VICENTE M, ORTOLL POLO V
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES Nº 6. BURGOS

OBJETIVOS

A raíz del desabastecimiento mundial de piperacilina-tazobactam en junio de 2017, el Programa de Optimización de Antimicrobianos (Proa) de un hospital de tercer nivel, elaboró un Protocolo de utilización de antibióticos alternativos para el tratamiento empírico de las principales infecciones de foco digestivo, respiratorio, urinario, piel y partes blandas, endovascular y desconocido. El objetivo del Protocolo fue, además, evitar una sobre utilización de carbapenémicos. piperacilina-tazobactam quedó restringido a tratamiento dirigido de colangitis bacteriémica por *Enterococcus* spp. Para cualquier otra indicación sólo se dispensaría previa revisión por clínico del Proa.

Los objetivos de este trabajo fueron: 1) medir el grado de utilización de cefalosporinas (cefotaxima, ceftriaxona y ceftazidima) propuestas mayoritariamente como alternativa en el Protocolo, durante el periodo de desabastecimiento; 2) analizar el consumo de carbapenémicos en dicho periodo; 3) analizar el grado de adecuación a la restricción de uso de piperacilina-tazobactam.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se midió el consumo de cefalosporinas y de carbapenémicos, en Dosis Diarias Definidas/100 estancias (DDD_s/100E), durante el periodo de desabastecimiento (julio y agosto de 2017). El análisis se llevó a cabo en los servicios clínicos con mayor consumo de piperacilina-tazobactam y se comparó con los consumos en los mismos meses de 2016. Las DDD_s se obtuvieron con el programa informático de gestión Farmatools®. Se revisó la adecuación al Protocolo de las solicitudes de piperacilina-tazobactam remitidas al Servicio de Farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Los servicios clínicos con mayor consumo de piperacilina-tazobactam fueron: Cirugía General, Digestivo, Hematología, Neumología, Neurología, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Nefrología, y Oncología.

Se observó un aumento del consumo de las cefalosporinas incluidas en el Protocolo que fue del 86% para cefotaxima, 27% para ceftriaxona y 189% para ceftazidima.

Por servicios, el incremento se produjo, de manera significativa ($p < 0.05$), en Cirugía General (cefotaxima pasó de 1.44 DDD_s/100E a 7.37 y ceftriaxona de 0.16 a 1.85), en Neurología (ceftriaxona pasó de 2.98 DDD_s/100E a 8.66 y ceftazidima de 1.02 a 4.25), en Neumología (ceftazidima pasó de 0.5 DDD_s/100E a 3.64), y en Digestivo (cefotaxima pasó de 0.87 DDD_s/10 E a 3.12).

Se observó un incremento del consumo de carbapenémicos, especialmente de meropenem, con un 103%, siendo los servicios de mayor consumo Hematología (pasó de 24.08 DDD_s/100E a 82.11) y Medicina Interna (de 4.72 a 9.10).

Imipenem y ertapenem experimentaron un incremento menor, destacando entre los servicios, Digestivo que pasó de 1.80 DDD_s/100E a 6.12 y de 1.44 a 5.51, respectivamente.

No se solicitó piperacilina-tazobactam en ningún caso durante el periodo de desabastecimiento, siendo el grado de adecuación a la restricción de su uso del 100%.

Conclusiones

La elaboración de un Protocolo por el Proa con alternativas a piperacilina-tazobactam fue eficaz para la optimización de su uso así como del resto de antibióticos propuestos en el mismo.

La restricción de utilización de piperacilina-tazobactam ha supuesto un aumento de las cefalosporinas propuestas en el Protocolo, especialmente en los servicios de Cirugía General, Neurología, Neumología y Digestivo y, en menor medida, un aumento de carbapenémicos, sobre todo en Hematología, presumiblemente debido a las características de sus pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1321. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA EN UN PERIODO DE 2 AÑOS****AUTORES**

NAVARRO CATALÁ A, SERRAT PÉREZ C, MANRIQUE BLÁZQUEZ R, RADA MARTÍNEZ S, CARRIÓ LLUESMA S, FEMENÍA PÉREZ M
HOSPITAL LA PEDRERA DENIA. PLANA D'EST, 4, DENIA (ALICANTE). ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar el grado de aceptación de las intervenciones emitidas por el Grupo PROA (Programa de Optimización de uso de antimicrobianos) en un hospital de media/ larga estancia.

Nuestro hospital tiene una media diaria de 80 pacientes ingresados, aproximadamente el 20-25% lleva prescrito algún antimicrobiano. Los antimicrobianos son el primer grupo en consumo económico y el segundo en unidades consumidas. Por motivos de seguridad (potencial interacción en pacientes poli medicados, reacciones adversas) y con el objetivo de mejorar su uso se decidió crear un grupo PROA.



MATERIALES Y MÉTODOS

A mediados de 2015 se implantó un programa PROA formado por un equipo multidisciplinar: médico internista (o geriatra), farmacéutico, microbiólogo, médico preventivista y enfermera de la unidad de UPP (úlceras por presión). La metodología de trabajo establecida fue: reunión semanal para realizar una revisión de todas las prescripciones con tratamiento antimicrobiano. La revisión consistió en ver: antimicrobiano prescrito (dosis y pauta posológica), indicación del tratamiento, resultados de microbiología (muestra, microorganismo y antibiograma) y duración del tratamiento. Las intervenciones se comunicaron de forma verbal al médico por el servicio de farmacia, a continuación se registró la implantación de la recomendación emitida. En 2016 y 2017 se recogieron los datos para realizar un estudio retrospectivo del tipo de intervención y seguimiento de las recomendaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 32 reuniones en 2016 y 40 en 2017, en total se revisaron 1.550 líneas de prescripción. Se realizaron 94 intervenciones en los dos años (42 en 2016 y 52 en 2017). Las recomendaciones emitidas en orden ascendente fueron: revisión de la duración del tratamiento (30), cambio de tratamiento antimicrobiano (26), nueva toma de muestra para diagnóstico microbiológico (13), adición de antimicrobiano al tratamiento (12), suspensión de tratamiento (7), tratamiento secuencial (desescalado) (5) y ajuste de dosis (1). De las 94 intervenciones realizadas, 65 (69,1%) fueron implantadas y 29 (30,8%) no se implantaron, desglosando este dato por cada año, en 2016 se implantó el 64,3% y en 2017 el 73,1%. Por tipo de recomendación, la intervención que mayor impacto tuvo fue la revisión de la duración del tratamiento (de 30 intervenciones se aceptaron 28, el 93,3%), que dio lugar a indicar fecha de fin del tratamiento antimicrobiano. A continuación, la recomendación de añadir un antimicrobiano al tratamiento prescrito tuvo un grado de aceptación del 75% (se añadió antimicrobiano en 9 ocasiones de las 12 propuestas). La tercera recomendación más aceptada fue el sugerir nueva toma de muestra para diagnóstico microbiológico, en el 61,5% de los casos se realizó nueva toma de muestra. El tipo de intervención de menor aceptación fue el cambio de tratamiento antimicrobiano (de 26 se aceptaron 12, en el 53,9% de los casos el tratamiento no se cambió).

La prescripción antimicrobiana está sujeta a un margen de mejora, diversas publicaciones han comunicado los beneficios de los programas PROA en hospitales que atienden a pacientes agudos, pero no hay datos en hospitales de larga estancia donde se atiende a pacientes crónicos. En nuestro hospital, el elevado seguimiento de las recomendaciones (el 69,1%) ha condicionado una mejora en la utilización de antimicrobianos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1325. USO Y RESULTADOS CLÍNICOS DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN INFECCIONES COMPLICADAS

AUTORES

BOADA HERNÁNDEZ JM, PASCUAL CARRASCO A, RIERA SENDRA G, CLIMENT GRANA E, DÍAZ GONZÁLEZ M, JAVALOYES TORMO A, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, COLOMER AGUILAR C
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

Ceftolozano/tazobactam (C/T) es una nueva cefalosporina combinada con un inhibidor beta-lactamasa con actividad frente a *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (MDR) y cepas productoras de β -lactamasa de espectro extendido (BLEE). El objetivo es evaluar las indicaciones y resultados clínicos del tratamiento con ceftolozano/tazobactam en infecciones complicadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde octubre de 2016 hasta marzo 2018 en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con C/T. Se evalúan las características de los pacientes: edad, sexo, función renal; características de la terapia: duración del tratamiento, necesidad ajuste posológico, tipo de infección y microorganismos causantes de la infección. Se evaluaron los resultados clínicos hasta 30 días después de finalizar el tratamiento. Se calculó la tasa de éxito (%) = [(curación + mejoría clínica)/ pacientes evaluados] x 100.

Curación clínica: resolución de los signos y síntomas sin necesidad de tratamiento posterior. Mejoría clínica: resolución parcial y/o continuación de antibioticoterapia oral.

La información se obtuvo de la historia clínica electrónica (Orion Clinic®) y del sistema de prescripción electrónica Athos-Prisma®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 34 pacientes, un 73,5 % hombres y con una mediana de edad de 67 años (RIQ: 59,5-71,7). 13 pacientes (38,2%) con diagnóstico de infección respiratoria, 11 con infección de piel y tejidos blandos, 6 con infección del tracto urinario, 3 con bacteriemia asociada a catéter y 1 paciente con infección de origen abdominal. La mediana de duración del tratamiento fue de 8,5 días (RIQ: 4-15).

Un 47,1% de los pacientes necesitó un ajuste posológico debido a la función renal. En los pacientes con infección respiratoria y buena función renal se utilizaron dosis de 2 g C/1 g T cada 8 horas.

El microorganismo más frecuente aislado en los cultivos microbiológicos fue *Pseudomonas aeruginosa* (77,1%) y en 4 pacientes (11,7%) se aisló un microorganismo resistente a C/T.

En la evaluación de los resultados clínicos, se incluyeron 27 pacientes que recibieron C/T durante al menos 72 h. La tasa de éxito fue del 70,4% (51,8% curados y 18,5% con mejoría).

En los pacientes con infección respiratoria se obtuvo una curación del 77,7%.

Conclusiones

C/T se utilizó principalmente en infecciones respiratorias y de piel y tejidos blandos por *Pseudomonas aeruginosa* MDR. La tasa de éxito obtenida sugiere que C/T constituye una opción de tratamiento efectiva en infecciones complicadas por cepas multirresistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1331. INTERACCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS POTENCIALES Y CONTRAINDICADAS EN PACIENTES VIH+ EN ESPAÑA.****AUTORES**

ROBUSTILLO CORTÉS MDLA, MORILLO VERDUGO R, GIMENO GRACIA M, SANCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, CANTILLANA SUAREZ MG, DÍAZ ACEDO R, ALMEIDA GONZALEZ CV, MANZANO GARCIA M
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE VALME. CTRA. DE CÁDIZ, KM. 548.9.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de interacciones farmacoterapéuticas potenciales y contraindicadas que presenta la población VIH+ en España.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, trasversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral activo (TAR) que acudieron a consultas de farmacia el día del corte trasversal prefijado en los hospitales participantes. Se recogieron variables demográficas, clínicas como la carga viral (copias/mL) y la cifra CD4 (cel/ μ), presencia de comorbilidades y variables farmacoterapéuticas como el régimen TAR y la medicación concomitante prescrita.

Para el análisis y clasificación de las interacciones se empleó la herramienta de la Universidad de Liverpool para las interacciones con el TAR (“potencial interaction” and “do not coadminister” y la herramienta Lexicomp para la detección de interacciones entre la medicación concomitante (Categorías D y X). Se definió interacción potencial si era “potencial interaction” o categoría D y contraindicación si se incluía en “do not coadminister” o categoría X. Si se produjeron discrepancias entre ambas bases de datos, se seleccionó la que aparecía como interacción más grave. No se valoraron las posibles interacciones entre los fármacos del TAR.

Las interacciones se agruparon en farmacocinéticas (absorción, metabolismo y excreción) y farmacodinámicas (“Torsade de Pointes”, síndrome serotoninérgico, depresión del sistema nervioso central, nefrotoxicidad y otros).

El régimen de tratamiento antirretroviral se clasificó según su composición en análogos (ITIAN), no análogos (ITINN), inhibidores de la proteasa (IP) o de la integrasa (INI). La medicación concomitante se agrupó según el grupo ATC para simplificar su descripción.

Los resultados se expresaron en medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 1225 pacientes (79.0% hombres), pertenecientes a 81 hospitales, con una mediana de edad de 49 años (RIQ:41-54). El TAR más prescrito fue el formado por 2 ITIAN+INI (36.6%) seguido de 2ITIAN+ITINN (33.9%). El 57.6% de los pacientes tenía prescrito al menos un fármaco concomitante. Se detectaron interacciones potenciales en el 34,6% de los pacientes y contraindicaciones en el 6,4%. La media de interacciones por paciente fue 2.31 ± 2.02 , detectándose 964 interacciones potenciales y 119 contraindicadas. De ellas, el 78.0% fueron interacciones entre el TAR y un fármaco concomitante mientras que el 22.0% restante se produjo entre la propia medicación concomitante. Los antirretrovirales más implicados en las interacciones fueron los inhibidores de la proteasa (IP) con un 39.8% seguido de los ITINN con un 28.0%. Entre la medicación concomitante destacan los hipolipemiantes (11.3%) y los antidepresivos (9.0%), con especial relevancia en las interacciones no relacionadas con el TAR.

El 72.6 % de las interacciones eran farmacocinéticas, siendo el metabolismo el proceso más afectado (76.8%). El 15.2 % era una interacción relacionada con la absorción y el 8.0 % con la excreción.

Finalmente, el 32.2% de las interacciones fueron farmacocinéticas (4.8% interacciones farmacocinéticas-farmacodinámicas). La depresión del sistema nervioso central fue la interacción más frecuente suponiendo más del 30% de los casos.

Conclusiones

La prevalencia de interacciones potenciales y contraindicadas en pacientes VIH+ en nuestro país es elevada. Es necesario incidir en este aspecto para mejorar los resultados de salud de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1340. COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA****AUTORES**

LAMAS LÓPEZ M, ORALLO LUNA C, FRA YAÑEZ J, GOMEZ DE SEGURA IRIARTE L, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P, FERNANDEZ GONZALEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, Nº4. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con colistina inhalada (CI) en pacientes con bronquiectasias sin fibrosis quística (FQ) colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con bronquiectasias sin FQ colonizados *P.aeruginosa* a tratamiento con CI (1 MU cada 12 horas) desde el año 2011 al 2017.

Se registraron: Sexo, edad, hábito tabáquico, etiología de las bronquiectasias, microorganismos aislados en cultivos de esputo y tratamientos antibióticos asociados.

Para evaluar la eficacia se comparó el número de exacerbaciones e ingresos el año previo y el año posterior al inicio de la CI, realizando la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para datos apareados, y la negativización de los cultivos de esputo

tras el inicio del tratamiento. La seguridad se evaluó mediante el registro de reacciones adversas medicamentosas (RAM). Adicionalmente se registraron: duración del tratamiento, motivo de suspensión y recidivas tras la misma. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica y el análisis estadístico se realizó con SPSS®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 27 pacientes (70,4% hombres) con una mediana de edad de 72 años (59-81), de los cuales un 55,6% eran ex-fumadores. La etiología de las bronquiectasias fue: EPOC (48,1%), infecciosa (22,2%), asma (14,8%) y otros (14,8%). Al inicio del tratamiento todos presentaban cultivos de esputo positivos para *P.aeruginosa* y un 29,6% estaban coinfectados con: *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (n=3), micobacterias (n=3) y *Haemophilus influenzae* (n=2). En un 22,2% se asoció al tratamiento con CI antibioterapia oral con azitromicina (n=3) o quinolonas (n=3). Durante el año previo al inicio del tratamiento la mediana de exacerbaciones fue de 3 (2-4) y de hospitalizaciones de 2 (1-3). El año posterior disminuyó significativamente ($p < 0,001$), siendo 1 (0-2) y 1 (0-1), respectivamente. Esto significó una reducción de un 61,4% en el número de hospitalizaciones y un 69,4% en el número de exacerbaciones. El 92,6% de los pacientes presentaron cultivos de esputo negativos para *P. aeruginosa* tras una mediana de 128 (96 – 183) días de tratamiento con CI. Un 18,5% de los pacientes sufrió algún tipo de RAM relacionada con el tratamiento: broncoespasmo (n=2), tos (n=2), disnea (n=1). La mediana de días de tratamiento con CI fue de 256 días (169-421). En un 74% de los pacientes se suspendió el tratamiento por: negativización de los cultivos de esputo (n=13), exitus (n=3), no erradicación bacteriana (n=2) y RAM (n=2). Tras la suspensión del tratamiento por negativización de los cultivos de esputo, un 72,7% de los pacientes sufrió una recidiva de la infección por *P.aeruginosa* en una mediana de 8 meses (6-12). A pesar de ser una indicación no autorizada en su ficha técnica, el uso de CI se sitúa como una alternativa eficaz con un perfil de seguridad aceptable para el tratamiento de las bronquiectasias colonizadas por *P.aeruginosa* en pacientes sin FQ, proporcionando una disminución significativa tanto en el número de exacerbaciones como de ingresos. La elevada tasa de recurrencia tras la suspensión de la CI, sugiere la necesidad de nuevas estrategias de tratamiento antibiótico de las bronquiectasias no FQ colonizadas por *P.aeruginosa*.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1341. INCIDENCIA ACUMULADA DE NEUTROPENIA CON EL USO CONCOMITANTE DE MICOFENOLATO DE MOFETILO Y VALGANCICLOVIR EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

AUTORES

FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, PLASENCIA GARCÍA I, TÉVAR ALFONSO E, MESA EXPÓSITO R, HERNÁNDEZ ROJAS S, RAMOS SANTANA E, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia acumulada de neutropenia en pacientes trasplantados de hígado, estimar el riesgo de desarrollar neutropenia atribuible al tratamiento con Micofenolato de Mofetilo (MMF) y el riesgo adicional que supondría la adición del Valganciclovir (VGC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal. Se incluyeron pacientes receptores de hígado entre 2012 y 2017 que fueron tratados con MMF al alta o con la combinación de MMF y VGC, con al menos 100 días de seguimiento post-trasplante. Se excluyeron los menores de 16 años y los pacientes fallecidos durante el tiempo de seguimiento. Realizamos una recogida de datos retrospectiva a través Historia Clínica informatizada (Selene®).

Las variables principales de nuestro estudio fueron el tratamiento concomitante con MMF y VGC y la presencia de neutropenia ($< 1,8 \times 10^3/\mu\text{l}$).

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como porcentaje (%) y las variables numéricas como mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75]. La incidencia de neutropenia se estimó con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se usó la chi-cuadrado de Pearson como prueba de contraste de hipótesis para las variables nominales.

Los análisis se realizarán mediante los programas EPIDAT (versión 3.0) y el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron 165 trasplantes de hígado entre 2012 y 2017, de los cuales 137 fueron objeto de estudio. De ellos, un 74% eran varones y la mediana de edad fue 54 (57-62).

De los 137 pacientes analizados, 82 fueron tratados con MMF y 55 recibieron conjuntamente MMF y VGC, observando una incidencia acumulada global de neutropenia del 38% IC95% [29-46], que fue significativamente mayor en pacientes que recibieron la combinación de MMF+VGC (58%) respecto a los que tenían solo el MMF (24%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa usando el test estadístico chi-cuadrado de Pearson ($p=0.0001$), estimándose además un Riesgo Relativo (RR)=2.4 (IC95=1.5-3.7).

Conclusiones

La incidencia de neutropenia global en los pacientes con trasplante hepático fue del 38%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes en tratamiento concomitante con MMF y VGC. El riesgo de desarrollar neutropenia en los pacientes a los que se les asoció ambos fármacos es más del doble respecto a los que sólo se trataron con MMF.

Esto supone que sea necesario un seguimiento estrecho de los niveles de neutrófilos en los pacientes trasplantados hepáticos en tratamiento conjunto con MMF y VGC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1344. DESESCALADA DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES INGRESADOS IDENTIFICADOS CON ALERTA FARMACOTERAPÉUTICA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA)****AUTORES**

CORTÉS SÁNCHEZ CJ, CERCÓS LLETÍ AC, ILLA GÓMEZ MD, SANCHO CHINESTA S, ARMERO IBAÑEZ R, CAMARENA MIÑANA JJ, CAMPILLOS ALONSO P, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERISTARIO DR. PESET. AVDA. GASPAS AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar entre las diferentes actuaciones del Equipo-PROA la desescalada de antimicrobianos realizada en los pacientes ingresados en un hospital general activados mediante un sistema de alertas establecido y evaluar el tiempo de actuación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, durante enero-marzo de 2018, de pacientes ingresados en un hospital general con terapia antiinfecciosa activados por cumplir uno de los tres tipos de alertas establecidas: clínicas (código sepsis registrado en historia clínica), microbiológicas (cultivos positivos en líquidos estériles) y farmacoterapéuticas de antibióticos (linezolid, daptomicina, teicoplanina, amikacina, tigeciclina, colistina, ceftolozano/tazobactam y dalvabancina) y de antifúngicos (voriconazol, posaconazol, anfotericina-B-liposomal, caspofungina, anidulafungina y micafungina) obtenidas desde la prescripción médica electrónica. Los pacientes activados se evaluaron por el Equipo-PROA durante las sesiones clínicas diarias de lunes a viernes. Se planteó el análisis descriptivo de la desescalada de antimicrobianos, en los pacientes activados con alerta farmacoterapéutica entre el total de las actuaciones sobre la prescripción clasificadas en: mantener, protocolo, ajustar dosis, desprescribir, desescalar, escalar, dirigir, adecuar por antibiograma, terapia secuencial, no adherencia a recomendación y éxitus. Las variables recogidas fueron: número de historia, sexo, edad, tipo de alerta farmacoterapéutica, tipo de tratamiento (empírico, dirigido, precoz, profilaxis, protocolo), antimicrobiano/s prescritos y desescalados, tipo de actuación PROA, muestra biológica, y tiempo de actuación (desde la activación al fin de actuación).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 325 pacientes ingresados con alertas PROA, de los cuales 112 (34,5%) pacientes (hombres 51,8%, mujeres 48,2%, edad media 70 años), fueron activados mediante alertas farmacoterapéuticas, las cuales correspondieron a: linezolid 57%, colistina 9,8%, daptomicina 9,8%, caspofungina 5,4%, posaconazol 3,6%, amikacina 2,7%, anfotericina-B-liposomal 2,7%, teicoplanina 1,8%, anidulafungina 1,8%, tigeciclina 1,8%, voriconazol 0,9%. El tipo de tratamiento fue: empírico 65,2%, dirigido 33,9% y profilaxis 0,9%. La muestra predominante fue la respiratoria (38,5%) seguido de urinaria (21,5%), bacteriemia (hemocultivo) 15% y abdominal (12%). Las actuaciones más frecuentes fueron: sin cambios (36,6%), desescalada 18,75% (21/112), terapia secuencial 16% y ajuste de dosis 10,70%.

En el proceso de desescalada, la reducción en el número de antibióticos supone el 62% (13/21). Los patrones de desescalada aplicados se refieren a iniciar una amplia cobertura por sospecha de resistencias a: cocos gram positivos por sospecha de *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (CGP/SAMR) 47,6%, bacilos gram negativos no fermentadores por sospecha de multiresistencia (BGN-NF/MDR) 23,8%, enterobacterias por sospecha de producción de betalactamasas (ENT/BLEA) 19% y hongos levaduriformes 9,5%.

El tiempo de actuación del Equipo-PROA en el proceso de desescalada fue < 24h en 19 pacientes (90,5 %) de los cuales, 13 pacientes (61,9%) fueron desescalados en un tiempo < 12h.

Conclusiones

El patrón de desescalada más frecuente está justificado por el riesgo de resistencias a CGP/SAMR, acorde con la prevalencia de infecciones por estos gérmenes resistentes que predominan en la ecología local. Se corrobora la necesidad de actuar desescalando antimicrobianos de amplio espectro a terapia dirigida por antibiograma en tiempo óptimo en los pacientes ingresados del Departamento de Salud. El tiempo de actuación del Equipo-PROA está optimizado en paralelo a la eficiencia de la comunicación de resultado microbiológico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1349. INTRODUCCION DE DALBAVANCINA EN LA PRACTICA HOSPITALARIA: IMPACTO ECONOMICO****AUTORES**

LOIS ÁLVAREZ V, FERNANDEZ GONZALEZ MP, DOMINGUEZ GUERRA M, GRANDIO LEIVAS L, CASADO VAZQUEZ L, VARELA CORREA JJ, GONZALEZ PEREIRA ME, RODRIGUEZ RODRIGUEZ MDP
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO OURENSE. C/ RAMÓN PUGA NOGUEROL, 54. OURENSE

OBJETIVOS

Dalbavancina es un antibiótico perteneciente al grupo de lipoglicopéptidos semisintéticos que por sus características farmacocinéticas, y en concreto su prolongada vida media permite una administración semanal. En aquellas situaciones clínicas en las que se plantee un tratamiento parenteral prolongado dalbavancina ofrecería como ventaja su régimen de administración, que potencialmente reduciría el riesgo de complicaciones asociadas a la terapia parenteral en múltiples dosis.

El objetivo de nuestro estudio es determinar el impacto económico tras la incorporación de dalbavancina a la práctica clínica en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, según consenso con la Unidad de infecciosas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, desde enero de 2017 a marzo de 2018, en el que se incluyeron pacientes que estando a tratamiento con terapia antibiótica hospitalaria de larga duración fueron susceptibles de cambio a dalbavancina.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, patología infecciosa, tratamiento antibiótico previo, dosis y período de tratamiento con dalbavancina.

Los datos clínicos se recogieron de la historia clínica informatizada (IANUS) y del programa de prescripción electrónica Silicom. Los datos económicos se obtuvieron del programa de gestión Sinfnos y del DOGA 56/2014.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 8 pacientes, 3 mujeres y 5 hombres, con una edad media de 69,6 años (31-90). Cuatro presentaban infección de prótesis articular, dos bacteriemias no complicadas y los dos restantes endocarditis y mediastinitis. La terapia antiinfecciosa previa fue: vancomicina(n=2), daptomicina(n=4), cloxacilina(n=2), linezolid(n=1) y fosfomicina(n=2). Se completó tratamiento con dalbavancina en hospital de día (HD), con una media de 2,85 sesiones (rango 2-6). La media de viales usados por paciente fue de 4,87(2-8), con una pauta posológica de dos viales de 500 mg administrados al alta como dosis de choque y 1 vial de 500 mg por semana. El coste medio de dalbavancina fue de 2180,73 euros por paciente y teniendo en cuenta el coste medio asistencial (563,53 euros/paciente), el total del tratamiento ascendió a 2744,26 euros.

Se consideró la alternativa de prolongación en el medio hospitalario del tratamiento antibiótico previo a dalbavancina y se calcularon los costes asociados. El coste total medio ascendió a 16082,91 euros por paciente (1735,14 euros de tratamiento anti infeccioso y 14592,76 euros de estancia hospitalaria). Comparando ambos costes, el tratamiento con dalbavancina supuso un ahorro de 13338,65 euros (82,93%).

Conclusiones

La introducción de dalbavancina en la práctica hospitalaria permite reducir significativamente el coste sanitario y evitar las estancias hospitalarias prolongadas, permitiendo un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor eficacia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1354. RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LAS CAUSAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE CANARIAS

AUTORES

FERRER MACHÍN A, VERA CABRERA M, PLASENCIA GARCÍA I, SUÁREZ GONZÁLEZ M, GÓMEZ MELINI E, HERNÁNDEZ ROJAS S, MESA EXPÓSITO R, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir las causas de trasplante hepático en el hospital de referencia de Canarias y relacionarlo con el sexo del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal. Se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 16 años que fueron sometidos a trasplante hepático en el periodo de Diciembre del 2012 hasta Junio del 2017 en un hospital de tercer nivel. Se revisó la Historia Clínica informatizada a través del programa Selene® para la obtención de las causas de trasplante hepático.

Se consideró como cirrosis hepática de origen combinado aquellos pacientes cuya etiología era de origen enólico y que además se encontraban infectados por Virus Hepatitis C (VHC).

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como porcentaje (%).

Se usó la chi-cuadrado de Pearson como prueba de contraste de hipótesis para las variables nominales.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

165 pacientes fueron trasplantados de hígado durante el periodo de estudio, de los cuales un 73% eran varones. Las principales causas de trasplante fueron cirrosis hepática, 132 pacientes (86% varones). Según su etiología, el origen de las cirrosis hepáticas por orden decreciente fue: alcohólico con 61 pacientes, infección de VHC con 31 pacientes, origen combinado con 22 pacientes, infección de Virus Hepatitis B con 7 pacientes, y otras causas con 11 pacientes.

Otra de las causas de trasplante hepático fue hepatitis de origen autoinmune con 11 pacientes (90% mujeres); cirrosis biliar con 10 pacientes (90% mujeres); y otras con 12 pacientes.

Al comparar las causas de trasplante hepático en función del sexo del paciente encontramos que en cirrosis hepática, hay 114 varones vs 18 mujeres; en hepatitis de origen autoinmune, hay 1 varón vs 9 mujeres; en cirrosis biliar, hay 1 varón vs 10 mujeres; y en otras causas, hay 5 varones vs 7 mujeres ($p < 0.05$).

Conclusiones

La principal causa de trasplante hepático es la cirrosis hepática, en concreto la cirrosis hepática de origen alcohólica, predominado en ambos casos en el sexo masculino.

La hepatitis autoinmune y la cirrosis biliar predomina en mujeres.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1378. ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE LA COAGULACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS CON TIGECICLINA

AUTORES

LARROSA GARCÍA M, RIVERA SÁNCHEZ L, LALUEZA BROTO P, CAMPANY HERRERO D, MESTRE TORRES J, SERRALLACH CARLOS P, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA



OBJETIVOS

La tigeciclina es un antibiótico de amplio espectro utilizado cada vez más debido al aumento en las resistencias. Fue aprobado en 2005, por lo que los datos relacionados con su seguridad son limitados. El descenso del fibrinógeno es una reacción adversa sobre la que existe escasa bibliografía, limitándose a casos aislados. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de alteraciones de la coagulación en una población tratada con tigeciclina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo en un hospital de tercer nivel aprobado por el comité de ética. Se incluyeron pacientes adultos que recibieron tratamiento con tigeciclina al menos tres días entre diciembre de 2015 y marzo de 2018. Se recogieron datos biodemográficos, clínicos, analíticos, así como posología y duración del tratamiento a partir de la historia clínica electrónica y el software de gestión farmacéutica (Silicon®). Se utilizó la t de Student para comparar grupos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 77 pacientes (31,2% mujeres), siendo la edad media $65 \pm 15,8$ años, con un índice de Charlson medio de $5,3 \pm 3,3$. Al inicio del tratamiento los pacientes presentaron un filtrado glomerular medio de $70,8 \pm 24,6$ ml/min, una concentración de albúmina de $2,3 \pm 0,4$ mg/dL, una concentración de proteína C reactiva de $18,1 \pm 13$ mg/dL y unos niveles medios de plaquetas de $285,5 \pm 203,6 \times 10^9$ /L. Un 33% de los pacientes requirieron ingreso en UCI.

Los pacientes recibieron tratamiento con tigeciclina tras un diagnóstico de infección intraabdominal (64,9%), de tracto respiratorio (16,9%), de piel y partes blandas (9,1%), de tracto urinario (2,6%) u osteoarticular (1,3%). Un 36,4% de los pacientes presentaron hemocultivos positivos, un 16,9% sufrieron sepsis.

La duración media del tratamiento con tigeciclina fue de 14 ± 12 días y un 58,4% de los pacientes recibió dosis doble (100mg cada 12 horas).

La concentración media de fibrinógeno al inicio del tratamiento fue de $5,2 \pm 1,2$ g/L y de $3,4 \pm 1,2$ g/L tras su interrupción (dif. 1,76; IC 95%; 1,36 a 2,15; $p < 0,05$), siendo < 2 g/L en un 12% de los pacientes. Una semana después del fin de tratamiento la concentración de fibrinógeno media aumentó a $4,2 \pm 1$ g/L. El valor de INR (International Normalized Ratio) al inicio fue de $1,2 \pm 0,15$ y alcanzó $1,3 \pm 0,3$ al final del tratamiento (dif. 0,11; IC 95%; 0,17 a 0,05; $p < 0,05$); se redujo a $1 \pm 0,2$ tras 7 días de la última administración de tigeciclina.

El tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) previo a la administración de tigeciclina fue de $32,9 \pm 6,3$ s, al final del tratamiento fue de $41 \pm 14,7$ y bajó a $33,9 \pm 9,2$ una semana después del fin del tratamiento.

Se detectaron 8 casos de hemorragia durante el tratamiento con tigeciclina, de los cuales 4 requirieron administración de fibrinógeno intravenoso.

Se concluye que los pacientes tratados con tigeciclina presentaron concentraciones de fibrinógeno en sangre estadísticamente inferiores a los valores previos al tratamiento, que aumentaron tras la interrupción del mismo. Los valores del INR se vieron igualmente afectados por la administración de tigeciclina. Dada la alteración de los parámetros de la coagulación observada, se recomienda monitorizar la concentración de fibrinógeno en sangre durante el tratamiento con tigeciclina para evitar posibles alteraciones de la hemostasia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1382. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES MÁS INFLUYENTES EN EL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA ADAPTADO AL ESPAÑOL EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

AUTORES

PLASENCIA GARCÍA I, FERRER MACHÍN A, GÓMEZ MELINI E, RAMOS SANTANA E, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ A, MORENO GARCÍA AM, TÉVAR ALFONSO E, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluación de los factores más influyentes en los pacientes trasplantados hepáticos de alta complejidad terapéutica según el Índice de complejidad terapéutica adaptada al español (MRCI-E).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal prospectivo. Se incluyeron los pacientes que recibieron el alta hospitalaria tras un trasplante de hígado en 2016.

Realizamos una recogida de datos retrospectiva a través Historia Clínica informatizada (Selene®).

Las variables principales de nuestro estudio fueron: MRCI-E, edad, sexo, presencia de diabetes e hipertensión postrasplante, número de medicamentos, y estancia hospitalaria.

El MRCI-E evalúa la complejidad del tratamiento dividiendo la escala en tres secciones:

Bloque A: Formas farmacéuticas. Depende del número de formas farmacéuticas diferentes.

Bloque B: Frecuencia de administración. Dependiente del número de medicamentos y la frecuencia de administración.

Bloque C: Instrucciones adicionales. Tiene en cuenta aquellos medicamentos que precisan de instrucciones concretas para una correcta administración, como varias dosis por toma, necesidad de fraccionar los comprimidos, administración en relación a las comidas, dosis irregulares, escala móvil de insulina.

Se definió como pacientes de alta complejidad terapéutica si presentaba una MRCI-E > 35 .

Se realizó un análisis descriptivo inicial a través de la media \pm desviación estándar (DE) para las variables numéricas, o el porcentaje (%) para las cualitativas.

El riesgo se estimó con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se usó la chi-cuadrado de Pearson como prueba de contraste de hipótesis para las variables nominales y el test estadístico t-student para las variables cuantitativas.

Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

45 pacientes fueron objeto de estudio. Analizando las diferentes variables a estudio entre los pacientes de alta complejidad terapéutica (n=26) frente a los pacientes no considerados de alta complejidad (n=19) tenemos los siguientes resultados: edad media (55±10 años vs 51±14 años; p=0.277), estancia media (25±11 días vs 25±17 días; p=0.907), hipertensos (23% vs 11%; p=0.277), sexo (varones: 77% vs 58%; mujeres: 23% vs 42%; p=0.177) y número de medicamentos (13±1 medicamentos vs 11±1 medicamentos; p=0.000086).

Con respecto al análisis de diabéticos, 22 de los 26 pacientes fueron considerados de alta complejidad terapéutica frente a 3 de los 19 pacientes no considerados de alta complejidad (p=0.000004). El valor de OR fue 19,3, lo que supone un riesgo 19,3 veces superior de alta complejidad terapéutica en los pacientes diabéticos (IC 95%: 5,7-149,7).

Conclusiones

La mayor parte de los trasplantados hepáticos presentan una elevada complejidad terapéutica relacionándose con la elevada cantidad de medicamentos que utilizan este grupo de pacientes, que tiene un peso importante en el bloque B del índice MRCI-E.

Otro de los factores influyentes en la elevada complejidad terapéutica es la presencia de diabetes post-trasplante, probablemente debido al uso de insulina que influye mucho en la puntuación del MRCI-E, fundamentalmente en el bloque C.

Aquellos pacientes con alta complejidad terapéutica podrían verse beneficiados por los Sistemas Personalizados de Dosificación una vez se les dé el alta hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH

1384. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE EDAD AVANZADA

AUTORES

RUIZ GONZALEZ L, LÁZARO LÓPEZ A, TORRALBA GONZALEZ DE SUSO M, ALVAREZ NONAY A, HORRILLO SÁNCHEZ DE OCAÑA P, RODRIGUEZ ZAPATA M, M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. DONANTE DE SANGRE SN. GUADALAJARA

OBJETIVOS

-Determinar la prevalencia de discrepancias en la conciliación de la mediación concomitante en pacientes VIH de edad avanzada.

-Describir el tipo de discrepancias más frecuentes así como los medicamentos involucrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes de edad avanzada infectados por VIH atendidos en el Servicio de Farmacia de un hospital Universitario regional del 1 enero al 31 diciembre de 2015.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, medicamentos concomitantes, número y tipo de discrepancias encontradas en la historia clínica de atención especializada (HC), número y tipo de discrepancias encontradas en la historia farmacoterapéutica de atención primaria (AP) y carga viral plasmática (CV). Las discrepancias se clasificaron en: omisión de medicamento, diferente dosis/frecuencia/vía, medicamento erróneo –bien porque el paciente ya no lo toma y sigue activo, o bien porque toma otro de la misma familia terapéutica pero no el que está prescrito- y duplicidad terapéutica).

En la conciliación se revisó la HC, la historia farmacoterapéutica de AP y se realizó entrevista con el paciente.

Los criterios de inclusión fueron: infección por VIH, edad igual o superior a 50 años y tratamiento antirretroviral (TAR) desde al menos 6 meses.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 304 pacientes de los cuales 126 (41,45%) eran pacientes de edad avanzada.

En la población a estudio (N=126) la mediana de edad fue de 53 años (RI: 50-78), siendo el 63 % (N=79) pacientes polimedificados. El 72,2 % (N=91) de la población era masculina.

Se analizaron 425 principios activos concomitantes. La mediana de principios activos por paciente fue de 5 (RI:1-21). Se registraron un total de 127 principios activos con discrepancia en HC y 143 principios activos en AP; viéndose afectados 77 pacientes (61,11 %). El 79.2 % de los mismos (N= 61) eran pacientes polimedificados.

En HC se registraron 108 omisiones de medicamentos, 17 medicamentos erróneos y dos medicamentos con dosis errónea. En AP se recogieron 124 omisiones de medicamentos; 17 medicamentos erróneos y 1 medicamento con dosis errónea. Los principios activos mayoritariamente implicados pertenecían a: vitaminas (15.13 %); psicofármacos (11,0%) y antiácidos (10,1 %).

La CV fue inferior a 50 copias/ml en 76 pacientes (60, 3%) e inferior a 200 copias/ml en 112 pacientes (88.8%).

Conclusiones

– Los pacientes seropositivos presentan un elevado número de discrepancias; afectando en mayor medida a los pacientes polimedificados.

– El tipo de discrepancia más frecuente tanto en atención primaria como en atención especializada es la omisión de medicamentos.

– El grupo de medicamentos mayoritariamente implicado son las vitaminas.

– Sería interesante analizar en un futuro si los pacientes con más discrepancias en la medicación presentan más interacciones y/o peor control inmuno-virológico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1396. PROA: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE VALIDACIÓN ELECTRÓNICA SEMIAUTOMATIZADA DE ANTI-BIÓTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.****AUTORES**

DIAZ NAVARRO J, SALMERÓN NAVAS FJ, FÉNIX CABALLERO S, JIMENEZ AGUILAR P, MARTINEZ RUBIO C, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO P
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CARRETERA N-IV, KM.665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Describir las intervenciones realizadas por el equipo responsable del programa de optimización de antibióticos (PROA) del hospital a partir de un sistema automatizado para la validación de los tratamientos antibióticos prescritos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró una aplicación informática -automatizada a partir de la integración de las bases de datos de prescripción electrónica asistida (Farmatools®) y antibiogramas del laboratorio de microbiología (Omnium®). Diariamente se ejecuta de modo automático un filtro de seguridad a pacientes con antibióticos y antibiogramas de los últimos 15 días. Los resultados del proceso se muestran de un modo visual en un informe, en el que se indica con un código de color si la bacteria aislada es sensible al antibiótico prescrito, así como otros posibles tratamientos alternativos o de menor espectro, el número de días de tratamiento y las alergias del paciente. El informe generado automáticamente cada mañana es la hoja de trabajo diario para el equipo PROA. Una vez validado y tras consulta con la historia única digital, se realiza un triaje en el que se deciden los casos que el médico infectólogo va a asesorar directamente con el clínico en planta y aquellos que el farmacéutico va a comunicar por vía electrónica y/o telefónica. Para evaluar el impacto del programa se registró desde octubre de 2015 hasta abril de 2018 el número de intervenciones realizadas, motivos y submotivos de cada una, tiempo invertido en la validación del informe y triaje de cada caso, grupo ATC del antibiótico, servicios médicos implicados y grado de aceptación de los clínicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se realizó un total de 838 intervenciones. Los principales motivos y submotivos fueron: 600 (71,6%) propuestas de retirada de antibióticos (por duración excesiva, adecuación al antibiograma, alergias o duplicidad); 130 (15,5%) propuestas de cambio de antibiótico (por desescalado terapéutico, alergias o según antibiograma); 26 (3,1%) ajustes posológicos (por dosificación excesiva, insuficiencia renal o dosis insuficiente), y 6 (0,7%) cambios de frecuencia de administración. El tiempo medio necesario para analizar la hoja diaria de trabajo por el equipo PROA y triaje posterior fue de cuarenta y cinco minutos al día. Los grupos terapéuticos implicados con mayor frecuencia fueron: combinación de penicilinas e inhibidores de la beta-lactamasas, -J01CR- (N=244; 29,1%), cefalosporinas de tercera generación -J01DD- (N=137; 16,3%), fluoroquinolonas -J01MA- (N=127; 15,1%) y carbapenemes -J01DH- (N=71; 8,5%). La distribución por servicios fue: Medicina Interna (N=366; 43,8%), Neumología (N=82; 9,8%), Cirugía (N= 78; 9,3%) y Unidad de enfermedades infecciosas (N=75; 8,9%), entre otros. Un 44,2% (N=370) de las intervenciones realizadas fueron aceptadas por los clínicos.

Conclusiones

La aplicación informática desarrollada ha permitido al equipo PROA revisar las prescripciones antibióticas de todos los pacientes hospitalizados con antibiograma cada día. La mayoría de las intervenciones realizadas fueron suspensiones de tratamientos antibióticos, generalmente por duración excesiva. Casi la mitad de los antibióticos implicados fueron betalactámicos. Medicina Interna fue el Servicio en el que mayor número de propuestas se realizaron. Aproximadamente la mitad de las intervenciones realizadas fueron aceptadas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INFECCIOSAS/HEPATOPATÍAS/VIH**1414. RIESGO DE RECHAZO EN PACIENTES TRASPLANTADOS TRAS LA CURACIÓN DE LA HEPATITIS C****AUTORES**

IBÁÑEZ GARCIA S, ZATARAÍN NICOLÁS E, GARCIA GONZALEZ X, GIMENEZ MANZORRO A, CHAMORRO DE VEGA E, HERRNAZ ALONSO A, SANJURJO SAEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

La infección por el virus de la Hepatitis C (VHC) constituye un factor de mal pronóstico en pacientes trasplantados renales. Los Antivirales de Acción Directa (AAD) se presentan como una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de estos pacientes. Las interacciones de estos fármacos con la terapia inmunosupresora están ampliamente documentadas, lo que permite un adecuado manejo de los mismos durante el tratamiento. Sin embargo, puesto que los fármacos inmunosupresores como tacrolimus son metabolizados mayoritariamente a nivel hepático, es necesario conocer el impacto que la recuperación hepática de estos pacientes tiene en su capacidad metabólica. Evaluar cómo este hecho puede afectar a los niveles plasmáticos de tacrolimus es fundamental para garantizar una adecuada inmunosupresión una vez finalizado el tratamiento del VHC.

Objetivo: Describir la evolución de los niveles plasmáticos de tacrolimus en pacientes trasplantados renales que han logrado respuesta viral sostenida (RVS) tras tratamiento con AAD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes adultos, trasplantados renales, en tratamiento con tacrolimus como inmunosupresión de mantenimiento y tratamiento con AAD para el VHC entre 01/04/2015 y 01/04/2017.



Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo) y la respuesta al tratamiento con AAD (RVS). Las variables clínicas de funcionalidad hepática (fibroscan, ALT, AST y bilirrubina), funcionalidad renal (MDRD-4), dosis de tacrolimus y niveles plasmáticos se analizaron antes y 12 meses tras finalizar el tratamiento con AAD.

Las modificaciones posológicas requeridas en el tratamiento con tacrolimus se evaluaron mediante la comparación del ratio nivel terapéutico/dosis (ng/mL/mg/kg/día) antes y 12 meses después del tratamiento con AAD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 5 pacientes hombres con una mediana de edad de 52 años (36-73). La dosis de tacrolimus antes del tratamiento era de 2 (0,5-5) mg/día con niveles en rango terapéutico 5,8 (3,8-8,45) ng/mL.

Tres de los cinco pacientes eran mono infectados genotipo 1b; los otros dos eran coinfectados y el genotipo era 1a y 4. Todos eran naïve.

Todos lograron RVS tras completar 12 semanas de tratamiento con: Dasabuvir+Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir (2/5) Sofosbuvir/Ledipasvir (3/5).

Después de finalizar el tratamiento todos los pacientes, excepto el genotipo 4, presentaron mejoría en las variables de funcionalidad hepática: disminución del 44% en el fibroscan, disminución del 67% en ALT, disminución del 54% en AST y disminución del 13% en Bilirrubina, manteniendo una adecuada función renal.

En estos pacientes se observó una disminución en el ratio nivel/dosis de tacrolimus 12 meses después del tratamiento con AAD: 188 a 108, 138 a 82, 570 a 215 y 531 a 221.

Conclusiones

La mejoría de función hepática tras la curación de VHC con AAD influye en los niveles plasmáticos de tacrolimus disminuyéndolos, por lo que son necesarias dosis mayores para mantener los niveles en rango terapéutico.

Este efecto podría deberse a un aumento de actividad del CYP3A4 como consecuencia de la recuperación funcional de los hepatocitos tras la eliminación del VHC, aunque serían necesarios estudios en cohortes mayores para corroborar nuestros resultados.

Por tanto, es necesario realizar un seguimiento semanal de los niveles de tacrolimus en pacientes trasplantados que reciben tratamiento con ADD para el VHC para evitar el potencial riesgo de rechazo asociado a la disminución de los niveles plasmáticos observada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

AUTORES

FERNANDEZ CAÑABATE E, MARTINEZ SANTANA V, MISERACHS ARANDA N, TORRE LLOVERAS I
HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT. AV. MOSSÈN PONS I RABADÀ S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Valorar la eficacia y seguridad del uso de omalizumab en el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de dos años de duración (2016-2018) en pacientes con diagnóstico de UCE que iniciaron tratamiento con omalizumab en un hospital comarcal. Se analizó el porcentaje de pacientes que consiguieron un control de la UCE a través de la valoración del Urticaria Activity Score semanal (UAS7) (escala de 0-42) en estado basal y en las visitas de seguimiento, el tiempo hasta su consecución, dosis requerida y frecuencia de administración, y efectos adversos (EA) observados durante el tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Ocho pacientes iniciaron tratamiento (cinco mujeres), con una edad media de 36,5±10,44 años (15-49). La UCE al inicio fue diagnosticada como moderada o severa (UAS7 16-42) en el 100% de los pacientes. El control de la UCE (UAS7 < 6) se consiguió en cinco pacientes (62,5%), en un paciente no se llegó a conseguir y se suspendió el tratamiento y otro paciente abandonó el tratamiento a las cuatro semanas de haberlo iniciado. El control de la UCE se consiguió a las cuatro, 20 y 32 semanas en un paciente para cada una de ellas, y a las 40 semanas en dos pacientes. La dosis requerida para la consecución del control de la UCE fue de 300mg al mes para dos pacientes y de 450mg al mes para tres pacientes. Como efecto adverso únicamente se apreció petequias en una paciente.

Conclusiones

Omalizumab es un fármaco bien tolerado por los pacientes, y eficaz en el control de los síntomas de la UCE. El tiempo hasta lograr la respuesta óptima ha sido muy variable entre los pacientes evaluados, por lo que no permite concluir cual es el tiempo estimado para obtener el control de la enfermedad. La UCE es una patología donde el control de los síntomas no se consigue a la misma dosis ni frecuencia de administración en todos los pacientes, por ello el seguimiento mensual en la consulta farmacéutica con la medida del UAS7 es muy valioso para lograr el éxito terapéutico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

16. INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

AUTORES

GONZALEZ FURELOS T, RODRÍGUEZ PENÍN I, FUSTER SANJURJO L
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Las inmunodeficiencias primarias son un grupo de enfermedades del sistema inmunitario, habitualmente de origen genético. La administración de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) forma parte del tratamiento con el fin de reponer su déficit. Objetivo: evaluar la utilización, efectividad y seguridad de IgIV en el tratamiento de la inmunodeficiencia común primaria (ICP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo que incluyó a pacientes diagnosticados de ICP tratados con IgIV en el hospital de día médico durante el año 2017.

Se recogieron variables demográficas: edad al diagnóstico y actual, sexo; variables clínicas: patología que condujo al diagnóstico; niveles de IgG, IgM e IgA (mg/dL) al diagnóstico y en la actualidad, anticuerpos anti-IgA; variables terapéuticas: dosis inicial y final, pauta posológica; ingresos relacionados con la inmunodeficiencia antes y durante el tratamiento; reacciones adversas a las IgIV y uso de premedicación. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (rango intercuartílico). Rango normal: IgG 751,2-1.560,0; IgM: 46,0-240,0; IgA: 32,0-450,0. Fuentes de datos: aplicativo de gestión farmacoterapéutica e historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Trece pacientes fueron diagnosticados de ICP. Edad al diagnóstico y actual: 56 (43-68) y 60 (53-75) años, respectivamente; 61,5 % mujeres. Duración del tratamiento con IgIV (n=12): 5,7 años (1,6-8,5). Patología que condujo al diagnóstico: respiratoria (infección, neumonía, bronquiectasias: 11 pacientes); digestiva (diarrea: 2 pacientes). Niveles de IgG iniciales (n=11) y actuales (n=13): 510,0 (176,5-636,0) y 881,0 (838,0-996,0). Niveles de IgM iniciales (n=12) y actuales (n=13): 28,0 (8,3-56,5) y 36,0 (9,0-43,0). Niveles de IgA iniciales (n=8) y actuales (n=8): 59,0 (34,8-146,3) y 108,5 (35,3-140,3). Un paciente presentó anticuerpos anti-IgA. Dosis inicial y final (mg/Kg): 400 (375-420) y 500 (400-600) respectivamente; dosis mínima 235 mg/kg y máxima 900 mg/kg. En 10 pacientes se incrementó la dosis inicial (6 incrementos en 1 paciente). Periodicidad inicial: 12 pacientes cada 4 semanas y 1 cada 3 semanas. Periodicidad final: 11 pacientes cada 4 semanas y 2 cada 3 semanas. Ocho pacientes ingresaron por procesos infecciosos/diarrea previos al diagnóstico de ICP y tratamiento con IgIV; número total de ingresos: 12 [1 ingreso/paciente (n=5), 2 ingresos/paciente (n=2) y 3 ingresos/paciente (n=1)]. Cinco pacientes ingresaron por procesos infecciosos durante el tratamiento de reposición; número total de ingresos: 9 [1 ingreso/paciente (n=3) y 3 ingresos/paciente (n=2)]. Cuatro pacientes recibieron tratamiento profiláctico durante el tratamiento con IgIV (azitromicina). Reacciones adversas relacionadas con la administración de IgIV (n=7 pacientes): escalofríos, sudoración, febrícula, mareo, rash cutáneo, prurito, dolor torácico, hormigueo, tos, náuseas y temblor. Ocho pacientes recibieron premedicación previa a la administración de IgIV (un paciente, desde la primera dosis).

Conclusiones

Las dosis administradas han oscilado entre 235 y 900 mg/kg preferentemente cada 4 semanas.

El tratamiento de reposición ha conseguido incrementar el valor de IgG a rango normal en el 100% de los casos.

Se observa una disminución del número de ingresos por causas infecciosas tras el tratamiento con IgIV.

Las reacciones adversas durante la administración de IgIV fueron frecuentes requiriendo el establecimiento de medidas de soporte previas a su administración; a pesar de ello en ningún caso fue preciso suspender el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

18. MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA SEGÚN CRITERIOS STOPP-FRAIL EN PACIENTES PALIATIVOS AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

AUTORES

SEVILLA SANCHEZ D, MOLIST BRUNET N, SOLÀ BONADA N, GONZÁLEZ BUENO J, AMBLÀS NOVELLAS J, ESPAULELLA PANICOT J, CODINA JANÉ C
HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC (CONSORCI HOSPITALARI DE VIC). C/FRANCESC PLA 'EL VIGATÀ' NUM 1. BARCELONA

OBJETIVOS

Descripción y análisis de la medicación potencialmente inapropiada (MPI) según criterios STOPP-Frail en pacientes paliativos en el ingreso en una unidad de geriatría de agudos (UGA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y transversal (post-hoc) de 10 meses de duración (noviembre 2014 a agosto 2015) realizado en un hospital universitario de segundo nivel de 250 camas.

Se identificaron todos los pacientes paliativos según los criterios NECPAL. Esta herramienta incluye una pregunta sorpresa (¿le sorprendería que el paciente muriese en el próximo año?) junto con indicadores específicos de enfermedad (enfermedad onco-hematológica; orgánica avanzada o demencia avanzada) e indicadores globales de severidad y progresión (marcadores de funcionalidad, nutrición, fragilidad o uso adicional de recursos). Se considera como test positivo cualquier paciente con respuesta negativa a la pregunta sorpresa y presencia de al menos otro factor. Se incluyeron todos los pacientes con una duración de ingreso > 24 horas y que cumplieran criterios NECPAL.

La variable principal fue la presencia de MPI según los criterios STOPP-Frail. Además, se valoraron los siguientes resultados clínicos: relación con acontecimientos adversos a medicamentos (AAM), duración de estancia hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria y análisis de supervivencia al año.

Se realizó análisis estadístico comparativo mediante X² (variables categóricas) y t-test o U-Mann-Whitney (variables cuantitativas, según patrón de normalidad). La determinación de factores de riesgo se determinó según regresión multivariante (ajustada por factores predisponentes hallados en regresión bivalente). El análisis multivariante de supervivencia se realizó según prueba de Mantel-Cox. Se utilizó el programa informático SPSS® v21.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 235 pacientes (edad media 86.80 DE 5.37; 65.50% mujeres; 9.46 fármacos/paciente de media). El 67.2% de los pacientes tenía al menos 1 criterio STOPP-Frail. Los principales criterios hallados fueron los fármacos sin indicación clínica (principalmente fármacos del tracto alimentario y sistema nervioso) con un 43.80%, seguido de los fármacos



cardiovasculares (11.50%) y del sistema endocrino (10.60%). La polifarmacia moderada (5-9 fármacos; OR 7.16 IC95% 2.27 – 22.52) y excesiva (≥ 10 fármacos; OR 7.30 IC95% 2.34 – 22.73) se identificaron como factores de riesgo para la presencia de MPI, mientras que la edad avanzada (> 85 años; OR 0.26 IC95% 0.12 – 0.53) y los ingresos en el año previo (OR 0.61 IC95% 0.48 – 0.79) fueron factores protectores. No existieron diferencias en resultados clínicos entre presentar o no MPI (estancia hospitalaria $p = 0.29$; presencia de AAM OR 1.23 IC95% 0.64 – 2.35; supervivencia a 1 año HR 0.87 IC95% 0.60 – 1.24).

Conclusiones

La MPI es frecuente en los pacientes paliativos según los criterios STOPP-Frail. La polifarmacia (tanto moderada como excesiva) es un factor de riesgo para su presencia, a diferencia de la edad avanzada o los ingresos hospitalarios previos, que son factores protectores. La existencia de MPI no se asocia a efectos negativos de morbi-mortalidad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

20. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, GÓMEZ GIL A, DE BÉJAR RIQUELME N, PASCUAL BARRIGA M, PLAZA ANIORTE J
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de asma eosinofílica entre marzo 2017 y abril de 2018. Los pacientes se seleccionaron a partir de la historia clínica informatizada (Selene[®]) y la historia farmacoterapéutica (Savac[®]). Se recogieron las siguientes variables: nº de pacientes, sexo, edad, tratamientos previos, eosinofilia y número de exacerbaciones previas a mepolizumab, dosis de corticoides sistémicos inicial, duración del tratamiento, dosis de corticoides sistémicos tras tratamiento, respuesta y efectos adversos. Se siguió a los pacientes durante un mínimo de cuatro meses tras iniciar mepolizumab.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio se analizaron 9 pacientes, 3 hombres y 6 mujeres. La mediana de edad fue de 52 años (rango: 39-65). Todos los pacientes recibían tratamiento con corticosteroides vía oral e inhalados previos al tratamiento con mepolizumab, un paciente hidrocortisona y el resto prednisona. 6 (66,6%) pacientes habían recibido tratamiento previo con omalizumab, retirado en todos los casos por no presentar ni mejoría clínica, ni en la espirometría, ni disminución del número de exacerbaciones, ni de la dosis de corticosteroides necesaria. La mediana de eosinofilia inicial fue del 7% (Rango: 3-14), y la mediana de exacerbaciones fue de 8 (rango 2-8), aunque para el cálculo de la misma se excluyeron 3 pacientes, en cuya historia clínica las exacerbaciones aparecían descritas como “frecuentes”. Los pacientes recibían una mediana de dosis de 30mg/día de corticosteroides (rango: 2,5-60).

Respecto al tratamiento con mepolizumab, todos los pacientes recibieron la dosis estándar de 100mg cada 4 semanas. Ningún paciente había suspendido el tratamiento al finalizar el periodo de corte del estudio. La mediana de duración fue de 262 días (rango: 120-393). Al finalizar el periodo de estudio 3 pacientes habían podido retirar corticoides sistémicos, aunque uno de ellos mantenía corticosteroides inhalados. En el resto de pacientes disminuyó la dosis de corticosteroides prescrita, con una mediana de dosis de 4,37mg/día (rango 0,5-30), mostrando una reducción del 85% frente a la dosis inicial. En cuanto a los resultados, 4 (44,4%) pacientes se mantuvieron asintomáticos y sin exacerbaciones, 2 (22,2%) presentaron una leve mejoría tanto clínica como en la espirometría, 2(22,2%) no presentaron ningún efecto claro que permitiese su evaluación y 1 (11,1%) continuó presentando reagudizaciones.

Referente a la seguridad, 2 (22,2%) pacientes presentaron infección del tracto respiratorio inferior y congestión nasal, sin otros incidentes reseñables. El resto de pacientes no presentó ningún efecto adverso.

Conclusiones

El uso concomitante de mepolizumab aporta mejoría en pacientes con asma eosinofílica, tanto refractarios a omalizumab como sin tratamiento con anticuerpos previo. El uso de mepolizumab permite disminuir la dosis diaria de corticosteroides, previniendo los efectos adversos asociados al uso de los mismos. Las reacciones adversas encontradas son controlables y sin repercusión clínica, coincidiendo con las indicadas en ficha técnica. En vista de lo anterior, se puede considerar mepolizumab como una alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento del asma eosinofílica. Son necesarios estudios con más pacientes y más duración.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

23. PERSISTENCIA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA TRAS OCHO AÑOS DE SEGUIMIENTO

AUTORES

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ MÁ, VILLAMAÑÁN BUENO E, JIMÉNEZ NÁCHER I, LUCENA MARTÍNEZ P, MORENO RAMOS F, PLASENCIA RODRÍGUEZ C, Balsa Criado A, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Pº DE LA CASTELLANA 261. MADRID



OBJETIVOS

Calcular y analizar la persistencia global y por medicamento, en primera y segunda línea de tratamiento, en pacientes con Artritis reumatoide (AR), Espondiloartritis (SPA) y Artritis Psoriásica (ARPSO) durante un periodo de ocho años. Además, determinar las causas, porcentajes de discontinuación de los tratamientos para cada patología. Además determinar los parámetros clínicos propios de cada enfermedad tanto al inicio como al final del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de persistencia en primera y segunda línea de tratamiento en pacientes que iniciaron su terapia con medicamentos biológicos entre enero de 2009 y diciembre de 2012. Se realizó el seguimiento de dichos pacientes hasta diciembre de 2016 en las patologías de AR, SPA y ARPSO.

Los datos de persistencia se obtuvieron del programa de prescripción/dispensación de medicamentos a pacientes externos (FarmaTools 2.5[®]) del Servicio de Farmacia. Los resultados se expresaron como “persistencia mediana” hasta el cambio o discontinuación de los tratamientos (tiempo en meses que persisten los medicamentos en el 50% de pacientes). Los parámetros clínicos de actividad se obtuvieron de la base de datos del Servicio de Reumatología.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 132, 87, y 33 pacientes en AR, SPA y ARPSO, respectivamente. La persistencia mediana global para los biológicos en primera y segunda línea fueron: 30.9 meses (IC 95% 13,1-48,3) y 14,0 meses (IC 95% 0,0-33,7), respectivamente en AR; 63,06 meses (IC 95% 42,2-83,8) y 25.6 meses (IC 95% 10,7-40,5) en SPA. No se alcanzó la persistencia mediana en los ocho años de seguimiento en ARPSO (> 70meses). ($p=0.002$, para la función de supervivencia entre las patologías en primera línea de tratamiento).

Persistencia mediana alcanzada en primera línea por medicamento: tocilizumab (58.3 meses, IC 95% 32,4-84,2), seguido de etanercept (44,0 meses, IC 95% 11,8-76,1) en AR ($p=0.79$); en SPA golimumab y etanercept fueron los más persistentes (no alcanzaron la mediana), seguidos de adalimumab (44,0 meses, IC 95% 34,3-91,7) e infliximab (50,1 meses, IC 95% 23,8-76,4). En AR PSO, golimumab, seguido de infliximab y etanercept fueron los más persistentes (no alcanzaron la mediana), y adalimumab (59,4 meses).

Persistencia mediana alcanzada en segunda línea por medicamento: tocilizumab (22,1meses) en AR. Golimumab fue el más persistente en SPA y ARPSO (sin alcanzar la mediana).

Un total de 43,9%, 26,9% y 27,3% pacientes discontinuaron su tratamiento en AR, SPA y ARPSO, respectivamente, siendo las causas más frecuentes la ineficacia secundaria en 17,2%, 16,6% y 8,3% de pacientes, respectivamente, y los efectos adversos en 18,96%, 16,5% y 8,3%, respectivamente.

Los parámetros clínicos de actividad propios de cada enfermedad al inicio versus fin del estudio mejoraron significativamente al final del estudio ($p < 0.001$).

La persistencia global de los tratamientos biológicos en primera línea de tratamiento fue superior a la segunda línea de tratamiento en cada una de las patologías. tocilizumab y etanercept fueron los medicamentos más persistentes en AR, y golimumab en SPA y ARPSO. Las causas más frecuentes de discontinuación del tratamiento fueron la ineficacia secundaria y los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

31. ASSESSING KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES PRESCRIBING RECOMMENDATIONS FOR THE CARE OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

AUTORES

GARCÍA LOBATO E, REIS PARDAL J, GRIEGAS MORENA D, BONILLA GALÁN C, IZQUIERDO PAJUELO MJ, GARCÍA LOBATO C, RANGEL MAYORAL JF, FERNÁNDEZ LIMOS F
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. AVDA/ ELVAS S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

Our objective was to assess KDIGO prescribing recommendations for ambiguity and level of evidence bearing in mind their potential use in the development of a guideline-based MAT tool for the care of kidney transplant recipients.

MATERIALES Y MÉTODOS

The latest version of the KDIGO guideline for the care of kidney transplant recipients was obtained from the KDIGO website. All the recommendations were classified as ‘prescribing’ vs ‘non-prescribing’ recommendations. Prescribing recommendations were grouped into the following categories: 1) ‘therapeutic drug monitoring’, 2) ‘initiate, discontinue, replace or maintain’, 3) ‘contraindicated or avoid’, and 4) ‘modify dose, schedule or route’. A given recommendation could be grouped in more than one category. Then, according to the item number 15 of the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II Instrument, recommendations were assessed for ambiguity. The level of evidence (LoE) was also collected.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Results

A total of 137 prescribing recommendations were identified in the KDIGO guideline for the care of kidney transplant recipients. Of these, 84% (n=115) gave guidance to initiate, discontinue, replace or maintain drugs; 8% (n=11) to monitor drug serum concentrations; 17% (n=23) to modify drug dose, schedule or route and, 8% (n=11) to contraindicate or avoid drug use. A total of 23% (n=31) recommendations were considered ambiguous due to the lack of a precise description of which action should be taken. The lack of clarity regarding to whom the recommended action applied resulted in 6% (n=8) ambiguous recommendations. The lack of clarity of both the action and the group population was the cause of the



ambiguity of 5% (n=7) recommendations. Of the 91 unambiguous recommendations, 3, 20, 57 and 74 were supported evidence of level A, B, C and D, respectively.

Conclusion

Despite of most of the KDIGO prescribing recommendations for the care of kidney transplant recipients were found to be unambiguous only 3 will be suitable to develop unambiguous MAT criteria based on the highest level of evidence.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

35. EFICACIA, SEGURIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA.

AUTORES

MURGADELLA SANCHO A, GRACIA GARCIA B, AGUADO JODAR A, SAN JUAN MARTÍNEZ N
HOSPITAL MOISÉS BROGGI. C/JACINT VERDAGUER, 90. BARCELONA

OBJETIVOS

- Valorar la eficacia y seguridad de omalizumab en pacientes con Urticaria Crónica Espontánea (UCE).
- Estudiar los factores asociados a la respuesta de omalizumab en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó pacientes con UCE mayores de 18 años tratados con omalizumab en 2016 y 2017. Variables recogidas (programa SAP-Medication®): Edad, sexo, presencia de factores predisponentes de UCE (FP): enfermedades sistémicas/uso de AINEs/alergias alimentarias), presencia de angioedema (PA), tiempo desde el diagnóstico (TD), pauta inicial prescrita y posterior pauta optimizada/intensificada (si la hubo), UAS7 (Urticaria Activity Score semanal) antes de omalizumab y 12 semanas después, efectos adversos y tipo.

Como variable principal de eficacia se definió la tasa de respuesta (TR): consecución de un UAS7 < 6 a las 12 semanas del inicio de omalizumab

Como variable principal de seguridad se consideró el porcentaje de pacientes con efectos adversos a las 12 semanas del inicio de omalizumab.

El análisis estadístico se realizó con del programa SPSS®(versión 20).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 35 pacientes tratados con omalizumab con una edad media de 49 años (DS= 13,12), de los cuales el 71% (n=25) fueron mujeres.

La TR fue del 71% (n=25). Todos los pacientes iniciaron tratamiento con dosis de 300mg/4 semanas. De éstos, en el 40% (n=14) se pudo optimizar la pauta (150mg/5 semanas o 300mg/6 semanas) sin presentar diferencias estadísticamente significativas en la TR respecto los no optimizados (79% vs 67%; Chi-cuadrado, p=0.445). Sólo en el 6% (n=2), se intensificó el tratamiento (450 mg/4 semanas).

Se estudió si las diferentes características de los pacientes (FP, PA y TD) se asociaron a una mayor TR. Los pacientes con FP no tuvieron diferencias estadísticamente significativas en la TR respecto a los que no tenían FP (87% vs 60%; Test exacto de Fisher, p=0,087). Los pacientes con PA tuvieron una mayor TR respecto a los que no (92% vs 61%); estas diferencias se acercaron a la significación estadística (Test exacto de Fischer, p=0,06). En cuanto al TD, se detectó que en los pacientes que respondieron a omalizumab (71%), la media del TD fue mayor (DS=6,49) respecto a los que no respondieron (7 años y DS=6,49 vs 3 años y DS=2.99). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (T student, p=0.028).

En cuanto a la seguridad, el 31%(n=11) de los pacientes presentaron un total de 17 efectos adversos, de los cuales hubo 13 infecciones leves, 3 cefaleas y 1 caso de alopecia.

Conclusiones

- Omalizumab fue eficaz en la mayoría de los pacientes tratados, y se pudo optimizar la pauta en casi la mitad de ellos consiguiendo respuestas similares a las obtenidas en pacientes no optimizados.
- El factor que se asoció a la respuesta en nuestra población fue el mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico. La presencia de angioedema parece estar asociado a la respuesta, pero no mostró significación estadística, probablemente por un tamaño de muestra insuficiente.
- Aproximadamente un tercio de los pacientes desarrolló algún efecto adverso, la mayoría de ellos fueron infecciones leves.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

41. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MITOMICINA C INTRAVÍTREA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE GLAUCOMA

AUTORES

COTRINA LUQUE J, CUCO QUARESMA D, MESQUITA D'OLIVEIRA MI, SANTOS VALONGO AS, HOMEM DE MELLO AS, MERINO VALERIO C, CATARINO CARVALHO P, PORFIRIO DA PALMA D
HOSPITAL DE CASCAIS DR JOSE DE ALMEIDA. AV. BRIGADEIRO VICTOR NOVAIS GONÇALVES | 2755-009. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

El glaucoma es un cuadro grave causado por la presión anormal del ojo, que puede conllevar a la ceguera. La cirugía se realiza para crear un canal a través de la esclerótica (capa externa del globo ocular) para drenar el líquido que se encuentra dentro del ojo. A veces cuando el tejido de la cicatriz bloquea este canal, la presión ocular aumenta y la operación fracasa. La mitomicina C es un fármaco usado como off label administrado por vía intravítrea durante las fases

iniciales de la cirugía para prevenir la cicatrización de la conjuntiva sobre la esclerótica. La evidencia científica existente es limitada mostrando que la mitomicina C reduce el riesgo de fracaso de la cirugía pero puede aumentar los efectos adversos de la intervención que incluyen un mayor riesgo de cataratas y endoftalmitis. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de la administración de Mitomicina C intravítrea en pacientes con glaucoma sometidos a cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, llevado a cabo durante 12 meses (Enero-Diciembre 2017). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que fueron administrados mitomicina C 0.2 mg/mL y 0.5 mg/mL durante la cirugía de glaucoma. Como variable de eficacia se midió la variación de la presión intraocular del ojo (u ojos) sometido (s) a cirugía entre los valores registrados en la consulta previa a la intervención y los valores del post-operatorio, registrados en consulta especializada a los 15, 60 y 180 días de la intervención aproximadamente. Como variables de seguridad se registraron la aparición de episodios de cataratas o de endoftalmitis en los pacientes operados hasta los 180 días post-operatorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hubo 23 administraciones de mitomicina intravítrea en el periodo estudiado en 18 pacientes. De ellos 16 (88.8%) recibieron mitomicina 0.2 mg/mL y 2 pacientes la dosis de 0.5 mg/ml. Por falta de datos registrados fueron elegibles 16 administraciones en 13 pacientes, todos en el grupo que recibió 0.2 mg/mL. Se obtuvo una media de variación en los valores de presión intraocular del - 23.2 %. En 3 (23%) pacientes aparecieron episodios de cataratas, no registrándose ningún episodio de endoftalmitis infecciosa durante el post-operatorio.

Como conclusión, mitomicina C intraoperatoria parece ser eficaz en la reducción de la presión intraocular en pacientes sometidos a cirugía de glaucoma hasta 6 meses post-operatorio. La administración de mitomicina es segura ya que en ninguno de los pacientes aparecieron episodios de endoftalmitis y la aparición de cataratas se presentó en un grupo reducido tras su administración. Estos resultados coinciden con los publicados en otros trabajos similares, principalmente serie de casos. Debido a la limitación temporal y metodológica de nuestro estudio sería conveniente llevar a cabo un ensayo clínico controlado para poder obtener un nivel de evidencia mayor.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

46. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BELIMUMAB EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, VENTURA LÓPEZ M, SORIA SOTO M, FERNÁNDEZ ZAMORA C, CLAVIJOS BAUTISTA S, ARRIBAS DÍAZ B, DE BÉJAR RIQUELME N
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de belimumab como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con Lupus Eritematoso sistémico (LES) a pesar de tratamiento estándar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (Junio 2012-2017) de pacientes con diagnóstico de LES tratados con belimumab y refractarios a tratamiento estándar.

Los pacientes se seleccionaron a partir de la historia clínica informatizada (Selene®) y la historia farmacoterapéutica (Savac®). Se recogieron las siguientes variables: Nº de pacientes, sexo, edad, terapias previas, dosis de belimumab, ciclos recibidos, efecto clínico y los siguientes parámetros iniciales y finales; dosis de corticosteroides, niveles de anticuerpos Anti-DNAs y Anti-nucleares, niveles de proteínas del complemento (C3 y C4), índice de actividad lúpica.

El índice de actividad lúpica se calculó según el Systemic Lupus Erythematosus disease Activity Index.2000(SLEDAI-2K)

Como variable de efectividad se estableció la reducción de la puntuación del SLEDAI-2K, considerando como respuesta al tratamiento una disminución de 4 puntos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 9 mujeres con edad media de 41 años (21-63). Fueron refractarias a tratamiento con corticosteroides a una mediana de dosis de 12,5mg (2,5-50) y otros tratamientos; el 55,5% recibió azatioprina y/o metotrexato, 44,4% hidroxiquina, 33,3% rituximab y/o micofenolato de mofetilo y 22,2% leflunomida. Recibieron una dosis de belimumab 10mg/kg acorde a ficha técnica.

En cuanto a los parámetros analíticos iniciales; los Anti-DNA fueron positivos en 8 pacientes (título 1:10-1:640), y negativos en un paciente. Los Anti-nucleares fueron positivos en 7 pacientes (título 1:180-1:640), sin datos de 2 pacientes. Respecto al complemento, la mediana de C3 fue 85mg/dL (61-183) y de C4 13,7mg/dL (9-34).

Los valores de SLEDAI-2K fueron 17(10-30).

Los pacientes recibieron una media de 19 ciclos. Los parámetros analíticos finales; Anti-DNA positivo en 5 pacientes (título 1:20-1/640), en uno de ellos eran negativos al inicio del estudio, y negativizaron en dos pacientes (título < 1:10). Anti-nucleares positivos en 5 pacientes (títulos 1:80-1:640), sin datos de 4 pacientes. Respecto al complemento, la mediana de C3 fue 76,1mg/dL (58,3-107) y de C4 16,27mg/dL (8.1-30.6).

Los valores de SLEDAI-2K fueron 17(10-28). El tratamiento fue efectivo en tres (33,3%) pacientes, en los que el valor de SLEDAI-2K disminuyó en 10, 5 y 4 puntos respectivamente. A pesar de los resultados en este índice, de los pacientes restantes, en 4 se refiere estabilidad clínica, reducción de las lesiones asociadas a LES y disminución de la dosis de corticosteroides; mediana de dosis final 7,5mg (2,5-20). En los dos restantes no se observa respuesta.



Como variable de seguridad se analizaron los efectos adversos; los más frecuentes fueron infecciones leves (33,3%), cefaleas (22,2%), dolor en extremidades (22,2%). Otros: febrícula y crisis hipertensiva.

Conclusiones

Se obtuvo escasa respuesta según la reducción del SLEDAI-2K (33,3%), aunque fue mayor incluyendo el beneficio clínico (77,7%). Únicamente 2 pacientes (22,2%) no obtuvieron respuesta, obligando a plantearse otras alternativas terapéuticas. En cuanto al perfil de seguridad, las reacciones adversas fueron leves y descritas en ficha técnica. Es necesaria una mejor valoración inicial para mejorar el seguimiento de los pacientes con el fin de garantizar un mejor uso del medicamento. Son necesarios más estudios para evaluar la verdadera respuesta de este fármaco en el LES.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

68. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

AUTORES

CIRUJEDA RANZENBERGER C
CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO N.S. DEL CARMEN. CAMINO DEL ABEJAR, 100. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Implantar en un psiquiátrico de media-larga estancia un programa de atención farmacéutica a pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC).

Mejorar la atención que reciben estos pacientes.

DISEÑO

Modificaciones en el circuito de recepción de analíticas y el sistema de prescripción electrónica (SPE). Se diseña para que al prescribir y validar esté visible la filtración glomerular estimada (FGe) y/o real (FGr), y la información de dosificación de los medicamentos en función del grado de insuficiencia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Enfermería informatiza sus registros, posibilitando su consulta desde cualquier terminal. Farmacia recibe y actualiza los datos de creatinina sérica y las FGr. El SPE calcula automáticamente la FGe (Cockcroft-Gault (CG)).

Cuando Farmacia detecta un paciente con FGe < 60ml/min, revisa la prescripción comprobando la dosificación y posibles interacciones. En caso necesario contacta con el médico.

El médico conoce al prescribir la FGe y/o FGr del paciente y las recomendaciones de dosificación.

Se habilita al Servicio de Farmacia para tener acceso a los datos analíticos de los pacientes.

En la pantalla de prescripción se activan campos para peso, talla y creatinina sérica y se activa el cálculo de la FGe. Se crea un campo para registrar la FGr determinada en orina de 24 horas.

Se revisan las recomendaciones en ficha técnica del uso de medicamentos en IRC, completando la información con bases de datos y libros de referencia.

IMPLANTACIÓN

Presentación del programa a la Comisión de Farmacia, quién lo aprueba.

Reuniones con informática, el personal médico y de enfermería para informar y coordinar.

Introducción de la información relevante sobre dosificación en las fichas de los principios activos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

En el Hospital se utilizan 453 especialidades por vía sistémica que corresponden a 316 principios activos distintos. 209 principios disponen de información, de los que 41 no requieren ajuste. Para 70 no existen recomendaciones específicas y para 37 la información encontrada es insuficiente ("precaución").

De los 431 pacientes ingresados desde la puesta en marcha del programa (2 años), se han obtenido datos de FGe en 327 (75,9%) y de FGr en 12 (3,6%).

El 11,9% (39) de los pacientes tiene un estadio de insuficiencia 3A a 5.

El 38,5% de los pacientes tiene prescritos 10 o más principios activos, siendo la media de 8,3/paciente.

Principios activos más frecuentemente prescritos: omeprazol, quetiapina, AAS, lormetazepam, furosemida, macrogol, biperideno, gabapentina, clonazepam y hierro.

El programa proporciona herramientas al farmacéutico para intervenir y mejorar la seguridad del paciente y ha facilitado su incorporación al equipo asistencial.

Satisfacción del personal médico al disponer la información al prescribir.

Limitaciones

El cálculo de la FGe en las analíticas se realiza mediante una fórmula distinta (CPK-EPI) a la utilizada en las fichas técnicas (CG).

Las estimaciones no siempre coinciden con el grado de IR real medido en orina de 24 h.

Un 24,1% de los pacientes no dispone de FGe.

Fatiga de alertas: queda pendiente que el sistema informático solo muestre la información de dosificación cuando el paciente presente una FGe < 60 ml/min.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

En hospitales con una población elevada de pacientes con IRC.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

76. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS INMUNOSUPRESORES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

SOLÀ BONADA N, KANTEREWICZ BINSTOCK E, SALÓ RICH J, PRADOS PUIGVENDRELLÓ A, SEVILLA SÁNCHEZ D, GONZALEZ BUENO J, RUBIO GIMENO M, MUNELL CASADESÚS L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VIC. FRANCESC PLÀ. BARCELONA

OBJETIVOS

Proporcionar un programa de atención farmacéutica especializada (AFE) para pacientes en tratamiento con fármacos inmunosupresores biológicos de administración subcutánea procedentes de los servicios de reumatología, dermatología y digestivo.

DISEÑO

Se diseñó una agenda específica de AFE con primera visita (1ªV) para inicio/cambios de tratamiento y visitas de seguimiento (VS) asociadas a dispensación de medicación.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Discusión y consenso de inicio y elección de terapia biológica entre médico especialista y farmacéutico responsable.
- Programación de 1ªV AFE para inicio de tratamiento: se facilita información de posología, técnica de administración y conservación, adherencia, precauciones y posibles efectos adversos (EA).
- Programación de mínimo 2 VS de AFE coincidiendo con la dispensación de la medicación, para evaluación de efectividad del tratamiento (parámetros clínicos/analíticos) y posibles EA, refuerzo de adherencia y resolución de dudas. Si el seguimiento es correcto, el paciente es derivado al técnico de farmacia para dispensaciones sucesivas, con una o dos visitas de AFE/año.

IMPLANTACIÓN

Implantación del programa de AFE en Enero de 2016.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se analizaron todas las consultas realizadas desde enero 2016 a marzo 2018. Durante este periodo se registraron 479 consultas de 112 pacientes diferentes: 21,7% 1ªV, 73,9% VS y 4,4% consultas telefónicas. Reumatología fue el servicio con mayor número de visitas de AFE (243 totales; 51% 1ªV, 51% VS), seguido de dermatología (141 totales; 34% 1ªV, 28% VS) y digestivo (95 totales; 15% 1ªV, 21% VS).

Los fármacos con mayor número de 1ªV fueron etanercept (29;27,9%), adalimumab (28;26,9%) y ustekinumab (13;12,5%). Los fármacos con mayor número de VS fueron adalimumab (100;30,5%), etanercept (74;20,9%) y golimumab (40;11,3%). Se realizaron un promedio de 3,7 VS por paciente (rango 1-17, DE 2,88).

El 69,6% de los pacientes (78) realizó algún tipo de consulta específica durante el seguimiento farmacoterapéutico:

- El 47,3%(62) fueron sobre EA, la mayor parte de ellas (51,6%) reacciones en el lugar de administración. El fármaco con mayor número de consultas por EA fue adalimumab(24) seguido de etanercept(13) y tocilizumab(6). De todas las consultas por EA, se derivaron al médico especialista el 29%(18) por su potencial severidad, y se recomendó tratamiento de soporte en el 17,7%(11) de los casos.

- El resto de consultas fueron: modificaciones de posología por episodios de infección o intervenciones quirúrgicas programadas (16%), estabilidad del fármaco por mala conservación o transporte (6,8%), errores en el manejo del dispositivo (6,8%), tratamiento concomitante/interacciones (6,8%), problemas de adherencia (6,1%), falta de eficacia (6,1%) y otros (3,8%).

En 30 visitas (8,5%) se derivó el paciente al especialista por motivos de seguridad, eficacia o falta de adherencia, conllevando la discontinuación o cambio del tratamiento en 5 casos.

No disponemos de evaluación económica completa para evaluar la eficiencia de este programa de AFE en esta población.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación de la consulta de AFE para fármacos biológicos ha demostrado proporcionar un mejor seguimiento de los pacientes con este tipo de tratamiento. El porcentaje de pacientes que consultan sobre EA, dudas sobre el tratamiento o modificaciones de pauta es elevado, lo que pone de manifiesto la utilidad de este servicio para la mejora de la atención de este grupo de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

79. EFECTIVIDAD DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES

GARCÍA LAGUNAR MH, CHICA MARCHAL AM, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. MEZQUITA - PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de belimumab en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de alto grado de actividad en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con LES tratados con belimumab, durante al menos 6 meses, entre enero de 2014 y abril de 2018.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, fecha de diagnóstico, tratamiento previo, tratamiento concomitante, reducción de dosis de corticoides, valor de la escala SELENA-SLEDAI basal y a los 6 meses, duración del tratamiento, motivo de discontinuación y efectos adversos. Se consideró que existía respuesta si la puntuación de SELENA-SLEDAI disminuía ≥ 4 puntos tras 6 meses desde el inicio del tratamiento.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®), el programa de análisis clínicos (Servolab®) y el registro de dosis administradas (Farmis-Oncofarm®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 7 pacientes tratados con belimumab en el periodo de estudio se excluyeron 2 por no haber recibido todavía 6 meses de tratamiento.

Se incluyeron 5 mujeres con una mediana de edad de 29,0 años [RI (rango intercuartílico):27,0-33,0]. La mediana de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue 11,0 años (RI:7,0-19,0). Todas las pacientes habían recibido previamente la terapia estándar con corticoides, hidroxicloroquina e inmunosupresores.

Como tratamiento concomitante recibieron corticoides (100%), hidroxicloroquina (80,0%), metotrexato (60,0%), azatioprina (40,0%) y micofenolato de mofetilo (40,0%). Durante el tratamiento con belimumab, en 2 pacientes se redujo la dosis de corticoides, en 2 se mantuvo y en 1 se aumentó.

La mediana del valor basal de SELENA-SLEDAI fue de 10,0 (RI:7,0-12,0) puntos, con dos pacientes con una puntuación < 10 y tres con ≥ 10 puntos. A los 6 meses, la mediana de puntuación fue de 6,0 (RI:5,0-8,0). En 4 pacientes (80,0%) se produjo una disminución ≥ 4 puntos mientras que en 1 paciente se redujo 1 punto lo que motivó la suspensión del tratamiento.

En las 4 pacientes restantes, la mediana de meses en tratamiento con belimumab fue de 11,5 meses (RI:8,3-22,0). En 2 de ellas, se suspendió el fármaco por pérdida de efectividad tras 10 y 14 meses de tratamiento (aumento de 1 y 2 puntos, respectivamente, respecto al valor SELENA-SLEDAI a los 6 meses) y las otras 2 pacientes continuaban en tratamiento en el momento de finalizar el estudio.

El tratamiento fue bien tolerado en todas las pacientes; las únicas reacciones adversas observadas fueron un caso de cefalea tras la primera administración de belimumab y una infección urinaria. En ningún caso las reacciones adversas provocaron la suspensión del fármaco.

Conclusiones

Nuestros resultados no se pueden comparar con los de los ensayos pivotaes (BLISS-52 y BLISS-76) puesto que éstos evaluaban la eficacia de belimumab a las 52 y 76 semanas y en la práctica clínica se evalúa la efectividad del fármaco a los 6 meses, tal y como indica la ficha técnica.

Por otra parte, la efectividad observada fue inferior a la esperada, aunque esto puede deberse al escaso número de pacientes tratadas en nuestro centro.

En cuanto al perfil de seguridad, el tratamiento fue bien tolerado observándose sólo reacciones adversas de carácter leve, sin necesidad de suspender el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

84. ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO TRAS LA REALIZACIÓN DE UN TALLER EN UN DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

TRUJILLANO RUIZ A, BARRIO LORENZO I, MORENO CASADO E, GIMÉNEZ CASTELLANOS J, VILLACAÑAS PALOMARES MV, VALENCIA SOTO CM
SANATORIO ESQUERDO. AV. DE LOS POBLADOS, 70,. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el conocimiento sobre la medicación de los pacientes (CMP) que acuden a un dispositivo de hospital de día psiquiátrico, antes y después de la realización de un taller de gestión de la medicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, longitudinal, experimental realizado en un dispositivo de hospital de día psiquiátrico durante los meses de mayo y junio de 2017.

Se incluyeron todos los pacientes que participaban en dicho dispositivo, previo consentimiento y valoración inicial por el psiquiatra.

El taller consistió en una realización de intervenciones de carácter informativo por parte del farmacéutico sobre los grupos de medicamentos más usado en el ámbito psiquiátrico (benzodiazepinas, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y antidepresivos) en sesiones de 45 minutos durante 5 días

Para poner de manifiesto el CMP, previo al inicio del taller y al acabarlo, el farmacéutico administró un cuestionario creado y validado por García-Delgado et al. (CPM-ES-ES), a cada paciente para uno de sus medicamentos pautados seleccionado aleatoriamente. La puntuación obtenida oscila entre 0 y 2, categorizándose en los siguientes rangos: 0 - 0.59 (no conoce), 0.60 - 1.26 (conocimiento insuficiente), 1.26 - 1.60 (conocimiento suficiente) y 1.60 - 2 (conocimiento óptimo).

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, número de medicamentos prescritos, si buscaban información sobre medicamentos y donde y los resultados del cuestionario sobre CMP antes y después de la realización del taller.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Fueron incluidos 11 pacientes (63.6% mujeres) con una edad media de 43.7 (DE: 11.4) años. Los diagnósticos principales fueron trastornos de la personalidad (45.4%), depresión mayor (27.3%), trastorno bipolar (18.9%) y esquizofrenia (9.1%). El 63.6% de los pacientes tenían estudios superiores, el 27.3% secundarios y el 9.1% sin estudios. En cuanto a la medicación,



tenían prescritos una media de 3.8 (DE: 1.9) medicamentos, siendo 3 pacientes polimedificados.

El 27.3% de los pacientes buscaban información de la medicación, siendo internet la herramienta usada por todos y en dos casos, además, leían el prospecto. El resto de pacientes, solamente recibían la información de su psiquiatra.

Con respecto a los resultados del cuestionario sobre CMP, antes de la intervención el 90.9% de los pacientes tenía un conocimiento insuficiente o desconocido y el 9,1% óptimo.

Después de la intervención, 72.7% de los pacientes tenía un conocimiento suficiente, el 18.2% óptimo y solamente un 9.1% insuficiente.

Conclusiones

La realización del taller de gestión de la medicación, ha puesto de manifiesto una mejoría en cuanto al conocimiento de la medicación de la mayoría de los pacientes. La gestión de la medicación forma parte de las actividades diarias instrumentales, por lo que un buen conocimiento de ella es un punto fundamental para mantener y mejorar la autonomía del paciente. Sería muy interesante repetir el cuestionario sobre CMP a lo largo del tiempo, para ver la evolución del mismo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

90. PERSISTENCIA Y UTILIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

AUTORES

GARCÍA MARTÍNEZ T, GARCÍA MUÑOZ S, MONTESINOS ORTÍ S, MEDINA GUERRERO Á, BELLVER ALBERTOS M, SOLER COMPANY E

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. CALLE SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes, el perfil de utilización y persistencia en el tratamiento de adalimumab en hidradenitis supurativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional y retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con adalimumab con diagnóstico de hidradenitis supurativa durante el año 2017 en un departamento de salud. Las variables recogidas fueron las siguientes: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), fumador, otras patologías inflamatorias asociadas, fecha de inicio y fecha de fin de tratamiento con adalimumab, posología, cambios de dosis, suspensión de tratamiento y causas. La persistencia se definió como tiempo medido en días, sin abandono del tratamiento con adalimumab o sin cambio a otro fármaco. Se efectuó un análisis de supervivencia con método de Kaplan-Meier, se utilizó el programa SPSS para Windows versión 15.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 26 pacientes, 18 (69,2%) fueron mujeres con una mediana de edad de 42,5 años (21-65). La distribución de IMC fue normopeso (< 25kg/m²) en 9,5%, sobrepeso (25-30kg/m²) en 19%, obesidad tipo I (30-35kg/m²) en 33,3%, obesidad tipo II (35-40kg/m²) en 23,8%, obesidad tipo III (> 40kg/m²) en 14,4%. El 65% de los pacientes eran fumadores. La psoriasis (en 5 pacientes) y la enfermedad de Crohn (en 1 paciente) fueron las otras patologías inflamatorias asociadas. El 19,2% (5) de los pacientes no realizaron inducción al inicio del tratamiento con adalimumab, y en 3 pacientes se realizó una reinducción durante el tratamiento (en 2 de ellos no se realizó inducción al inicio del tratamiento). La pauta de mantenimiento postinducción fue 40 mg de adalimumab semanal en 18 (69,2%) pacientes y 40 mg cada dos semanas en el resto de pacientes. En 5 pacientes (19,2%) se suspendió el tratamiento con adalimumab, en todos los casos por ineffectividad. La persistencia media del tratamiento con adalimumab fue 2,82 años (IC95%:2,35-3,28), la estimación se limitó al mayor tiempo de persistencia si se censuró el dato. No se alcanzó la mediana de persistencia.

Conclusiones

El 90,5% de los pacientes del estudio tienen sobrepeso u obesidad y el 65% son fumadores, ambos son factores desencadenantes y predisponentes de la hidradenitis supurativa. A pesar de la variabilidad observada en las pautas de inducción y de mantenimiento de adalimumab, que puede afectar a la efectividad del tratamiento, se observa una elevada persistencia del tratamiento con adalimumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

103. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE VITAMINA D EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

AUTORES

DEL POZO RUIZ JJ, MARTIN PEREZ E, ORTEGA VALIN L, FERRERAS LOPEZ N, GONZALEZ GONZALEZ M
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN. AVENIDA SAN IGNACIO DE LOYOLA 73. LEÓN

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de suplementos de vitamina D en una unidad de agudos de geriatría tomando como referencia las últimas revisiones y recomendaciones del uso de esta vitamina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal realizado de Enero a Marzo 2018, prospectivo realizado en la unidad de geriatría a todos los pacientes a los que se les pautó calcifediol (n=205). A todos los pacientes se les realizó una analítica de rutina en la que se midió los niveles de 25-hidroxivitamina D (25-OH-D), que es el mejor indicador del estado global de vitamina D, y cuyos niveles óptimos establecidos por consenso son de 30-60ng/ml.

A todos los pacientes se les pautó Calcifediol, bien en monoterapia o bien asociado a calcio carbonato 500mg o a la combinación calcio carbonato 1000mg + colecalciferol 800UI, o de forma independiente: calcio y vitamina D solución (1000 UI diarias) a criterio del médico prescriptor.

Siempre que fue posible se determinó los niveles de 25-OH-D de forma quincenal una vez iniciado el tratamiento.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 205 pacientes (85 hombres, 120 mujeres) con una media de edad de 87 años. Los niveles séricos de 25-OH-D antes de iniciar el tratamiento fueron clasificados como insuficientes (20-30ng/ml) en un 11,24% de los casos y deficientes en el 65,25% (< 20ng/ml).

Se detectaron 4 pautas diferentes con calcifediol: 1 ampolla/10días en un caso (1,1%), 1 ampolla/quincenal en 38 casos (40,4%), 1 ampolla/mensual en 52 casos (55,3%) y 2 ampollas/quincenal en 3 casos (3,2%). La dosis media de vitamina D fueron de 1000 UI diarias.

Sólo 31 pacientes fueron suplementados con calcio: a 8 se les pautó calcio carbonato (diariamente al 62,5%, 3 días/semana al 25% y cada 48h al 12,5%), y al resto se les pautó calcio carbonato + colecalciferol con pautas diarias en 6 casos (26,09%), 2 días/semana en 1 caso (4,35%), 3 días/semana en 6 casos (26,09%) y cada 48 horas en 10 casos (43,48%).

Tras 6 meses de iniciar el tratamiento se determinaron los niveles séricos de 25-OH-D en el 71,28% de los pacientes alcanzándose niveles óptimos (> 30ng/ml) en el 59,7%. Se mantuvieron insuficientes en el 20,9% de los casos y deficientes en el 19,4%.

Conclusiones

Dada la elevada prevalencia del déficit de vitamina D en ancianos, especialmente los institucionalizados, y sus posibles beneficios más allá del tratamiento de la osteomalacia y osteoporosis, deberíamos plantearnos la necesidad de monitorización y suplementación en este grupo de riesgo. Diferentes sociedades científicas establecen recomendaciones acerca de las dosis recomendadas de colecalciferol para alcanzar niveles óptimos de 25-OH-D en sangre, sin embargo falta información respecto a las dosis requeridas de calcifediol. Podemos concluir que a pesar de la gran variabilidad de pautas de calcifediol y colecalciferol empleadas, los niveles de 25-OH-D han aumentado e incluso alcanzado el objetivo de > 30ng/ml empleando una dosis media de 1.000 UI diarias.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

106. GRADO DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON FORMAS FARMACÉUTICAS OFTÁLMICAS

AUTORES

TRELLES CAMPA A, MACIA FUENTES L, QUEIRUGA PIÑEIRO JF, BERISA PRADO S
INSTITUTO OFTALMOLOGICO FERNANDEZ-VEGA. AV. DOCTORES FERNÁNDEZ VEGA, 34. ASTURIAS

OBJETIVOS

Determinar el grado de adherencia a formas farmacéuticas oftálmicas en una consulta monográfica.
Detectar opciones de mejora de la adherencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal en el cual se realizó el cuestionario ARMS-e (Adherence to Refills and Medications Scale-español) para la medida de adherencia en pacientes pluripatológicos, adaptándola a la medicación oftalmológica, puntuando una serie de 12 ítems entre 1 y 4. Siendo 1 nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre (excepto en la última pregunta que la escala esta invertida). Las encuestas fueron realizadas por un técnico de farmacia con formación específica.

Adicionalmente se recogieron las variables demográficas y se realizaron 2 preguntas más:

1. ¿Deshecha los envases respetando la caducidad que le han indicado en la farmacia?
2. ¿Utiliza algún tipo de alarma como recordatorio de su tratamiento?

Según el cuestionario ARMS-e menores puntuaciones globales indican una mejor adherencia, aunque no existe un punto de corte definido. Para el análisis y tratamiento de los datos se utilizó Microsoft Excel®

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizaron un total de 50 encuestas, de los pacientes analizados 32 eran mujeres y 18 hombres, con una mediana de edad de 68 años y de 6,5 medicamentos por paciente, siendo 3 medicamentos oftálmicos. La mediana de puntuación en el cuestionario ARMS-e para el 88% de los pacientes fue de 1 y en resto de los pacientes de 2.

En cuanto al cuestionario ARMS-e, las cuestiones con puntuaciones más altas y que fueron detectadas como puntos de mejora fueron:

Cuestión 6. ¿Con que frecuencia deja de tomar su tratamiento cuando se encuentra mejor?

Cuestión 12. ¿Con que frecuencia planifica la recogida del tratamiento antes de que se le acabe?

En relación a las cuestiones adicionales encontramos que tan solo 5 personas utilizaban algún tipo de alarma como recordatorio a su tratamiento y que un 20% de los pacientes no respetaba la caducidad indicada.

Conclusiones

El grado de adherencia de los pacientes a las formas farmacéuticas oftalmológicas fue alto, siendo los valores del cuestionario bajos.

Como puntos a mejorar para una mayor adherencia se detectaron:

- Ayuda a la planificación de la recogida.
- Hacer hincapié en el mantenimiento del tratamiento cuando se mostraba mejoría y respetar las caducidades indicadas.
- Formación sobre herramientas para planificar el tratamiento farmacológico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

116. EVALUACIÓN DEL USO DE PIRFENIDONA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

GRACIA GARCIA B, MURGADELLA SANCHO A, GRABALOSA PEIRIS N, SAN JUAN MARTINEZ N
SANT JOAN DESPI MOISES BROGGI. JACINT VERDAGUER 90. BARCELONA



OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y perfil de seguridad de Pirfenidona en pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en pacientes con FPI que inician tratamiento con Pirfenidona en un hospital de segundo nivel, desde Diciembre 2015 hasta Abril 2018. Se registraron variables demográficas (edad y sexo), fecha de inicio de tratamiento, capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), tanto valores basales como a 6 y 12 meses de inicio de tratamiento; efectos secundarios relacionados con el tratamiento y la consecuente suspensión/disminución de dosis, episodios de ingreso/exacerbación y exitus.

Se considera falta de eficacia una reducción de la CVF > 10 % o > 15 % en el DLCO, en base al Informe de Posicionamiento Terapéutico.

Los datos se procesaron mediante Excel®

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 14 pacientes (13 hombres, 1 mujer), edad media 75,9 años (68-84).

Eficacia:

CVF. Los 14 pacientes tenían una CVF previa al inicio de tratamiento > 49 % y < 86 %

A los 6 meses, 11 pacientes tienen resultados de CVF, ninguno presenta reducción de la CVF > 10 %

A los 12 meses, 8 tienen resultados de CVF, 2 (25%) presentan reducción de la CVF > 10 %

De 3 pacientes, no tenemos resultados de CVF por abandono medicación antes de los 6 meses debido a efectos secundarios.

DLCO. Los 14 pacientes tenían una DLCO previa > 26% y > 61 %.

A los 6 meses, 9 pacientes tienen resultados de DLCO, 1 (11,1%) presenta reducción de la DLCO > 15 %

A los 12 meses, 7 pacientes tienen resultados de DLCO, 3 (42,8%) presentan reducción de la DLCO > 15 %

De 5 no tenemos resultados de DLCO, 3 por abandono medicación antes de los 6 meses y 2 por imposibilidad de conseguir los datos.

Efectos adversos (EA) relacionados con el tratamiento.

Pacientes con EA n=14 (100 %)

Gastrointestinales (nauseas, vómito, diarrea) n= 9 (64,3%)

Perdida peso n= 5 (35,7%)

Fotosensibilidad n=3 (21,4%)

Astenia n= 2 (14,3%)

Hepáticos n=1 (7,1 %)

Otras variables

Ingresos hospitalarios causa respiratoria n=5 (35,7 %)

Exitus n=2 (14,3%)

Abandono/suspensión de tratamiento por efectos secundarios n=4 (28,6 %)

Pacientes con reducción de dosis n=5 (35.7 %)

Cambio a nintedanib n=2 (14,3%)

Conclusiones

Pirfenidona ha demostrado disminuir el deterioro de la CVF en pacientes con FPI. En nuestra muestra de pacientes el 25 % de ellos obtienen una reducción de la CVF > 10 % a los 12 meses, resultado comparable con los estudios publicados hasta el momento.

Todos los pacientes sufrieron efectos secundarios relacionados con el tratamiento, que destacan los gastrointestinales, la pérdida de peso y la fotosensibilidad lo que coincide también con la evidencia publicada. Esto conlleva a reducciones de dosis en más de un tercio de los pacientes, y que más de una cuarta parte de los tratados abandonen o se les suspenda el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

126. DISEÑO DE UN CIRCUITO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN REUMATOLOGIA

AUTORES

MAÑES SEVILLA M, BERNIAS DOMINGUEZ M, CORRALES PEREZ L, MORIEL SÁNCHEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. C/ RÍO JÚCAR S/N. MADRID

OBJETIVOS

La optimización posológica consiste en obtener para cada paciente beneficios terapéuticos con la menor dosis posible, mejorando la adherencia del paciente, reduciendo efectos adversos y suponiendo además una reducción del gasto sanitario. Por ello, hemos querido describir la implantación de un circuito para la identificación, en la historia clínica electrónica (HCE), de los pacientes del Servicio de Reumatología en tratamiento con fármacos biológicos o biológicos optimizados.

DISEÑO

Se identificó la necesidad de visualizar los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos en la HCE, con el fin de garantizar una adecuada optimización de los fármacos biológicos. Para ello se constituyó un equipo multidisciplinar formado por profesionales de los Servicios de Farmacia, Reumatología, Informática y Dirección Médica.

CIRCUITO Y ETAPAS

El grupo de trabajo definió las estrategias de optimización basadas en la reducción de dosis o ampliación del intervalo posológico. Además, estableció los pacientes candidatos a la terapia de optimización (aquellos con objetivo terapéutico



mantenido durante 6 meses) e instauró los controles necesarios para monitorizar la terapia de optimización (seguimiento de los pacientes, primero cada 8 semanas, y después cada 12-16 semanas).

A continuación diseñó el icono para incorporar como alerta en la HCE (Selene®) y estableció los responsables y permisos necesarios para la creación, modificación o visualización de la misma. Se diseñaron dos iconos:

-“B”: para los pacientes con tratamiento biológico (etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, tocilizumab, abatacept, secukinumab, baricitinib, tofacitinib).

-“BO”: para los pacientes con tratamiento biológico optimizado.

IMPLANTACIÓN

Tras la reunión del equipo multidisciplinar, el Servicio de Farmacia identificó los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos a partir del Módulo de Pacientes Externos y Ambulantes del programa Farmatools®. Para la selección de los pacientes en tratamiento optimizado se revisaron, para cada fármaco, la dosificación por Kilogramo de peso y las fechas de dispensación de la medicación con las pautas posológicas. El Servicio de informática realizó la formación necesaria para la incorporación o modificación de las alertas en la HCE y éstas se incorporaron por los profesionales farmacéuticos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se incluyó la marca “B” en la HCE de 236 pacientes tratados con: 22,7% etanercept; 19,2% adalimumab; 14% golimumab; 12,7% certolizumab; 8,7% secukinumab; 8,3% infliximab; 5,7% abatacept; 4,4% tocilizumab; 2,6% baricitinib; 1,7% tofacitinib.

Se incluyó la marca “BO” en la HCE de 63 pacientes tratados con: 54% adalimumab; 22,2% infliximab; 20,6% etanercept; 1,6% certolizumab; 2,6% golimumab. En el 87,3% la optimización se realizó mediante espaciado del intervalo posológico y en un 14,5% se redujo la dosis.

Como limitaciones, al no existir una integración total entre los diferentes programas informáticos (Farmatools®-Selene®), las alertas deben crearse/modificarse/eliminarse de manera manual por lo que debe existir un seguimiento adecuado de los pacientes. A su vez, debido a la reciente implantación de este circuito, no hemos podido conocer el impacto de esta herramienta en la optimización de tratamientos, se realizarán estudios posteriores para ello.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este modelo es extrapolable a cualquier otra institución sanitaria.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

139. ALEMTUZUMAB: ¿ES SEGURO PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE?

AUTORES

RODRIGUEZ DE CASTRO B, LABEAGA BERAMENDI Y, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, PAMPÍN SÁNCHEZ R, AYASTUY RUIZ A, CARBAJALES ÁLVAREZ M, BARBAZÁN VÁZQUEZ FJ, TERROBA ALONSO P
HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar las condiciones de uso de alemtuzumab en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR), comprobando que se adecuan a las recomendaciones dictadas por la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunidad (CURMP).

Valorar la seguridad a corto, medio y largo plazo de este fármaco de acuerdo a las directrices del Plan de Gestión de Riesgos aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados tratados con uno o más ciclos de alemtuzumab (marzo 2015-marzo 2018).

Se consideró uso adecuado del fármaco: pacientes adultos con EMRR que presentan enfermedad con alta actividad, a pesar del tratamiento adecuado con inmunomoduladores ó presentan un curso rápido y agresivo, en los que sea una alternativa más adecuada que natalizumab o fingolimod. Ambos casos definidos en base a criterios clínicos y/o de neuroimagen.

Se estudió la seguridad a corto plazo (reacciones adversas asociadas a la infusión del fármaco), a medio plazo (ausencia de infecciones activas o latentes por micobacterias, virus herpes y otras bacterias en los primeros 6 meses tras la infusión), y a largo plazo (descartando procesos autoinmunes secundarios: púrpura trombocitopénica inmune, nefropatía y alteraciones tiroideas a partir del mes 18).

Para ello se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, año de diagnóstico de la enfermedad, tratamientos previos, motivo de cambio a alemtuzumab, reacciones adversas, cultivos realizados a medio plazo y detección de fenómenos autoinmunes secundarios a largo plazo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trataron con alemtuzumab 23 pacientes (17 mujeres, 6 hombres), con una media de edad de 38,3 años (22-57) y con un tiempo medio de evolución desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento de 8,7 años. 22 pacientes (95,6%) habían sido tratados previamente con otras alternativas terapéuticas con una media de 2,2 fármacos.

Todos los pacientes cumplieron el protocolo de uso de este fármaco. El motivo de inicio en 16 pacientes fue la alta actividad de la enfermedad y el curso agresivo, en 2 por planteamiento de embarazo y en 5 por refractariedad a tratamientos previos.

Con respecto a la seguridad a corto plazo 17 pacientes (73,9%) sufrieron efectos secundarios durante el ingreso como: cefalea (43%), rash cutáneo/prurito (52,2%) y astenia (8,7%), aunque en ningún caso condujeron a la suspensión definitiva del tratamiento. A medio plazo la microbiología fue negativa para virus herpes y micobacterias en todas las

muestras. 3 pacientes presentaron infección documentada del tracto urinario. A largo plazo, de los 9 pacientes que fueron tratados con más de un ciclo de alemtuzumab, en 2 pacientes se objetivó trombopenia leve a los 6 meses de segundo ciclo, así como elevación de la TSH, sin relevancia clínica.

Existe concordancia entre los criterios dictados por la CURMP y la experiencia de uso de alemtuzumab en nuestro hospital.

Los efectos adversos durante la infusión fueron muy frecuentes. Las infecciones y los procesos autoinmunes se detectaron de forma muy aislada. Es necesario continuar con un seguimiento exhaustivo para consolidar la seguridad del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

140. NATALIZUMAB: SEGURIDAD Y RIESGO

AUTORES

RODRIGUEZ DE CASTRO B, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B, PAMPÍN SÁNCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, AYASTUY RUIZ A, CARBAJALES ÁLVAREZ M, DURÁN ROMÁN C, RODRÍGUEZ NEBREDA S
HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES. LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estimar el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) y la seguridad de administración de natalizumab en el tratamiento de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyen todos los pacientes adultos con EMRR tratados con natalizumab en un hospital universitario (marzo 2008-marzo 2018).

La probabilidad de desarrollar LMP se estimó en base a tres factores de riesgo, según las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: anticuerpos anti-John Cunningham virus (VJC) en suero, tratamiento inmunosupresor previo y duración de tratamiento con natalizumab mayor de 2 años.

La probabilidad de riesgo de LMP se determinó con el último ciclo de natalizumab recibido.

Teniendo en cuenta estos factores de riesgo se clasificaron los pacientes en 5 categorías: probabilidad mínima ($\leq 0,1/1.000$), baja ($0,1/1.000$), media-baja ($0,2-0,6/1.000$), media-alta ($0,8-3/1.000$) y alta ($3-10/1.000$).

Se define probabilidad mínima de desarrollar LMP: pacientes seronegativos. Probabilidad baja: seropositivos (índice de anticuerpos anti-VJC $\leq 0,9$). Probabilidad media-baja: seropositivos tratados con inmunosupresor previo (índice $\leq 0,9$).

Probabilidad media-alta: seropositivos tratados durante más de 2 años (índice $> 0,9 \leq 1,5$). Probabilidad alta: cuando coexisten los 3 factores de riesgo (índice $> 1,5$).

Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos (sexo, edad), tratamientos previos a natalizumab, número de infusiones recibidas, grado de discapacidad funcional según la escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) al inicio del tratamiento, serología de virus JC, motivo de suspensión del tratamiento y reacciones adversas durante la infusión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 34 pacientes (24 mujeres, y 10 hombres), con una media de edad de 37,8 años al diagnóstico (17-53) y todos ellos tratados previamente con una media de 2,1 fármacos para la EMRR. El EDSS promedio al inicio de tratamiento fue 4,7 (1-8,5).

Del total de pacientes incluidos la media de ciclos fue 40,8 (2-112) con una duración media de tratamiento de 3,4 años.

La probabilidad de LMP en el último ciclo de administración de natalizumab fue: 58,8% mínima (20 pacientes seronegativos), 11,8% baja (4 pacientes), 5,9% media-baja (2 pacientes), y 23,5% alto (8 pacientes).

Actualmente continúan en tratamiento activo con natalizumab 12 pacientes: 10 pacientes seronegativos y 2 seropositivos (1 con riesgo medio-bajo y otro alto). Los motivos de suspensión de los pacientes seronegativos fueron: falta de respuesta terapéutica (4 pacientes), riesgo de LMP por tratamiento prolongado y/o uso de inmunosupresores previos (3 pacientes), exitus (2 pacientes) e imposibilidad de abordaje de vía periférica (1 paciente). Los motivos de suspensión de los seropositivos fueron: riesgo de LMP en 11 pacientes (6 con riesgo alto, 1 riesgo medio-bajo y 4 riesgo bajo), y en 1 paciente por embarazo.

Únicamente se ha detectado como reacción adversa tras la infusión en un paciente un síndrome pseudogripal.

Cuantificar los factores de riesgo nos permite estimar la probabilidad de aparición de LMP, valorando con ello el mantenimiento o suspensión de natalizumab.

Se considera un fármaco seguro, con mínimas reacciones adversas y bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

142. ÍNDICE DE COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

AUTORES

PLASENCIA GARCIA I, BAZ GONZÁLEZ E, FERRER MACHIN A, GOMEZ MELINI E, RAMOS SANTANA E, GONZALEZ RODRIGUEZ A, MORENO GARCIA A, MERINO ALONSO J
HOSPITAL NTRA. SRA. CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Calcular el Índice de Complejidad del Régimen de Medicamentos adaptado al español (MRCI-E) en pacientes trasplantados de hígado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes que recibieron el alta hospitalaria tras un trasplante de hígado en 2016. Estos pacientes reciben información al alta por escrito y verbal del farmacéutico de hospital. Este programa iniciado hace 10 años, ha permitido reducir tomas al fomentar la prescripción de formas retard de tacrólimus, administración unidía de suplementos de calcio, evitar pautas móviles de insulina en pacientes con bajos requerimientos y/o nivel cultural bajo. Prospectivamente se recogen los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, número de medicamentos al alta, presencia de diabetes e hipertensión postrasplante, estancia hospitalaria. El objetivo del MRCI-E es evaluar la complejidad del tratamiento dividiendo la escala en tres secciones:

Bloque A: Formas farmacéuticas. Independiente del número de medicamentos, depende del número de formas farmacéuticas diferentes.

Bloque B: Frecuencia de administración: Dependiente del número de medicamentos y la frecuencia con la que se administran.

Bloque C: Instrucciones adicionales: Tiene en cuenta aquellos medicamentos que precisan de instrucciones concretas para una correcta administración, como varias dosis por toma, necesidad de fraccionar los comprimidos, administración en relación a las comidas, dosis irregulares, escala móvil de insulina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 45 pacientes. Edad media 53 ± 12 años. 69% hombres. El diagnóstico principal fue cirrosis hepática alcohólica (38%). La estancia media fue de $25 \pm 13,7$ días. El 56% diabéticos y el 18% hipertensos. El número de medicamentos prescritos fue de $12 \pm 1,6$.

El MRCI-E fue de $37 \pm 6,9$ de media (rango 22,5-50). Por secciones se obtuvieron los siguientes valores: bloque A ($5 \pm 1,6$, rango 1-8), bloque B ($13 \pm 3,1$, rango 8-22,5), bloque C ($19 \pm 3,8$, rango 11-26). El porcentaje del MRCI-E correspondiente a medicación consecuencia del trasplante fue del 97,3%, con una media para el MRCI-E de $36 \pm 6,6$.

Si tenemos en cuenta que el punto de corte para definir un tratamiento como de alta complejidad es de 35, en nuestra población, un 58% cumplía esta premisa, de los cuales 42% eran diabéticos y 23% hipertensos. En cuanto al número de medicamentos, el 35% tenía prescritos > 12 , de los que un 38% presentó un MRCI-E > 35 . El 31% presentó una estancia media 25 días, de los que un 57% presentó un MRCI-E > 35 .

Conclusiones

Nuestra población de trasplantados hepáticos presenta una elevada complejidad terapéutica derivada de la medicación propia del trasplante. Podemos definirlos como pacientes crónicos no ancianos, polimedicados, no pluripatológicos. Su mayor grado de complejidad viene dado por la prescripción de medicamentos con instrucciones adicionales.

El MRCI-E no tiene en cuenta las condiciones de dispensación, aspecto a destacar en esta población, puesto que es frecuente que se prescriban medicamentos de uso hospitalario.

Aquellos pacientes con un MRCI-E > 35 podría beneficiarse del uso de Sistemas Personalizados de Dosificación, por lo que se va a proponer al Servicio de Digestivo para que se incluya en los informes de alta.

El cálculo del MRCI-E es complejo, por lo que hemos elaborado una hoja de cálculo que simplifica la obtención del MRCI-E para los pacientes trasplantados de hígado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

143. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

AUTORES

PARRO MARTÍN MÁ, GARCÍA BASAS L, GÓMEZ DE SALAZAR LÓPEZ DE SILANES E, SÁNCHEZ CUERVO M, PUEYO LÓPEZ C, PALOMAR FERNÁNDEZ C, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIV. RAMON Y CAJAL. CALLE SAN MODESTO. MADRID

OBJETIVOS

Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra la glicoproteína de superficie celular CD52 y está indicado en pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con enfermedad activa. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de alemtuzumab en pacientes con EMRR en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (julio 2015- febrero 2018) en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes tratados con alemtuzumab desde su inclusión en la guía farmacoterapéutica en 2015. Para la recogida de datos se revisó la aplicación informática de consulta de las analíticas y la aplicación de los informes del servicio de neurología. Las variables demográficas recogidas fueron: edad, sexo, año de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, EDSS (Expanded Disability Status Scale) al inicio de tratamiento, motivo de inicio/cambio de tratamiento, líneas previas y número de ciclos. Como variables de eficacia medimos el número de brotes desde el inicio de tratamiento con Alemtuzumab y el último EDSS recogido tras el tratamiento. En cuanto a la seguridad se recogieron datos analíticos de sangre y orina (leucocitos, linfocitos, neutrófilos, plaquetas, creatinina, TSH, proteinuria, hematuria) y las reacciones adversas registradas durante la administración del ciclo y en las posteriores visitas al neurólogo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 32 pacientes, con una edad media de $34,7 \pm 8,4$ años, siendo el 53,1% mujeres. La media de años desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio de tratamiento fue de 5,7 años. La media de EDSS al inicio de tratamiento fue de 2,6 puntos. En el 71,9% de los pacientes, alemtuzumab se utilizó en segunda línea o posterior (media de líneas de tratamiento de $2,6 \pm 1,6$) mientras que en el resto de pacientes se utilizó en primera línea al tratarse

de enfermedad muy activa. Los tratamientos inmunomoduladores previos mayoritariamente fueron: algún tipo de interferón, natalizumab, acetato de glatiramer y fingolimod. El 31,2% de los pacientes recibieron 2 ciclos y el resto un ciclo.

En cuanto a la eficacia solo un paciente ha tenido un brote desde el inicio de tratamiento con alemtuzumab. La media de EDSS durante el tratamiento fue de 2,7 puntos.

Las reacciones adversas durante los días de administración del ciclo fueron: alteraciones cutáneas 59,4%, cefalea 53,1%, febrícula/ fiebre 25%, opresión torácica 6,2%, hipertensión 6,2%, taquicardia 6,2%, astenia 6,2%, náuseas 3,1%, hipotensión 3,1% y bradicardia grave en una paciente, en la cual fue suspendida la administración. Dicha paciente fue sometida a pruebas cutáneas de alemtuzumab, las cuales resultaron positivas y se suspendió el fármaco.

Las reacciones adversas posteriores a la administración fueron: linfopenia 100%, infecciones 53,1%, fatiga 37,5%, cefaleas 28,1%, alteraciones cutáneas 21,9%, plaquetopenia 3,1% y proteinuria 3,1%.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que alemtuzumab es una alternativa eficaz, ya que en el 97% de pacientes no ha habido brotes y el EDSS tras el tratamiento se mantiene estable. En cuanto a la seguridad, los efectos adversos durante la infusión fueron leves y remitieron sin complicaciones sin embargo, en los efectos adversos a largo plazo, la linfopenia se presentó en todos los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

158. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y OSTEOPOROSIS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

AUTORES

DÍAZ GONZÁLEZ M, GARCIA CASES S, OJEA CARDENAS L, ANDUJAR MATEOS A, PASCUAL MARTINEZ M, ESPERT ROIG M, MINUESA SANCHEZ R, CANOVES ESCOLANO MA
SERVICIO DE FARMACIA LA FLORIDA. C/ CALLE TOMÁS AZNAR DOMENECH Nº 43. ALICANTE

OBJETIVOS

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son uno de los grupos de fármacos más recetados y con mayores niveles de facturación en el sistema nacional de salud.

En España, la prescripción IBP es un 70% superior a la media europea. El error más frecuente causante de esta sobreprescripción es la profilaxis de lesiones gastrointestinales en pacientes con bajo/nulo riesgo gastrolesivo.

Se ha observado, que el uso de estos fármacos desencadena efectos secundarios potencialmente graves a largo plazo, como la aparición de fracturas óseas; sobre todo en pacientes de edad avanzada o en presencia de otros factores de riesgo.

Estudios observacionales indican que los IBP pueden aumentar el riesgo global de fractura entre 10-40%. Parte de este aumento puede ser debido a otros factores de riesgo.

El objetivo del presente estudio es evaluar la existencia de asociación entre osteoporosis y el tratamiento crónico con IBP en pacientes mayores institucionalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, realizado en la población atendida en seis centros sociosanitarios dependientes de un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Las variables analizadas fueron sexo, edad, diagnóstico de osteoporosis, tratamiento para la osteoporosis y tratamiento con IBP.

Como tratamiento para la osteoporosis se incluyeron aquellos pacientes que tenían prescrito: calcio, calcio/vitamina D y/o bifosfonatos. Y como IBP: omeprazol, esomeprazol o lansoprazol (incluidos en guía farmacoterapéutica).

El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 20.0. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias (%), las variables cuantitativas normales como media y desviación estándar. Para comparar variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), considerándose estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 553 pacientes (63,5% mujeres) con una edad media de $82,19 \pm 8,43$ años.

Se establecieron 3 grupos de pacientes: pacientes en tratamiento con un IBP, pacientes con diagnóstico de osteoporosis y pacientes en tratamiento con algún fármaco con indicación en osteoporosis.

El 47,6% de los pacientes estaban en tratamiento con un IBP: omeprazol (41,2%), lansoprazol (5,8%), esomeprazol (0,2%); el 39,8% había sido diagnosticado de osteoporosis; el 12% estaba en tratamiento con algún fármaco con indicación en osteoporosis: calcio (0,4%), calcio/vitamina D (11,2%) y/o bifosfonatos (2,2%)

Los pacientes en tratamiento con IBP tienen 2,33 más de probabilidad de estar también en tratamiento para la osteoporosis: RR (IC95%): 2,33 (1,37-3,94), $p=0,001$.

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que relacionen el tratamiento con un IBP y los pacientes diagnosticados de osteoporosis (RR (IC95%): 0,86 (0,61-1,22), $p=0,4$) ó los pacientes diagnosticados y los que están en tratamiento con algún fármaco para la osteoporosis (RR (IC95%): 1,1 (0,78-1,53), $p=0,594$).

Conclusiones

El uso de IBP se asocia a un mayor riesgo de osteoporosis, aunque al igual que numerosos estudios realizados, no es posible concluir que esta asociación sea causal.

Con la evidencia disponible no se puede recomendar suspender el tratamiento con IBP para evitar fracturas óseas, aunque se debe insistir en evitar la prescripción inadecuada y fomentar un programa de deprescripción, especialmente en nuestra población de estudio, persona mayor, frágil y polimedicaada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**148. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO****AUTORES**

PASCUAL CARRASCO Á, GARCÍA CASES S, OJEA CÁRDENAS L, ANDÚJAR MATEOS A, PASCUAL MARTÍNEZ M, ESPERT ROIG M, MINUESA SÁNCHEZ R, CÁNOVES ESCOLANO MA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. AVDA. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

La presencia de diabetes en personas mayores es un factor que aumenta el riesgo funcional y contribuye al agravamiento de síndromes geriátricos.

Sin embargo, es conocido que una terapia intensiva del tratamiento en mayores frágiles puede conducir a hipoglucemias y a un incremento del riesgo cardiovascular, por lo que se recomienda que en estos pacientes la hemoglobina glicosilada (HbA1b) se mantenga entre 7,6- 8,5%

El objetivo es evaluar la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la tendencia de los hipoglucemiantes más prescritos y el control glucémico en un centro de mayores frágiles y con comorbilidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional realizado a pacientes adultos mayores de 60 años de un centro socio sanitario dependiente de un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Se analizaron las siguientes variables: a) Demográficos: sexo, edad, grado de dependencia, diagnóstico de DM2. b) Parámetros analíticos: glucemias, HbA1c, y tratamiento hipoglucemiante con antidiabéticos orales (ADO), insulina o terapia combinada (insulina y ADO).

El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 20,0. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias (%), las variables cuantitativas normales como media (IC95%) y las variables cuantitativas no normales como mediana (rango). Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors; para comparar variables cuantitativas normales, el test T de Student; y para las variables no normales la prueba U de Mann Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 163 pacientes (60,7% mujeres), con una edad media de 83,91 (63-103) años, siendo el 65% pacientes asistidos en necesidades básicas de la vida diaria y el 35% pacientes válidos por sí mismos.

De todos los pacientes del estudio, 31,9% eran diabéticos.

Los parámetros analíticos fueron obtenidos del 100% de los pacientes: glucosa preprandial media 93,94 mg/dl, excepto la HbA1c media 6,47% que sólo se obtuvo de 88 pacientes.

De los 88 pacientes con HbA1c, 52 eran diabéticos (59,09%) con una mediana de HbA1c 6,8% (4,7-14) vs no diabéticos con una mediana de HbA1c 5,6% (4,8-12,9) ($p < 0,001$). Se observa que el 74,5% de los diabéticos presentan una HbA1c inferior a 7,5%.

De los 52 pacientes diabéticos, 30 pacientes (57,69%) estaban tratados con ADO con HbA1c Media: 6,56% (IC95%:6,03-7,09) vs otra terapia antidiabética HbA1c Media: 7,52% (IC95%:6,62-8,41) con una $p=0,049$; 6 pacientes (11,53%) en tratamiento con insulina HbA1c Mediana: 7,15% (5,2-7,9) vs no insulinizados HbA1c Mediana: 6,7%(4,7-14,0) con una $p=0,640$; 9 pacientes (17,3%) en tratamiento con terapia combinada y HbA1c Media: 8,9% (IC95%:7,07-10,7) vs otra terapia antidiabética HbA1c Media: 6,56% (IC95%:6,17-6,95) con una $p=0,019$.

Existe una alta prevalencia de DM2 en personas mayores institucionalizadas (31,9%).

La terapia con ADO presenta una HbA1c más baja (6,5%), en cambio la terapia combinada es la que presenta mayores valores de HbA1c (8,9%).

Dada la alta prevalencia de este grupo de pacientes, esta revisión permite al farmacéutico actuar en el proceso de desprescripción para aquellos casos en que exista un tratamiento excesivamente estricto, y detectar aquellos otros tratamientos que no están siendo bien controlados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**169. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIANGIOTICOS EN OFTALMOLOGÍA****AUTORES**

LARRUBIA MARFIL Y, GARCÍA DE SANTIAGO B, LLORENTE GUTIERREZ J, BARRO ORDOVÁS JP, PORTILLO HORCAJADA L, GARCÍA YUBERO C, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL INFANTA SOFIA. Pº DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de fármacos antiangiogénicos (anti-VEGF): bevacizumab, aflibercept y ranibizumab, en distintas patologías oftálmicas que cursan con neovascularización, en un hospital de 300 camas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y descriptivo desde enero de 2017 a diciembre de 2017. Se elaboró una base de datos donde se recogían: número de historia, datos demográficos de los pacientes, número de administraciones recibidas, diagnósticos y fármaco antiangiogénico recibido. La información se obtuvo a través del programa de historia clínica electrónica del hospital y del programa de prescripción electrónica del Servicio de Farmacia.

Los pacientes tratados de forma bilateral se contabilizaron como dos administraciones y aquellos pacientes a los que se les administró más de un fármaco antiangiogénico se contabilizó como continuación del tratamiento (recaídas).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio se reclutaron 461 pacientes (54% mujeres y 46% hombres), con un total de 2.018 administraciones de los tres antiangiogénicos a las dosis establecidas según la bibliografía. La edad media fue 74,5 años (mujeres 76 y hombres 72,9).

Los diagnósticos fueron: Degeneración Macular Asociada a la Edad húmeda (DMAE) 238 pacientes (51,7%), Retinopatía Diabética (RD) 112 pacientes (24,3%), Trombosis (TR) 66 pacientes (14,3%), Membrana neovascular subretiniana (MVR) 12 pacientes (2,6%), Membrana miópica (MP) 10 pacientes (2,1%), y con otros diagnósticos, 22 pacientes (4,7%). Se cambió de tratamiento a 176 pacientes por recaídas.

La distribución de utilización entre antiangiogénicos según diagnósticos fue: 1.638 administraciones (83,7%) con bevacizumab (956 en DMAE, 376 en RD, 235 en TR, 39 en MM, 32 en MVR, 56 en otros), 302 administraciones (15,4%) con aflibercept (180 en DMAE, 96 en RD, 20 en TR, 4 en MM, 2 en MVR, 6 en otros) y 16 administraciones (0,8%) con ranibizumab (12 en DMAE, 4 en RD). Iniciaron el tratamiento en primera línea con bevacizumab 402 pacientes (87,2%), con Ranibizumab 45 pacientes (9,76%) y con aflibercept 14 pacientes (3%).

Conclusiones

El uso de bevacizumab frente al resto de anti-VEGF es mayoritario (83,7% del total de pacientes tratados), siendo el fármaco más frecuentemente prescrito de inicio (87%), ajustándose, por tanto, al protocolo interno de tratamiento de estas patologías en el Hospital. La patología más frecuente es la DMAE (51,7%), aunque la RD (24,3%) está en aumento.

Hay que tener en cuenta a la hora de valorar estos resultados que de los 461 pacientes analizados en el período de estudio, sólo 166 iniciaron tratamiento durante ese tiempo. El resto de pacientes inició el tratamiento los años previos, motivo por el cual puede estar desvirtuado el dato del número de pacientes con inicio de Ranibizumab, dado que a día de hoy su uso es minoritario, pero en años previos y hasta la aparición de aflibercept y la autorización de uso de bevacizumab fuera de ficha técnica, fue el único fármaco con indicación autorizada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

183. EVOLUCIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TRAS LA INCLUSIÓN DE UNA LÍNEA DE MEJORA.

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, FRUTOS PÉREZ-SURIO A, LOZANO ORTÍZ R, GAMARRA CALVO S
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Comparar el número de antipsicóticos prescritos por paciente tras la inclusión de una línea de mejora. Dicha línea de mejora consistía en la revisión de los pacientes en tratamiento con un número mayor o igual a 3 antipsicóticos

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el estudio, con diseño pre-post, se realizó el análisis de una cohorte de pacientes que estaban ingresados en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, previamente a la inclusión de la línea de mejora. Como criterios de inclusión los pacientes, debían cumplir con la condición de estar tratados con un número mayor o igual a 3 antipsicóticos.

Se realizaron reuniones mensuales entre los facultativos del Centro, con el objeto de valorar el tratamiento de dichos pacientes y, en lo posible, disminuir el número de antipsicóticos prescritos.

Se comparó el número de antipsicóticos previos a la inclusión de la línea de mejora (noviembre de 2016) con el momento del estudio (enero de 2018).

La información se obtuvo mediante el módulo de unidosis, del programa informático Dominion Farmatools®.

Las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar.

Para la comparativa de la media de antipsicóticos antes y después de la línea de mejora, se utilizó la prueba t de student de datos apareados. Se consideró como estadísticamente significativo una $p < 0,05$. El programa informático utilizado, de licencia libre, fue G-Stat®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El número de pacientes que, antes de la inclusión de la línea de mejora, estaba siendo tratado con 3 ó más antipsicóticos era de 57.

En enero de 2018, tras la inclusión de la línea de mejora quedaban únicamente ingresados en el Centro 48, que fueron los utilizados para el estudio; el resto abandonó el Centro por diversos motivos.

En dicha población hay un total de 34 hombres y 14 mujeres, con una edad de $57,45 \pm 12,92$ años.

El número de antipsicóticos utilizado para tratar a dichos pacientes, antes de la inclusión de la línea de mejora era de $3,48 \pm 0,71$; en el momento del estudio, tras la intervención, el número de antipsicóticos utilizado disminuyó a $3,27 \pm 0,79$.

Se comparó la media de antipsicóticos, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ($t = 2,02$; $p = 0,048$).

Conclusiones

La inclusión de la línea de mejora con la revisión de los tratamientos de pacientes con 3 ó más antipsicóticos ha supuesto una disminución en el número de antipsicóticos utilizados con las ventajas que esto conlleva, disminución de efectos adversos y, por tanto, una mejora en la eficiencia del abordaje farmacoterapéutico de estos pacientes crónicos complejos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**184. PERSISTENCIA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PRIMERA LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL****AUTORES**

GIL CANDEL M, INIESTA NAVALÓN C, RENTERO REDONDO L, GONZÁLEZ MOLINA R, MESEGUER MARTÍNEZ MT, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, SALAR VALVERDE I
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la persistencia y los motivos de suspensión de los fármacos biológicos (FB) utilizados en primera línea para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), así como los factores asociados a su retirada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, llevado a cabo en un Hospital Universitario de referencia de área, que atiende a una población aproximada de 200.000 habitantes.

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) que estaban en tratamiento con FB en el momento de la recogida de datos (octubre de 2017).

Mediante revisión de la historia clínica se recogieron variables sociodemográficas (fecha nacimiento, sexo) y clínicas (diagnóstico, año de diagnóstico y localización de la enfermedad). También se recogieron variables relacionadas con su tratamiento (fármaco biológico de primera línea, marca comercial, duración del tratamiento en meses, motivo de suspensión y si se le había realizado monitorización farmacocinética (TDM) durante el tratamiento).

Para determinar asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de ji-cuadrado. La persistencia comparada de los tratamientos se realizó con el test log Rank (Mantel-Cox). Para determinar los factores asociados a la persistencia se realizó una regresión logística uni y multivariante. Se consideró significación estadística si $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.23.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 130 pacientes de los cuales el 63,1% eran hombres. La edad media al diagnóstico fue de 33,3 años (DE: 14,3).

En todos los casos se inició con un anti-TNF siendo del 51,5% infliximab (10,0% biosimilar) y 48,5% adalimumab. En el análisis por subgrupos se observó que en el caso de la EC se inició con ADA en el 56,6%, mientras que en la CU fue en el 22,6% de los pacientes ($p=0,001$).

La TDM se realizó en el 52,3% de los pacientes (Adalimumab 51,5% frente 45,5% de infliximab, $p=0,472$).

La frecuencia de fracasos al primer FB fue del 45,5%, sin encontrar diferencias entre los dos anti-TNF (47,5% ADA frente 52,5% IFX, $p=0,835$). La mediana de duración fue de 10,0 meses (IQR: 15), y tampoco se encontraron diferencias entre los pacientes tratados con ADA, 10,0 meses (IQR: 20), frente a los tratados con IFX, 12 meses (IQR:13), log Rank=0,939; $p=0,332$.

Los principales motivos de suspensión fueron: 50,8% fallo secundario (56,7% ADA frente 43,3% IFX, $p=0,150$), 23,7% RAM (78,6 IFX frente 21,4% ADA, $p=0,026$), y el 11,8% inmunogenicidad (71,4% IFX frente 28,6% ADA $p=0,286$).

El único factor asociado a la persistencia de los FB fue haber realizado TDM durante el tratamiento, OR: 13,5 [IC95%:5,6-32,7]. No encontrando asociación con el resto de variables analizadas (sexo OR:1,1 [IC95%:0,4-2,7], edad al diagnóstico OR:1,0 [IC95%:0,9 -1,1]).

Conclusiones

En nuestro estudio los anti-TNF fueron fármacos de elección para el tratamiento de EII de primera línea.

La persistencia fue similar en el caso de infliximab y adalimumab.

La monitorización farmacocinética de FB puede ser una herramienta clave en la persistencia al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**190. POSOLOGÍAS DE FÁRMACOS ANTI-TNF SEGÚN FICHA TÉCNICA: ¿SON ADECUADAS?****AUTORES**

GIL CANDEL M, INIESTA NAVALÓN C, RENTERO REDONDO L, MESEGUER MARTÍNEZ MT, ONTENIENTE CANDELA M, CABALLERO REQUEJO C, SALAR VALVERDE I, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de muestras de anti-TNF que se encuentran en rango terapéutico (RT) con la pauta posológica establecida en ficha técnica, así como los factores asociados que impiden alcanzar el RT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de referencia de área. Se incluyeron todas las pacientes en tratamiento con infliximab (IFX), adalimumab (ADA) y etanercept (ETN) monitorizados en la unidad de farmacocinética clínica entre julio 2015 a diciembre 2017.

Se determinó el porcentaje de muestras con niveles de fármaco en rango RT con la dosis recogida en ficha técnica (ADA: 40mg/14 días, IFX: 3mg/Kg/8semanas y 5mg/kg/8semanas, según indicación, y ETN 50mg/semanal). Los rangos terapéuticos considerados fueron: IFX [3-7mcg/ml], ADA [5-8mcg/ml] y ETN [2-5mcg/ml]

En cuanto a la monitorización, la extracción sanguínea se realizó inmediatamente antes de la administración del medicamento (Cmín). La técnica utilizada para la determinación de los niveles fue mediante ELISA tipo sándwich (Promonitor®Progenika Biofarma, S.A.Grifols).

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, fecha extracción, fármaco biológico (marca comercial y principio activo).

Las variables cualitativas se presentaron con porcentaje y las cuantitativas como media (DE). Se realizó una regresión logística univariante para determinar factores asociados a no alcanzar el RT. Se consideró significación estadística si $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.23.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 434 determinaciones en 270 pacientes, de los que el 53% eran hombres, edad media de la población 47,0 (DE: 15,0) años.

En cuanto a la distribución de muestras según el diagnóstico, el 38,2% presentaban enfermedad de Crohn, el 16,6% artritis reumatoide, 14,3% espondilitis anquilosante, 10,2% artritis psoriásica, 9,2% colitis ulcerosa, 6,7% psoriasis, y el 4,6% restante otros diagnósticos.

Del total de muestras analizadas, el 39,9% estaban dentro de RT y el 40,8% por debajo del RT establecido.

Se realizaron 169 (38,9%) determinaciones de ADA, de estas el 26,6% estaban en RT (Cmín: $6,5 \pm 1,1 \mu\text{g/ml}$), y el 36,7% por debajo de rango (Cmín: $1,8 \pm 1,6 \mu\text{g/ml}$).

En el caso de IFX se analizaron 169 (38,9%) determinaciones (89,9% con la pauta de 5mg/kg/8semanas y 10,1% con pauta de 3mg/kg/8semanas). Con la pauta de 5mg/kg/8semanas, el 43,4% estaban en RT (Cmín: $6,5 \pm 4,4 \mu\text{g/ml}$) y el 44,1% por debajo de RT (Cmín: $1,7 \pm 2,9 \mu\text{g/ml}$). Con la pauta de 3mg/Kg/8 semanas, el 23,5% estaban dentro de RT (Cmín: $4,8 \pm 2,5 \mu\text{g/ml}$) y el 70,6% por debajo de RT (Cmín: $2,1 \pm 2,2 \mu\text{g/ml}$).

Por último se analizaron 96 (22,1%) determinaciones con ETN, de estas el 60,4% estaban en RT (Cmín: $2,9 \pm 0,5 \mu\text{g/ml}$) y el 37,5% por debajo (Cmín: $1,5 \pm 0,4 \mu\text{g/ml}$).

Los factores asociados a que las Cmín estuvieran fuera de RT fueron: ADA OR: 4,2 [IC95%: 2,4-7,1], IFX OR: 2,2 [IC95%:1,3-3,6] y ETN OR:0,4 [IC95%:0,2-0,5]. No se encontró asociación con el diagnóstico, tratamiento con biosimilar, tiempo desde el inicio hasta la extracción, ni tampoco con el sexo.

Conclusiones

En más de la mitad de los casos de nuestro estudio, no se alcanzó la Cmín objetivo con las posologías establecidas en ficha técnica.

Consideramos que la monitorización farmacocinética es una estrategia de gran utilidad en la optimización de los tratamientos en esta población.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

192. FARMACOTERAPIA CON INMUNOMODULADORES ORALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

PIÑEIRO FILGUEIRA B, CASAS MARTINEZ A, RODRIGUEZ PENIN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. RESIDENCIA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir la utilización de los fármacos inmunomoduladores orales en el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM): indicación, tolerancia e impacto económico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de los pacientes con diagnóstico de EM y tratamiento con fármacos inmunomoduladores de administración oral (fingolimob, dimetilfumarato, teriflunomida) entre agosto de 2011 y marzo de 2018 en un hospital de segundo nivel.

De la historia clínica electrónica y del programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes externos, se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de EM, tratamientos previos si los hay, motivo de la prescripción de la terapia oral, tolerancia, causa de la interrupción de la terapia oral, si procede. Se calculó el impacto económico del cambio a terapia oral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los pacientes con EM, tratados con terapia oral fueron 62. Mujeres 46 (74%). Edad media 43,3 años (29-64). Recibieron fingolimob 28 pacientes (45%), dimetilfumarato 14 (22%) y teriflunomida 20 (32%). Tipos de esclerosis: EM recurrente recidivante (EMRR) 55 pacientes, EM progresiva 3, episodios únicos aislados (CIS) 3 y EM monofásica 1.

Iniciaron tratamiento oral en primera línea 17 pacientes (27%) (teriflunomida 9, dimetilfumarato 6, y fingolimob 2)

y en líneas sucesivas 45 pacientes (73%). Tratamientos previos: interferón 39 pacientes, acetato de glatiramer 4 y natalizumab 2. Los cambios a terapia oral ocurrieron por: a) falta de eficacia (brotes) en 27 pacientes, b) intolerancia a tratamiento inyectable en 12 pacientes, c) deseo de embarazo, 2 pacientes suspendieron el tratamiento inyectable y reiniciaron con terapia oral tras el parto, d) negativa a seguir inyectándose, 2 pacientes, e) positivización de serología vírica en 1 paciente y f) causas desconocidas 1 paciente.

De los 17 pacientes que iniciaron tratamiento para EM con terapia oral, 11 presentaron reacciones adversas (alteraciones gastrointestinales en 5 pacientes, astenia en 2 y reacciones alérgicas en 4) pero no implicaron cambio de tratamiento.

Hubo progresión de la enfermedad en 2 pacientes que cambiaron a natalizumab y alemtuzumab, respectivamente.

De los 45 pacientes que cambiaron a tratamiento oral, 8 presentaron alteraciones digestivas de los cuales 1 precisó cambio de tratamiento. Ningún paciente que cambió a terapia oral discontinuó por falta de efectividad. El impacto económico que supuso el cambio de inyectable a terapia oral (diferencia entre el coste de terapia parenteral y oral) en los 45 pacientes fue 17.685 euros/mes

Conclusiones

-El uso de los inmunomoduladores orales en el tratamiento de EM se realizó sobre todo en líneas sucesivas de tratamiento (cambio de terapia parenteral a oral mayoritariamente por ineficacia o intolerancia).



- Las terapias orales presentaron una buena efectividad, en primera línea y en líneas sucesivas, en el periodo de estudio.
- La tolerancia a los inmunomoduladores orales fue buena, tanto en pacientes que iniciaban terapia como en los que cambiaban de terapia parenteral.
- El impacto económico del cambio fue de 4.716 euros por paciente/año.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

209. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE

AUTORES

PRECIADO GOLDARACENA J, COMA PUNSET M, DE MIGUEL GAZTELU M, DE LA RIVA BOHIGAS R, LARREA GOÑI N, PINILLA LEBRERO G, POLO GARCÍA J, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Describir el uso y evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con ixekizumab en pacientes diagnosticados de psoriasis de moderada a grave tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a tratamientos convencionales y otros fármacos biológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de pacientes que iniciaron tratamiento con ixekizumab entre junio de 2017 y enero de 2018. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico, dosis, modificación de la dosis, duración, tratamiento biológico previo e índice que mide superficie afectada y su gravedad: PASI (Psoriasis Area Severity Index). La efectividad durante la inducción se evaluó mediante la variación del índice PASI a las 12 semanas de tratamiento; y durante el mantenimiento por medio de la variación del PASI en la última revisión. La seguridad se analizó en función de las reacciones adversas (RA) limitantes del tratamiento. Se revisaron las historias clínicas y los registros de dispensación desde la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 11 pacientes, 8 varones (73%), con una mediana de edad de 56 (27-59) años diagnosticados de psoriasis moderada-grave. Todos ellos recibieron una dosis inicial de ixekizumab de 160 mg por vía subcutánea en la semana 0, seguido de 80 mg en las semanas 2, 4, 6, 8, 10 y 12, y posteriormente tratamiento de mantenimiento de 80 mg cada 4 semanas, modificándose en uno de ellos a cada 3 semanas por presentar clínica persistente. La duración media del tratamiento fue de 7,3 (3,8-11,1) meses. Todos los pacientes recibieron anteriormente al menos un tratamiento biológico (6 pacientes recibieron 4; 3 recibieron 2; y 2 habían recibido 5). Los fármacos más utilizados previamente fueron ustekinumab (91%), secukinumab (91%) y adalimumab (82%), seguidos de etanercept (63%) e infliximab (36%). Con respecto a la efectividad, la media del PASI antes del inicio con ixekizumab fue de 13,82 (2-29), mientras que a las 12 semanas fue de 2,9 (0-11), obteniendo disminución en los valores del PASI en 9 pacientes (82%) y alcanzando 6 de ellos (55%) un PASI 75 (reducción del 75% de los valores basales del PASI). 5 pacientes fueron estudiados posteriormente durante el mantenimiento mostrando un PASI medio de 6,04 en la última revisión. En estos pacientes el PASI medio obtenido a las 12 semanas era de 4,56. Con respecto a la seguridad, en 3 pacientes (27%) se notificaron reacciones adversas: todas fueron reacciones en el lugar de inyección, obligando en uno de ellos a interrumpir el tratamiento por la gravedad de la RA.

Conclusiones

La experiencia en el uso de ixekizumab en pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave previamente tratados muestra que se trata de una opción terapéutica que presenta buena respuesta clínica durante la inducción, con reducción en los niveles de PASI similares a los de los ensayos clínicos publicados, así como una buena tolerancia y perfil de seguridad tras fracaso a otro/s tratamiento/s biológico/s. Los valores de PASI obtenidos durante el mantenimiento muestran escasa respuesta clínica siendo necesarios estudios posteriores que evalúen la eficacia y efectos adversos que pudieran aparecer a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

211. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE UTILIZACIÓN DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB

AUTORES

MARCO DEL RÍO J, GARCÍA GÓMEZ C, ROMERO CANDEL G, DÍAZ RANGEL M, SÁNCHEZ RUBIO F, PÉREZ ALPUENTE I, RUIZ SÁNCHEZ S
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. HERMANOS FALCÓ, 37. ALBACETE

OBJETIVOS

En el tratamiento de las hipercolesterolemias y dislipemias ha habido recientemente importantes novedades terapéuticas, surgiendo alirocumab y evolocumab, principios activos inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9).

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con estos dos fármacos en todos los pacientes tratados hasta marzo del 2018 en 3 hospitales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes que han empezado tratamiento con inhibidores de PCSK9, tras ser valorados en un comité multidisciplinar de hipolipemiantes. Ámbito: multicéntrico. Variables estudiadas: principio activo, edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo activo y obesidad), intolerancia a estatinas, indicación: hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe), homocigótica (HFHo), hipercolesterolemia no familiar

(HNF) o dislipemia mixta (DiM), prevención primaria/secundaria, LDL-colesterol basal y a las 12 semanas de tratamiento, decisión terapéutica en la visita de reevaluación, reacciones adversas y motivo de suspensión del tratamiento si se produce. Fuentes de información: programa informático Farmatools®, historia clínica electrónica Mambrino XXI®. Análisis estadístico: programa STATA® v.13.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyen 30 pacientes en el estudio, pero sólo 26 llevan al menos 12 semanas de tratamiento para evaluar la efectividad del mismo. El 72,4% comenzaron tratamiento con alirocumab. Edad media = 57,8 años (SD=9,5), con un 62,1% de hombres. El porcentaje de fumadores activos y de obesos es del 27,6 % en ambos casos y el de intolerancia previa a estatinas es del 31%. En cuanto a la indicación, el 55,2% se trata de HFHe, el 31% de DiM y el 13,8% restante de HNF, sin ningún caso de HFHo. El 58,6% de los tratamientos son en prevención secundaria. La mediana del LDL-colesterol basal fue de 148 mg/dL (101-423) y a las 12 semanas de 71 mg/dL (32-351), consiguiéndose un porcentaje de reducción medio a la semana 12 de 46,9%. En 17 pacientes (65,4%) se alcanzó un LDL-colesterol < 100 mg/dL y en 12 pacientes < 70 mg/dL (46,2%) a las 12 semanas de tratamiento. Las decisiones terapéuticas tomadas en la consulta de reevaluación fueron las siguientes: se subió la dosis a 9 pacientes, se mantuvo a 16 y en un paciente se suspendió el tratamiento por ausencia de efectividad. Sólo se produjo una reacción adversa (rinorrea con alirocumab).

Conclusiones

Alirocumab y evolocumab muestran una reducción sustancial de los niveles de LDL-colesterol a las 12 semanas de tratamiento (46,9%). Además en el 65,4% de los pacientes se alcanzan niveles por debajo de 100 mg/dL y en el 46,2% por debajo de 70 mg/dL, que son los dos objetivos terapéuticos habituales en la práctica clínica. En cuanto a la seguridad, sólo se ha notificado una reacción adversa en las primeras 12 semanas de tratamiento con estos fármacos. Por lo tanto el tratamiento con inhibidores de PCSK9 en los 3 hospitales estudiados es hasta el momento efectivo y bien tolerado, sin embargo todavía se desconoce en qué medida la reducción de los niveles de LDL-colesterol observada se correlaciona con una disminución del riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

233. SUPERVIVENCIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO ENTRE 2004-2018

AUTORES

RUIZ BOY S, SOCORÓ YUSTE N, RIERA MONROIG J, PESQUÉ CELA D, TUSET CREUS M, ALSINA GIBERT MM
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA. CALLE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la supervivencia de los fármacos biológicos empleados en pacientes con psoriasis moderada-grave en la práctica clínica de un hospital de tercer nivel, así como las posibles variables demográficas y/o clínicas asociadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva a través de la historia clínica informatizada de los pacientes con psoriasis tratados con fármacos biológicos entre enero de 2004 y abril de 2018, descartándose aquellos tratamientos con duración inferior a 3 meses. Para analizar la supervivencia de los fármacos se usó el método de Kaplan-Meier y el test Log-rank. Las variables analizadas fueron: características demográficas basales (edad, sexo e índice de masa corporal -IMC-), presencia de artritis psoriásica y otras comorbilidades, Índice de la Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) basal, fármaco empleado y si el paciente era naïve o había recibido biológicos previamente. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS 24 (IBM Corp, Armonk NY).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 148 pacientes (64,2% hombres), con un total de 225 tratamientos. Recibieron etanercept 72 pacientes (32%), ustekinumab 65 (28,9%), adalimumab 45 (20%), infliximab 26 (11,6%), secukinumab 15 (6,6%) e ixekizumab 2 (0,8%). Las características basales de los pacientes, expresadas como media y desviación estándar (DE) fueron: edad 53,96 años (DE 13,44), IMC 29,97 kg/m² (DE 18,89). El PASI basal era de 12,37 (DE 7,18). Un 38,6% tenían artritis psoriásica. En cuanto a las comorbilidades un 31,20% eran obesos, el 29,45% padecía hipertensión arterial, 27,39% dislipemia y 17,12% diabetes. La mitad de los tratamientos (51,55%) fueron empleados en pacientes naïve a biológicos, aunque en los biológicos más modernos (ustekinumab, secukinumab e ixekizumab) el porcentaje disminuyó a un 26,83%. Globalmente, la mediana (rango intercuartil) de supervivencia fue de 30 meses (IQR: 11,98-72,58). Ustekinumab y secukinumab presentaron una supervivencia significativamente superior ($p=0,025$) respecto a los demás. En concreto, las supervivencias al primer, segundo y tercer año de ustekinumab fueron de 84%, 77%, 71%, respectivamente; mientras que secukinumab mostró una supervivencia al primer, segundo y tercer año de 93%, 89%, 63%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de supervivencia según sexo, peso o existencia de artritis psoriásica. Al comparar los pacientes naïve y pretratados sólo en se encontraron diferencias significativas para etanercept ($p=0,008$), siendo la supervivencia de este fármaco mayor en los naïve.

Conclusiones

En nuestra población de pacientes con psoriasis tratados con agentes biológicos, ustekinumab y secukinumab han demostrado una supervivencia significativamente mayor respecto a los demás fármacos. No se ha encontrado ninguna variable asociada de forma significativa al tiempo de supervivencia. Los resultados obtenidos son comparables a los previamente descritos por otros autores. Creemos que estos resultados pueden ayudar al prescriptor en la toma de decisiones en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**261. RESULTADOS A UN AÑO EN LA UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB FUERA DE INDICACIÓN PARA LA INDUCCIÓN DE LA TOLERANCIA ORAL A ALIMENTOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO****AUTORES**

NUÑEZ BRACAMONTE S, ESCONDRILLAS GÓMEZ LM, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, GARCÍA-MARCOS BARBERO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de omalizumab en la reducción de los efectos adversos asociados a la inducción de la tolerancia oral (ITO) de alimentos con pauta de inmunoterapia oral de un paciente pediátrico con alergia alimentaria persistente a proteínas de leche de vaca (LV) mediada por IgE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente pediátrico varón de 7 años de edad con alergia alimentaria persistente a proteínas de LV, con niveles de IgE específica a leche y caseína > 100 (clase 6) e IgE total 780UI/mL, que presenta reacciones sistémicas graves (anafilaxia). El paciente fue tratado previamente en 2016 mediante ITO con el siguiente protocolo: 1) Fase inicial de desensibilización con pauta rush y dosis semanales incrementales hasta 200mL de LV; 2) Fase de mantenimiento (12 meses) de la ingesta de la cantidad diaria alcanzada; 3) Fase de comprobación de tolerancia, con suspensión del alimento durante 1-2 meses y posterior exposición controlada.

Durante la ITO el paciente presentó fuerte sintomatología alérgica, llegando a sufrir reacción sistémica (anafilaxia) y vómitos al alcanzar dosis de 0,8mL de LV diluida. Esto obligó a la suspensión de la ITO en la primera fase del tratamiento (rush).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se cursó la solicitud de utilización de omalizumab (anticuerpo monoclonal humanizado anti-IgE) en condiciones diferentes a las establecidas en ficha técnica con el objetivo de reducir los efectos adversos asociados a la ITO, y con arreglo al protocolo de utilización aprobado en la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT). Dicho protocolo contempla el inicio de la fase de desensibilización tras haber transcurrido 9 semanas desde la primera dosis del fármaco (momento en el que es alcanzado el estado estacionario). Así mismo, se consideró que la administración de omalizumab debe mantenerse hasta el tercer mes de la fase de mantenimiento, iniciando a partir de entonces la suspensión paulatina. La pauta posológica se estableció de acuerdo a ficha técnica, en relación a la concentración basal de IgE (780UI/mL [v.r. < 100UI/mL]) y el peso del paciente en ese momento (24,2Kg). Esto resultó en una dosis de 225mg de omalizumab cada 2 semanas.

El paciente reinició la ITO en Abril de 2017, tras haber recibido 5 dosis de 225mg de omalizumab durante un periodo de tiempo de 9 semanas. En Noviembre alcanzó los 200mL de LV con total tolerancia, encontrándose desde entonces en la fase de mantenimiento. En Marzo de 2018 se inició la retirada progresiva de omalizumab, espaciándose la administración cada 3 semanas.

Hasta la fecha, el paciente ha recibido 30 dosis de 225mg de omalizumab, no presentando ninguna reacción adversa asociada a su administración.

Conclusiones

En este paciente pediátrico, omalizumab está demostrando ser un fármaco seguro y altamente efectivo en la reducción de los efectos adversos asociados a la ITO, lográndose una amplia tolerancia a LV y mejorando en gran medida la calidad de vida del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**262. EXPERIENCIA DE USO DE USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN****AUTORES**

CONESA NICOLÁS E, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, NUÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, pérdida de respuesta, intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional o a antagonistas de TNF alfa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con enfermedad de Crohn tratados con ustekinumab desde enero de 2016 hasta marzo de 2018. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, peso, localización de la enfermedad, cirugía previa, tratamientos previos (inmunosupresores y fármacos biológicos), fecha de inicio de ustekinumab, pauta posológica, proteína C reactiva (PCR) y duración del tratamiento. La eficacia se evaluó según la valoración global, teniendo en cuenta respuesta clínica, endoscópica y analítica en la semana 16.

La seguridad se evaluó según efectos adversos (EA) documentados, suspensión del tratamiento y motivo.

Los datos se obtuvieron del programa de dispensación (Savac®) y de validación y preparación de mezclas intravenosas (Farmis-Oncofarm®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

Se excluyeron los pacientes cuya duración del tratamiento era inferior a 12 semanas en el momento de la recogida de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 13 pacientes (7 varones) con una edad media de 43,6±15,3 años. El peso medio era 64,2±9,5 kg. La localización de la enfermedad fue enfermedad extensa de intestino delgado (n=3), ileon (n=2), ileocolica (n=8). 5 de los pacientes presentaban artropatía asociada. 2 pacientes habían sido sometidos a cirugía previa. 12 pacientes habían recibido inmunomoduladores y todos los pacientes habían sido tratados con fármacos biológicos siendo la mediana 2 [1-4]. 3 pacientes iniciaron el tratamiento como uso fuera de ficha técnica (UFFT) con dosis de 90mg por vía subcutánea las semanas 0,1,2,3 y 12 y posteriormente cada 8 semanas. 10 pacientes fueron tratados según la posología indicada en ficha técnica. La dosis de inducción intravenosa (IV) fue 260mg (n=3), 390mg (n=6) y 520mg (n=1), según peso del paciente seguido de 90mg por vía subcutánea en la semana 8 y posteriormente cada 8 semanas (n=9) o cada 12 semanas (n=1). 1 de los pacientes que inició tratamiento UFFT recibió una dosis de inducción IV una vez comercializado el fármaco por esta vía, ya que presentaba mala respuesta.

La mediana de tiempo en tratamiento fue 5,3 meses [2,9-20,3].

La media del valor de PCR al inicio del tratamiento fue 1,7±1,4 mg/dl. En la evaluación analítica realizada en la semana 16 se observó una disminución de PCR superior a 1mg/mL en 3 pacientes e inferior a 1mg/mL en el resto de los pacientes. Según la valoración global del clínico 4 pacientes presentaron respuesta completa y 6 respuesta parcial.

3 pacientes suspendieron tratamiento. 2 de ellos por fracaso terapéutico y 1 por intolerancia al tratamiento (vómitos y dolor abdominal). No se reportaron reacciones adversas en el resto de los pacientes.

Ustekinumab ha demostrado una respuesta favorable en la mayoría de nuestros pacientes, aunque sería necesario más tiempo para poder evaluar el mantenimiento de la respuesta.

En cuanto al perfil de seguridad, ustekinumab fue, en general, bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

278. EXPERIENCIA TEMPRANA DE USO DE VEDOLIZUMAB

AUTORES

PATIER RUIZ I, NÚÑEZ MARTÍNEZ ME, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

Vedolizumab (VDZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une específicamente a la integrina $\alpha 4\beta 7$ lo que evita la migración de los linfocitos T colaboradores preferentemente al tubo gastrointestinal causantes de la inflamación característica de la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Actualmente se encuentra posicionado en 2ª línea biológica tras fracaso o contraindicación de los fármacos Anti-TNF α .

El objetivo consiste en evaluar la efectividad de VDZ en el tratamiento de inducción y mantenimiento de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal comprendido entre agosto 2015 - abril 2018. Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de EII en tratamiento con VDZ durante al menos 14 semanas (fase de inducción). La variable principal de efectividad se estableció como % de pacientes que alcanzan remisión clínica-biológica (RCB) y endoscópica (RE), definida según los criterios ECCO como RCB si; Proteína C-Reactiva (PCR) < 10 mg/dl, calprotectina fecal < 250 mg/kg y deposiciones diarias < =3; RE si curación de la mucosa con ausencia de ulceraciones en ileocolonoscopia en la semana 14 (s14), 30 (s30) y 52 (s52). Los datos fueron recogidos de los programas de prescripción de Farmacia y las historias clínicas. Se registraron variables sociodemográficas (Edad al de inicio de tratamiento, sexo) y asociadas a la enfermedad (Diagnóstico, años de evolución de la enfermedad hasta inicio, corticodependencia, afectación perianal, tratamiento previo con Anti-TNF α). Las variables cuantitativas se resumen con medianas (M) y Rango intercuartílico P75-P25 (RIQ) y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La población incluyó de un total de 11 pacientes, de los cuales 72,7% eran mujeres y 9 pacientes (81,8%) con duración de tratamiento > s52. Diagnósticos: EC n=7, CU n=4. Edad (años) M= 58,4; RIQ=29,3; años de evolución M=10,8; RIQ=13,9.

El 36,4% sufrían de afectación perianal y el 90,9% presentaba corticodependencia. El 81,8% eran pacientes pretratados con Anti-TNF α . El 72,7% iniciaron VDZ por fracaso a Anti-TNF α y los pacientes restantes presentaban contraindicaciones/toxicidad a los mismos. Duración del tratamiento con VDZ (semanas) M=74,3, RIQ=66,43.

Se evaluó la curación endoscópica de la mucosa en el 54,5% de los pacientes de los cuales presentaban RE el 50% en s52. En EC: RCB s14=9,1%, s30=33,3%, s52=11,1%; en CU: RCB s14=9,1%, s30=22,2%, s52=22,2%; en total RCB s14=18,2%, s30=55,6%, s52=33,3%. RCB+RE s52=22,2% (2/9 pacientes).

Atendiendo al posicionamiento terapéutico del vedolizumab, la población objetivo presenta una enfermedad refractaria, corticodependiente y con un largo periodo de evolución. La experiencia temprana con vedolizumab en práctica clínica real en pacientes con estas características parece confirmar la mayor tasa de remisión clínica en CU. Siguiendo los nuevos criterios de definición de remisión basados no sólo en parámetros clínico-bioquímicos sino también en la curación de la mucosa, el objetivo terapéutico se alcanza en aproximadamente la cuarta parte de los pacientes tras un año de tratamiento. Es necesario evaluar la persistencia de la remisión a más largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**286. ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL****AUTORES**

VIÑA ROMERO MM, HERNÁNDEZ CAMBA A, VELA GONZÁLEZ MM, RODRIGUEZ GONZÁLEZ GE, TARDILLO MARÍN C, MERINO ALONSO J, MORALES BARRIOS JA, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA DEL ROSARIO S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar la actividad desarrollada por un equipo multidisciplinar, constituido por el Servicio de Digestivo y Farmacia, para el control de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), teniendo como herramienta la monitorización de niveles de infliximab (IFX) y anticuerpos anti-infliximab (Ac-IFX).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio prospectivo, de un año de duración, en el que se han incluido los pacientes diagnosticados de EII (Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU)) en tratamiento con infliximab (IFX), a los que se les ha monitorizado los niveles plasmáticos del fármaco y de los anticuerpos contra el mismo (Ac-IFX), y se han evaluado en un comité multidisciplinar donde se ha incorporado un farmacéutico.

El tratamiento estándar consistió en infusiones de 5 mg/kg en las semanas 0, 2 y 6, y posteriormente cada 8 semanas, tal y como se indica en la ficha técnica, excepto los pacientes que estaban en régimen de intensificación. La monitorización de los niveles valle (C_{min}) fueron realizadas en el 5 ciclo o tras un empeoramiento clínico del paciente. Los resultados, así como la decisión farmacoterapéutica, fueron discutidos en la reunión semanal que tiene el equipo clínico.

La determinación de los niveles de IFX y Ac-IFX se realizaron mediante ELISA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio han sido incluidos un total de 54 pacientes con EII en tratamiento con IFX de los cuales un 51,8 % fueron mujeres. La edad media de la población de estudio fue 43,4 (71-23) años. El 84,3% de los pacientes presentaron un diagnóstico de EC, el resto de CU.

La mediana de número de infusiones fue 19 (5-62). El 70,3% de los pacientes recibían tratamiento de forma concomitante con: azatioprina el 38,8%, metotrexato el 14,8%, mesalazina y azatioprina el 9,2% y con mesalazina el 7,4%.

La mediana de concentración de IFX fue de 11,3 µg/mL (< 0,4-59,4). Un 33,3% de los pacientes tuvieron niveles de IFX sub-terapéuticos (< 3,8 µg/mL). En este grupo de pacientes la mediana de concentraciones fue de 2 µg/mL (0,4-3,3). Mientras que el 66,7% de pacientes con niveles terapéuticos, su mediana de concentraciones fue de 16 µg/mL (4,4-59,4). Se detectaron Ac-IFX > 10 UA/mL en 3 pacientes (5,5%), con niveles indetectables de IFX. Lo que obligó a cambiar de tratamiento en 2 de los pacientes.

La decisión tomada en este comité multidisciplinar respecto al tratamiento de estos pacientes se resume de la siguiente forma: en un 17% de los pacientes se intensificó las dosis, en un 4% se desintensificó, en un 2 % se cambió de tratamiento y en el 29 % de los pacientes se decidió seguir igual hasta la próxima evaluación.

La monitorización de niveles infliximab y niveles anticuerpos anti-infliximab de forma reglada nos ayuda como herramienta de decisión clínica y eficiencia terapéutica. La integración del farmacéutico en la Unidad de EII, como equipo multidisciplinar, ha supuesto la intervención directa del farmacéutico en la toma de decisiones durante el proceso de prescripción.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**313. ANÁLISIS A 10 AÑOS DEL USO DE INFILIXIMAB EN UVEÍTIS****AUTORES**

GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GONZÁLEZ GARCÍA J, RAMOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GIL S, CALZADO GÓMEZ G, DEL ROSARIO GARCÍA B, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA OFRA S/N. LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El tratamiento de enfermedades que tienen baja incidencia en la población normalmente es complicado por los pocos trabajos que hay publicados. El uso de infliximab (IFX) en uveítis es bastante frecuente, gracias a pequeños estudios en los que se han visto buenos resultados. Sin embargo, los datos sobre su efectividad y seguridad a largo plazo son bastante limitados. El objetivo de nuestro estudio es describir y analizar los resultados obtenidos con IFX, durante un periodo de 10 años, en pacientes diagnosticados de uveítis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de uveítis que iniciaron tratamiento con IFX entre enero de 2005 y diciembre de 2014. El seguimiento se realizó hasta el 31/07/15. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo en tratamiento, líneas previas de biológico, suspensiones definitivas o temporales del tratamiento y motivo y modificaciones de dosis. Se registró como modificaciones de dosis aquellas que implicasen una pauta de tratamiento diferente de las descritas para las indicaciones que aparecen en ficha técnica (3-5 g/Kg cada 6-8 semanas). Se consideraron interrupciones de tratamiento aquellas de una duración ≥ 6 meses. Los datos fueron registrados a partir del aplicativo informático OncoWin® y de la historia clínica electrónica almacenada en SAP®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el estudio se incluyeron un total de 9 pacientes (77,8% varones, edad media: 31 años [14-43]). El tiempo medio de seguimiento fue de 57,7 meses [13-125]. El 89% de los pacientes lo recibieron como primera línea de biológico. 5/9 pacientes recibieron únicamente la inducción, consiguiendo remisión de la enfermedad el 80% de ellos. Otros 2 pacientes consiguieron también remisión completa (tras 19 y 58 meses de tratamiento respectivamente), de tal forma que el 66,7% de los pacientes consiguieron controlar la enfermedad. De los 3 pacientes restantes, 2 de ellos suspendieron el tratamiento por falta de eficacia y otro por reacción infusional tras 11 meses de tratamiento. En ningún paciente se realizaron modificaciones de dosis.

Conclusiones

Con el presente trabajo hemos querido mostrar los resultados de IFX a largo plazo en el tratamiento de la uveítis en práctica clínica real. A pesar de ser una enfermedad de baja incidencia, nuestros resultados muestran que el tratamiento con IFX es una opción que puede dar buenos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

314. ESTUDIO PROSPECTIVO DEL USO DE UN ANESTÉSICO HALOGENADO EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE ÚLCERAS VASCULARES CRÓNICAS DOLOROSAS

AUTORES

FERNÁNDEZ GINÉS F, CORTIÑAS SÁENZ M, TAUSTE HERNÁNDEZ B, SIERRA GARCÍA F
COMPLEJO HOSPITALRIO TORRECARDENAS. PARAJE DE TORRECARDENAS, S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad analgésica y la seguridad de un novedoso tratamiento con sevoflurano tópico (Off label) sobre el lecho de úlceras crónicas dolorosas de miembros inferiores, así como la curación en el tiempo de la úlcera por segunda intención, la aparición de efectos adversos sistémicos y/o locales, mejoría global del paciente y consumo de fármacos analgésicos, pre- y post-inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo en la Unidad del Dolor Crónico de un hospital de tercer nivel. Periodo de seguimiento: 160 días. Cada úlcera vascular se irrigó con 1 mL de sevoflurano/ cm². Las variables analizadas fueron: valoración de dolor mediante escala visual analógica (EVA), disminución del tratamiento de base con analgésicos sistémicos, mejoría global por parte del paciente (PGI-I Scale) y mejoría global en el alivio del dolor a juicio del clínico (CGI-I Scale). Dos clínicos (Cirugía vascular y Dermatología) evaluaron la seguridad. Los datos fueron tabulados en Excel y analizados con Stata 11.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron a 10 pacientes, 6 mujeres y 4 varones con una media de edad de 64.6 ± 16.7 años. Un 96,7% de los casos experimentó una reducción estadísticamente significativa del dolor basal ($p=0.001$). La media de la puntuación EVA basal fue de 7.63 ± 1.56 , con respecto a la media al final del estudio que fue de 1.19 ± 0.48 . Se observó un menor consumo de morfina y analgésicos desde el inicio del tratamiento ($p=0,001$). Así mismo, en la semana 12 de tratamiento observamos una reducción en el área de la úlcera (51,5%). Las diferencias en las puntuaciones pre y post tratamiento de la escala PGI-I y CGI-I fueron estadísticamente significativas ($p=0,001$). Se observaron dos eventos de prurito con picor y enrojecimiento en la zona de aplicación, alrededor de la piel sana periulcerosa, que cesaron a los pocos minutos (15-30 minutos) tras la aplicación de sevoflurano.

Como conclusión, la aplicación tópica de sevoflurano permitió un excelente control del dolor a los pocos minutos de la instilación, dando lugar a una reducción del tratamiento sistémico analgésico y a una mejoría global del paciente. Además, se observó una reducción progresiva del área de las úlceras. Se observaron dos eventos adversos en la zona de aplicación con resolución temprana. Aunque los datos preliminares parecen alentadores, es necesario un ensayo clínico robusto para determinar la eficacia y la seguridad de este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

315. EXPERIENCIA EN EL USO DE OFATUMUMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

AUTORES

ALONSO MARTINEZ C, OLEAS VEGA DS, RAMOS TERRADAS N, JARAMILLO VASQUEZ J, VALDIVIA VADELL C, GARCÍA ORTEGA P, GARCÍA GARCÍA S, MONTORO RONSANO JB
VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS. PASEO DE LA VALL D'HEBRON, 119-19. BARCELONA

OBJETIVOS

El síndrome nefrótico (SN) es un trastorno de la función renal (FR) caracterizado por lesión del glomérulo con aumento de la permeabilidad de la pared capilar y aparición de proteinuria, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y, en algunos casos, hiperlipidemia. El tratamiento farmacológico habitual consiste en diferentes esquemas de inmunosupresión en función de la patología histológica subyacente.

Ofatumumab es un anti-CD20 humanizado autorizado únicamente en el tratamiento de leucemia linfocítica crónica. Sin embargo, existen dos ensayos clínicos en curso y bibliografía en población pediátrica que avalan su uso en el tratamiento del SN refractario.

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de ofatumumab con indicación no autorizada (INA) en el tratamiento del SN resistente a rituximab y tratamiento convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo. Tras la revisión bibliográfica se elaboró un protocolo para administración semanal de ofatumumab a dosis de 300 mg (1ª semana), 700 mg (2ª semana) y 1000 mg (4 últimas semanas). La velocidad inicial de infusión fue de 12 ml/h hasta un máximo de 200 ml/h. Como premedicación se emplearon: metilprednisolona intravenosa 60 mg, paracetamol oral 1 g, dexclorfeniramina intravenosa 5 mg. Para el seguimiento, se registraron variables biodemográficas, clínicas y analíticas extraídas de la historia clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Caso 1. Mujer de 47 años con SN por glomerulonefritis de cambios mínimos diagnosticada con 36 años. Recibió desde 2010 tratamiento con ciclofosfamida, ciclosporina, micofenolato de mofetilo y corticoides, sin remisión. En 2012 se autorizaron dos dosis de rituximab para brote nefrótico sin respuesta clínica. En diciembre de 2017, experimentó recaída con proteinuria estimada de 9.7 g/día, hipoalbuminemia de 2.9 mg/dl, sin hipercolesterolemia y deterioro progresivo de la FR con creatinina de 1.68 mg/dl. Recibió ofatumumab con regular tolerancia en la primera dosis (disnea y prurito) y sin problemas en dosis sucesivas. A la semana de la primera infusión la proteinuria fue de 1.2 g/día y tras 3 meses de finalizar el tratamiento de 1.5 g/día, creatinina de 1.50 mg/dl.

Caso 2. Mujer de 31 años afecta de SN resistente secundario a glomerulonefritis de cambios mínimos diagnosticada con 3 años. Presentó hasta los 9 años tres brotes evidenciándose corticorresistencia. FR normal y asintomática hasta nuevo brote en 2009 con proteinuria de 20 g/día tratada con inmunosupresores, agentes alquilantes y rituximab sin respuesta. En 2015 nuevo brote con proteinuria de 27 g/día iniciándose tratamiento. Desde entonces persistió SN con niveles altos de colesterol total (hasta 900 mg/dl) y LDL (hasta 410 mg/dl) a pesar de tratamiento con estatinas y ezetimiba, iniciándose LDL aféresis por riesgo cardiovascular. En enero del 2018 con proteinuria de 11 g/día, recibió ofatumumab con adecuada tolerancia. A las 4 semanas de finalizar el tratamiento, presentó disminución progresiva de la proteinuria a 4g/día y ascenso de la albúmina a 3.3 g/dL.

Conclusiones

Ofatumumab resultó ser efectivo y seguro en los dos casos expuestos para el tratamiento del SN refractario, con una disminución acusada de la proteinuria y una mejoría clínica. No obstante, es necesario evaluar su eficacia en el mantenimiento de la respuesta a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

322. HEMATOMA CEREBRAL EN HIPERTENSIÓN AGRAVADA POR TERIFLUNOMIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

TAUSTE HERNÁNDEZ B, CAÑIZARES PAZ S, TEJEDOR TEJADA E, FERNÁNDEZ GINÉS FD, NIETO GUINDO P, CIFUENTES CABELLO S, FRANCO SANDAR B
CH TORRECÁRDENAS. C/HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Se describe un caso de hematoma cerebral asociado al aumento de tensión arterial probablemente relacionado con el uso de teriflunomida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un estudio descriptivo observacional de un varón de 57 años diagnosticado de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) de 10 años de evolución. Fumador de 10 cigarros/día e hipertenso en tratamiento con Losartan 100 mg/día. En tratamiento con Teriflunomida 14 mg/día durante un año. Acude a urgencias por malestar general, astenia y visión borrosa de 24 horas de evolución. También presenta dificultad para hablar. Las cifras tensionales (mmHg) sistólicas (TAS) y diastólicas (TAD), respectivamente, tomadas cada hora fueron (TAS/TAD): 180/104; 171/93; 144/88 y 156/101. El hemograma, coagulación, bioquímica general y electrocardiograma se encontraron dentro de la normalidad. Se realizó Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal sin contraste y se procedió al ingreso. El grado de causalidad fármaco/reacción adversa se evaluó mediante el algoritmo de Naranjo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El paciente permaneció ingresado durante 5 días en los que evolucionó favorablemente. En el TAC craneal del ingreso se evidenció un hematoma intraparenquimatoso agudo subcortical en relación con edema. En su estancia en urgencias, se añadió al tratamiento antihipertensivo Hidroclorotiazida 12,5 mg/día y Atenolol 50 mg/día con lo que se controlaron las cifras tensionales. En informe TAC con contraste previo al alta se confirma la hemorragia subaguda temporal izquierda y secuelas de microhemorragias en probable relación con hipertensión. Se suspendió el tratamiento con teriflunomida por considerarlo como posible factor agravante de la hipertensión arterial de base. Después de un mes desde la suspensión de Teriflunomida y vigilancia de las cifras de presión arterial, se considera la desprescripción del tratamiento antihipertensivo, manteniendo el previo (losartan 100 mg/día). Tras 6 meses de seguimiento, las cifras de presión arterial permanecen dentro del rango de la normalidad (130 mmHg/85 mmHg). El algoritmo de Naranjo estableció como "probable" (puntuación de 5) la relación de causalidad. Se notificó mediante tarjeta amarilla al centro regional de Farmacovigilancia.

La ficha técnica de Teriflunomida recoge la hipertensión como reacción adversa "frecuente", pero no asociada a edema cerebral. Es de vital importancia hacer un seguimiento habitual de la presión arterial y asegurar que está controlada de forma adecuada en los pacientes en tratamiento con dicho fármaco. Hay que destacar la necesidad de notificar y cuantificar este tipo de reacciones adversas para evaluar la seguridad de los fármacos una vez comercializados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

323. EFICACIA Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

AUTORES

VILLAMAYOR BLANCO L, FORTES GONZALEZ MS, CASTRO DOMINGUEZ JM, VAZQUEZ BLANCO S, DE MIGUEL BOUZAS JC, HERRERO POCH L
HOSPITAL POVISA. C/ SALAMANCA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de Evolocumab en la práctica clínica en pacientes con hipercolesterolemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, longitudinal y observacional de los pacientes que inician tratamiento con evolocumab en un hospital general desde diciembre de 2016 hasta la actualidad.

Se incluyeron pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica (HFHo) o heterocigótica (HFHe) o enfermedad cardiovascular establecida (cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular isquémica o enfermedad arterial periférica (EAP)), con c-LDL > 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas o intolerantes a estatinas, a tratamiento con evolocumab durante al menos 12 semanas.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (indicación), de eficacia: disminución de otros hipolipemiantes, eventos cardiovasculares desde el inicio del tratamiento y variación en los parámetros bioquímicos (Colesterol total (CT), c-LDL, c-HDL y Triglicéridos (TG)) tras un mínimo de 12 semanas de tratamiento, para el análisis de la seguridad se midió la aparición de reacciones adversas. En el análisis estadístico se determinó la t-Student (SPSS v. 21.0)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 15 pacientes tratados con evolocumab, 6 (40%) mujeres y 9 (60%) hombres, con una edad media \pm DS de $57,8 \pm 11,22$ años. Las indicaciones de tratamiento fueron: 2 (13%) HFHe, 4 (26,6 %) HFHe y CI, 1 (6,6%) HFHe, CI y EAP, 7 dislipemia y CI (46,6%) y 1 con dislipemia, CI y EAP (6,6%). Todos ellos con cLDL > 100 mg/dl. El 33,3% de los pacientes eran intolerantes a estatinas y el 66,6% estaban con las dosis máximas toleradas.

Todos comenzaron con Evolocumab 140 mg/15 días y continuaron con la misma pauta. Como tratamientos concomitantes, 6 pacientes suspendieron las estatinas (40%), 2 redujeron las dosis de estatinas un 50% (13,3%) y 7 (46,6%) mantuvieron la misma dosis (Atorvastatina 80 mg o rosuvastatina 20 mg). 10 (66,6%) continuaron con Ezetimiba 10 mg.

Al inicio del tratamiento, el CT era de $230,6 \pm 34,4$ mg/dl (media \pm DS), cLDL $169,7 \pm 52,7$ mg/dl, cHDL 48 ± 7 mg/dl y TG $160 \pm 70,1$ mg/dl. Tras un período medio de tratamiento de $8,8 \pm 4,83$ meses, se observó una reducción significativa de los niveles de CT ($90,3 \pm 32,86$ mg/dl menos ($p < 0,001$)), del cLDL $90,3 \pm 30,33$ mg/dl menos ($P < 0,001$) y de los TG $38,55 \pm 31,09$ ($P < 0,0019$) y un incremento en cHDL de $8,33 \pm 9,56$ mg/dl que no alcanzó la significación estadística ($p=0,005$). El 57,8 % alcanzaron cLDL < 70, el 28,9 % < 100 y el 13,3 % se mantuvieron por encima de 100 mg/dl. Ningún paciente presentó eventos cardiovasculares desde el inicio del tratamiento y ni reacciones adversas.

Conclusiones

Evolocumab redujo el cLDL por debajo de 100 mg/dl en el 86,7 % de los pacientes. También ha disminuido el CT y los TG en consonancia con los ensayos clínicos. El perfil de seguridad ha sido muy bueno aunque serán necesarios estudios posteriores para determinar efectos adversos a largo plazo y reducción de morbimortalidad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

344. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN

AUTORES

RIERA MOLIST N, FOGUET BOREU Q, ROURA POCH P, REIG ORTA S, BLEDA GARCIA F, CODINA JANÉ C, ESCOTÉ LLOBET S, MUNELL CASADESÚS L
SERVEI DE FARMACIA, CONSORCI HOSPITALARI VIC. CARRER DE FRANCESC PLA 'EL VIGATÀ' Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes con trastorno mental severo (TMS) en tratamiento con un antipsicótico inyectable de larga duración (ILD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, realizado durante el último trimestre 2013. Se incluyeron pacientes adultos ambulatorios con TMS (esquizofrenia y trastornos relacionados, trastorno bipolar y otros), en tratamiento como mínimo con un antipsicótico ILD durante al menos los 6 meses previos al análisis.

Se utilizaron los criterios de síndrome metabólico definidos por la National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III, a excepción de la circunferencia abdominal que fue substituida por el índice de masa corporal, considerándose factor de riesgo cuando fuera $> 30\text{Kg/m}^2$.

La prevalencia de SM se estudió según años de evolución del TMS, definiéndose 3 grupos: < 5 años, 5-15 años, > 15 años. Se consideró politerapia antipsicótica aquellos que tomaban además de un antipsicótico ILD, uno o más antipsicóticos orales.

Las variables cuantitativas se describen con la media (desviación estándar, DE) si sus valores se distribuyen normalmente o con su mediana (rango intercuartílico, RIC). El nivel de significación se fija con una $p < 0,05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 188 pacientes (63,8% hombres), 48,5 años (DE 13,2) de edad media; la mediana de evolución del TMS fue de 16 años (RIC 9-28). Según diagnóstico, el 88,3% correspondía a pacientes con esquizofrenia o trastornos relacionados, el 6,4% a trastorno bipolar y el resto otros diagnósticos TMS.

La prevalencia de SM fue de 34% (IC95% 27,2-40,8); según el diagnóstico, fue de 33,7% en esquizofrenia y trastornos relacionados, 33,3% en trastorno bipolar y 40% en otros, sin diferencias estadísticamente significativas.

Se observó un aumento de la prevalencia de SM a mayor tiempo de evolución del TMS: 27,3% en el grupo < 5 años, 33,3% en el de 5-15 años y 36,2% en el de más de 15 años, sin diferencias estadísticamente significativas.

La prevalencia de SM según el antipsicótico ILD: 40,0% en paliperidona, 36,1% en risperidona, 33,3% en flufenazina y 18,2% en zuclopentixol; según tipo de antipsicótico ILD, la prevalencia de SM fue de 36,6% en atípicos y 26,1% típicos. El 45,2% de los pacientes recibían politerapia antipsicótica, siendo más frecuente en el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastornos relacionados ($p < 0,05$). No se observaron diferencias en la prevalencia de SM entre los pacientes con polifarmacia antipsicótica y los que no.

Conclusiones

La prevalencia de SM en pacientes adultos con TMS en nuestro estudio fue del 34%, prevalencia similar a la encontrada en otros estudios en pacientes con TMS y superior a la población general.

La prevalencia de SM aumentó a mayor tiempo de evolución del TMS y fue mayor en el grupo de pacientes tratados con un antipsicótico ILD atípico respecto de un típico, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

La elevada prevalencia de SM en pacientes adultos con TMS, justifica la importancia en su vinculación, no sólo a programas de seguimiento de la enfermedad mental y adherencia al tratamiento farmacológico, sino también a programas de prevención, particularmente en la enfermedad cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

346. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD A UN SEGUNDO FÁRMACO ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

ALDAVE COBOS P, EGÜES LUGEA A, ULACIA EPELDE L, POLO GARCIA J, ARRONDO VELASCO A, AGULLÓ FENOLL Á, PRECIADO GOLDARACENA J, SAROBE CARRICAS M
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

El algoritmo de tratamiento para enfermedad inflamatoria intestinal (EII) aprobado en el hospital posiciona el uso de vedolizumab y ustekinumab a pacientes con fracaso a al menos dos líneas de tratamiento con fármacos anti-Factor de necrosis tumoral (TNF).

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de una segunda línea de tratamiento con un fármaco anti-TNF en pacientes diagnosticados de EII, refractarios a otro fármaco anti-TNF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo que incluye pacientes con EII activa que habían sido tratados con al menos dos fármacos anti-TNF. Periodo de seguimiento desde enero del 2010 hasta abril del 2018.

Los datos recogidos fueron: edad, sexo, diagnóstico, historial farmacoterapéutico (incluyendo motivo de suspensión y duración del tratamiento) y evaluación de la respuesta.

La efectividad del tratamiento se evaluó al tercer mes del inicio del anti-TNF. Se consideró como respondedor al paciente que, de acuerdo a criterios clínicos establecidos (analítica sanguínea, sintomatología y resultados de pruebas endoscópicas) tuvo una remisión o una reducción de la actividad de la enfermedad.

Los motivos de suspensión del tratamiento se clasificaron en: fallo primario, cuando no hay respuesta al tratamiento; fallo secundario, cuando el paciente habiendo respondido inicialmente presenta pérdida de respuesta, e intolerancia, cuando el paciente experimenta un efecto adverso determinante para la suspensión del tratamiento.

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de historia clínica informatizada y se utilizó el programa estadístico STATA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 70 pacientes, 44,3% mujeres ($n=31$). La edad media fue de 47 años (rango 19-71) y el diagnóstico mayoritario fue Enfermedad de Crohn ($n=55$).

Un total de 43 pacientes iniciaron tratamiento en 2ª línea con infliximab y los 27 pacientes restantes lo hicieron con adalimumab. La tasa de respuesta global fue de un 91,43%. En el subgrupo de pacientes que iniciaron tratamiento con infliximab, la tasa de respuesta fue significativamente superior a la encontrada en el subgrupo de adalimumab (97,67% vs 81,48%; $p=0,0185$).

La tasa de respuesta en función del motivo de suspensión del primer fármaco anti-TNF fue de 66,66% en aquellos pacientes que lo hicieron por fallo primario, de 92,45% en fallo secundario y del 100% en pacientes que suspendieron por intolerancia.

La duración global del 2º tratamiento anti-TNF tuvo una mediana de 53,73 meses (IC95% 16,27-NA), siendo con infliximab de 32,53 meses (IC95% 23,37-NA) y con adalimumab de 67 meses (IC95% 16,27-NA). No obstante, la diferencia en la duración no fue estadísticamente significativa ($p=0,53$).

Conclusiones

Debe considerarse el uso de un segundo fármaco anti-TNF en pacientes refractarios a un primer anti-TNF, ya que más del 90% son respondedores. Aquellos que suspendieron el primer anti-TNF por fallo secundario parecen beneficiarse más que los que lo hicieron por fallo primario.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**348. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON VEDOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL****AUTORES**

NUÑEZ BRACAMONTE S, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, CHICA MARCHAL AM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Vedolizumab (VDZ) es un anticuerpo monoclonal anti-integrina $\alpha 4\beta 7$ indicado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) moderada-grave en pacientes con fracaso o intolerancia al tratamiento convencional y anti-TNF α .

El objetivo del trabajo es determinar la eficacia y seguridad de VDZ, y comprobar si existen diferencias en la respuesta clínica en función de la patología (colitis ulcerosa [CU] vs. enfermedad de Crohn [EC]).

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes tratados con VDZ en nuestro hospital desde Agosto 2015 hasta Marzo 2018. Revisamos las historias clínicas y elaboramos una base de datos en la que recogimos variables demográficas, clínicas y farmacoterapéuticas.

La respuesta al tratamiento se determinó según valoración clínica en las semanas 10 (CU) y 14 (EC). La seguridad se evaluó según efectos adversos (EAs) documentados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

21 pacientes recibieron tratamiento con VDZ; 14 (67%) eran mujeres, con una mediana de edad de 45 años (18-84 años). 9 (43%) pacientes estaban diagnosticados de CU y 12 de EC. De los pacientes con CU, 5 (56%) presentaban pancolitis, 2 (22%) colitis izquierdas y 2 (22%) proctosigmoiditis. En el caso de EC, la afectación fue 6 (50%) ileocólica, 5 (41%) ileal y 1 (8%) cólica; el patrón de la enfermedad fue 5 (42%) inflamatorio, 5 (42%) fistulizante y 2 (17%) estenosante; 6 (50%) tenían afectación perianal.

Previo al inicio de VDZ, 16 (72%) pacientes recibieron tratamiento inmunomodulador y 6 (29%) habían sido sometidos a cirugía intestinal. 17 (81%) pacientes recibieron tratamiento biológico previo, con una media de 1.57 ± 1.06 líneas (0-3): 13 (62%) infliximab, 13 (62%) adalimumab, 3 (14%) golimumab (CU) y 3 (14%) certolizumab, tramitados como usos fuera de ficha técnica; de estos, en 10 se intensificó el tratamiento con adalimumab 40mg/semanal, 4 infliximab 5mg/kg/6 semanas, 1 infliximab 10mg/kg/4 semanas y 1 certolizumab 400mg/2 semanas.

Durante el tratamiento con VDZ, 8 (38%) pacientes recibieron terapia combinada con inmunosupresor (azatioprina (n=4), metotrexato (n=3), mercaptopurina (n=1)).

Se excluyeron 2 pacientes con CU por falta de datos; en los 7 restantes se observó 1 (14%) remisión, 5 (71%) respuestas parciales y 1 (14%) falta de respuesta. En los pacientes con EC (n=12) se observaron 2 (17%) remisiones, 6 (50%) respuestas parciales y 4 (33%) faltas de respuesta.

8 (32%) pacientes recibieron dosis extra de VDZ en la semana 10, siendo una de ellas uso compasivo en CU, y en 6 se intensificó el tratamiento mediante administración de VDZ cada 4 (n=5) o 6 (n=1) semanas. Los pacientes recibieron una media de 8.53 ± 4.21 dosis (3-16). Las causas de suspensión del tratamiento (n=9) fueron: 5 falta de respuesta, 2 pérdidas de respuesta, 1 decisión familiar y 1 éxitus.

El único EA fue diarrea en un paciente de la muestra.

Conclusiones

En la práctica clínica VDZ ha demostrado ser moderadamente eficaz en el tratamiento de la EII en pacientes con fracaso a terapia convencional y anti-TNF. La tasa de remisión fue similar en ambos grupos, aunque en EC se observa una mayor tendencia a falta de respuesta al fármaco. Respecto al perfil de seguridad, ha demostrado ser un fármaco seguro y bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**362. ECUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: ¿MEDICAMENTO USADO EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD ULTRARRARA?****AUTORES**

GONZÁLEZ FURELOS T, FUSTER SANJURJO L, LÓPEZ SANDOMINGO L, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVENIDA DE LA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La prevalencia del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa), indicación aprobada de eculizumab, es inferior a 3,3 casos/1.000.000. Objetivo: determinar la prevalencia de uso de eculizumab en pacientes adultos con sospecha de SHUa y describir su utilización: condición de uso, dosificación, precauciones especiales de empleo, duración del tratamiento y coste.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con eculizumab hasta el 30/4/2018 en un área sanitaria de 181.243 habitantes.

De la historia clínica electrónica y aplicativo de gestión de farmacoterapia intravenosa se recogieron datos: demográficos (edad y sexo), variables clínicas [recuento de plaquetas, parámetros relativos a hemólisis microangiopática (LDH, haptoglobina, reticulocitos, esquistocitos, hemoglobina)], afectación renal (creatinina, filtrado glomerular, proteinuria), hipertensión arterial (HTA), ADAMTS-13, Toxina Shiga/STEC, terapias previas (plasmaféresis o diálisis), biopsia renal, estudio genético, vacunación, dosis y duración de tratamiento, y costes.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Siete pacientes recibieron eculizumab según posología indicada en ficha técnica. Cinco pacientes con sospecha de SHUa fueron incluidas en el estudio de utilización [edad mediana 52 años (Q1:37,5-Q3:71,5); 100% mujeres]; se excluyó un caso de hemoglobinuria paroxística nocturna y un SHUa confirmado por estudio genético y trasplante renal seguido en el centro de referencia. Este caso fue incluido en la evaluación de prevalencia (n=6).

Estudio de utilización (n=5): Todas presentaron clínica de microangiopatía trombótica (MAT) (algún parámetro indicativo de hemólisis microangiopática y fallo renal ± trombocitopenia) e HTA. Se descartó púrpura trombocitopénica trombótica en 4 casos tras detectar actividad ADAMTS-13 normal. Se excluyó SHU típico en 3 casos, en 2 tras determinación de Toxina Shiga/STEC y en 1 por la clínica. Una paciente debutó con clínica de MAT, HTA, afectación gastrointestinal profusa y síntomas neurológicos; no se detectó Toxina Shiga/STEC. Tras ser sometida a plasmaféresis persistió el fallo renal siendo tratada con 4 dosis semanales de eculizumab 900mg. Dos pacientes precisaron diálisis, 1 plasmaféresis y 1 ambas técnicas. La biopsia renal confirmó la presencia de MAT en 3 casos (2 estudios genéticos positivos) y la descartó en 1 (sospecha de MAT secundaria a anticonceptivos-AINEs); un caso no fue biopsiable (paciente monorreno con sospecha de MAT secundaria a Gemcitabina). Una paciente se vacunó antes del inicio del tratamiento y 4 después, precisando tratamiento antibiótico con ciprofloxacino (n=2), levofloxacino (n=1) y amoxicilina (n=1). Una paciente recibió únicamente las 4 dosis de inducción, 1 falleció tras 132 días de tratamiento y 3 pacientes continúan el tratamiento [duración mediana: 13.5 meses (Q1:8.5 –Q3:62.5)]. Coste acumulado de eculizumab (n=5): 2.989.858,59 euros y 417.189,57 euros por paciente/año el primer año y 401.738,11 euros sucesivos

Conclusiones

El estudio genético ha confirmado el diagnóstico de SHUa en 3 de los 6 pacientes tratados. En aquellos casos no confirmados se debería reevaluar el tratamiento tras la estabilización de los pacientes.

La dosificación y precauciones de utilización se ajustaron estrictamente a las recomendaciones de ficha técnica.

El alto impacto económico derivado de la prevalencia superior a la estimada para la fijación de precios, en nuestro medio 33 casos/1.000.000 habitantes, indica la necesidad de revisión del mismo adaptado a datos apropiados de epidemiología clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

380. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ORTIZ PÉREZ S, GARCÍA MUÑOZ C, GONZÁLEZ SEVILLA M, ARRIETA LOITEGUI M, CANALES SIGUERO MD, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos con mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave en nuestro hospital y compararlos con los resultados de los ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con mepolizumab entre enero y diciembre de 2017.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, eosinófilos en sangre periférica en el año previo al tratamiento, frecuencia de exacerbaciones clínicamente relevantes en el año previo y durante el tratamiento, tiempo hasta la primera exacerbación clínicamente relevante, porcentaje de reducción de dosis de corticoides orales, cambio medio en la FEV1 y eventos adversos relacionados con el fármaco. Para ello se utilizó la historia clínica electrónica.

Se definió exacerbación clínicamente relevante como el empeoramiento del asma que requirió el uso de corticoides sistémicos durante al menos 3 días y/u hospitalización y/o visita a urgencias. En el caso de pacientes tratados con corticoides orales de mantenimiento, la exacerbación se definió como el uso de corticoides sistémicos al doble de la dosis de mantenimiento durante al menos 3 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyó un total de 26 pacientes (57,70% mujeres) que iniciaron tratamiento con mepolizumab durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue 56 años (25-70).

La mediana de eosinofilia basal fue 600 células/microlitro(mcl) (100-1600). 3 pacientes presentaban eosinofilia menor de 300 células/mcl, 21 pacientes presentaban una eosinofilia entre 300 y 1000 células/mcl y 2 pacientes presentaban una eosinofilia > 1000 células/mcl. 13 pacientes (50%) habían sido tratados previamente con omalizumab.

Los pacientes fueron tratados con mepolizumab una mediana de 200 días (62-362).

La mediana de exacerbaciones en el año previo al tratamiento con mepolizumab fue 4 exacerbaciones (0-12). La tasa de exacerbaciones por paciente-año fue 4,77 en el año previo al tratamiento y 1,67 durante el tratamiento. Se observó por tanto una reducción de 64,98% en la frecuencia de exacerbaciones. En los ensayos clínicos los resultados fueron 1,44 y 48% respectivamente.

La mediana de tiempo hasta la primera exacerbación fue 110 días (7-284).

El porcentaje medio de reducción en la dosis de corticoides orales de mantenimiento observado fue 33,04%. Se observó también un aumento de 5,89% en la FEV1.

7 pacientes interrumpieron el tratamiento: 4 pacientes por problemas de seguridad y 3 pacientes por falta de efectividad.



La mayoría de los eventos adversos observados fueron grado I-II (91,30%). Los eventos adversos más frecuentes fueron: artropatías (6 pacientes), síndrome pseudogripal (3 pacientes) y cefalea (3 pacientes). El efecto adverso más grave observado fue artropatía grado III-IV en 2 pacientes lo que supuso la suspensión del tratamiento.

Conclusiones

La tasa anualizada de exacerbaciones durante el tratamiento con mepolizumab fue similar a la observada en los ensayos clínicos. Sin embargo, la reducción en la frecuencia de exacerbaciones fue mayor en nuestro estudio.

La artropatía fue el evento adverso más frecuente y más grave, y supuso suspensión de tratamiento. Se trata de un evento adverso que no aparece en ficha técnica ni en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

382. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB EN OFTALMOPATÍA TIROIDEA: USO OFF-LABEL

AUTORES

MUÑOZ GARCÍA I, CHICA MARCHAL AM, MARTÍNEZ CAMPILLO L, NÚÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, GARCÍA SIMÓN MS, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de tocilizumab, un anticuerpo monoclonal inmunoglobulina-G1 recombinante humanizado anti-receptor de interleucina-6 humana, en oftalmopatía tiroidea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo longitudinal desde diciembre-2015 hasta abril-2018, incluyendo todos los pacientes diagnosticados de oftalmopatía tiroidea resistente a corticoides o contraindicados tratados con tocilizumab, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron como datos: sexo, edad, hábito tabáquico, tratamiento previo para la oftalmopatía y para la disfunción tiroidea, niveles de inmunoglobulina estimulante de la tiroides (TSI), motilidad ocular extrínseca (MOE) y los ciclos recibidos de tocilizumab. Se evaluó la medida de presión intraocular (PIO), la exoftalmometría de Hertel, la puntuación de actividad clínica (clinical activity score (CAS) sobre 7 puntos), niveles de colesterol y triglicéridos, enzimas hepáticas (ALT-AST), recuento absoluto de neutrófilos (RAN) y plaquetas, al inicio del tratamiento y tras 12 semanas. Se emplearon los programas de Selene® y Farmis-Oncofarm® para la obtención de los datos. La pauta posológica recibida fue tocilizumab 8mg/kg/4 semanas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtuvieron 7 pacientes, 62,5% mujeres, con mediana de edad de 51 años (rango intercuartílico (RI): 41-57,5), siendo 4 fumadores. Todos los pacientes eran resistentes a corticoides, excepto en 1 donde estaban contraindicados por diabetes mellitus previa. La disfunción tiroidea estaba tratada con tiamazol en 5 pacientes. Los TSI fueron positivos en 2, negativos en 3 pacientes y en el resto se desconocían. La MOE estaba afectada en 6 de los pacientes. Los pacientes recibieron una mediana de 5 ciclos (RI: 4,5-15,5).

La mediana de PIO al inicio del tratamiento en ojo derecho (OD) fue de 19 mmHg (RI: 17-20,5) y 18 mmHg (RI: 18-20) en ojo izquierdo (OI) y tras 12 semanas de tratamiento, fue de 16 mmHg (RI: 16-16) en OD y 18 mmHg (RI: 16-18) en OI. La mediana de la exoftalmometría de Hertel fue al inicio en OD 18 mm (RI: 16,5-23) y en OI 21 mm (RI: 17-25), y a las 12 semanas, 18 mm (RI: 16-22) en OD y 21 mm (RI: 20-22) en OI. La mediana de la escala CAS, previa al tratamiento fue de 4 (RI: 3,5-4,5) y a las 12 semanas, de 3 (RI: 2,25-3). La mediana de los niveles de colesterol total al inicio fue de 211 mg/dL (RI: 179,5-229) y a las 12 semanas de 194 mg/dL (RI: 176,5-236) y la de triglicéridos, fue de 158 mg/dL (RI: 115-189,5) al inicio y a las 12 semanas, de 108 mg/dL (RI: 100,5-295,5). La mediana de los niveles de ALT (UI/L) al inicio fue de 14 (RI: 12-22,5) y a las 12 semanas de 24 (RI: 14,5-28,5) y de AST (UI/L), de 16 (RI: 14-17,5) al inicio y 18 UI/L (RI: 15,5-19) a las 12 semanas. La mediana de RAN ($\times 10^9/L$) fue de 4,90 (RI: 4,57-5,26) al inicio del tratamiento y 2,63 (RI: 2,49-3,45) tras 12 semanas de tratamiento, mientras que la mediana de plaquetas ($\times 10^9/L$) fue de 269 (RI: 243-273) y 201 (RI: 187-216), tras las 12 semanas.

Conclusiones

Se muestra un descenso en el valor de la escala CAS tras el tratamiento y una disminución de la PIO pero sin cambios en la exoftalmometría en ambos ojos.

Las alteraciones analíticas con tocilizumab se plasman en un descenso de los niveles de colesterol y triglicéridos, así como del RAN y de plaquetas, pero con incremento de las transaminasas.

Tocilizumab se ha convertido en los últimos años en una opción terapéutica para la oftalmopatía tiroidea resistente a corticoides, sin embargo, conlleva importantes efectos secundarios, por lo que es necesaria la optimización de la duración del tratamiento con el fin de alcanzar el objetivo oftalmológico sin comprometer la funcionalidad hepática.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

390. EFECTIVIDAD Y COSTE DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN COLITIS ULCEROSA

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, PELLICER FRANCO C, RUIZ GÓMEZ A, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, GONZÁLEZ LOZANO E, DE LA CRUZ MURIE P, AROCAS CASAN V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y el coste del tratamiento con infliximab en pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa (CU) para valorar medidas de optimización del tratamiento.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de todos los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa en tratamiento con infliximab desde su aprobación, en un hospital de tercer nivel.

Las variables poblacionales recogidas fueron: sexo y edad; y como variables de resultado: dosis de infliximab por administración, fecha de inicio del tratamiento, fecha de intensificación de tratamiento si la hubo, fecha fin de tratamiento, número de dosis administradas por intensificación hasta fracaso terapéutico, coste total y coste por paciente; número de dosis administradas en los tratamientos ineficaces pero no intensificados, también su coste total y coste por paciente; y motivo de suspensión del fármaco.

Como fuentes de datos se consultaron la historia clínica electrónica, el registro de elaboración de mezclas intravenosas; y programa de prescripción electrónica y fabricación de mezclas intravenosas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio (2009-2018) se trataron 58 pacientes, 39 hombres y 19 mujeres, siendo la mediana de edad de 43,5 años (24 – 85).

En la actualidad, 22 pacientes permanecen en tratamiento con infliximab (37,93%), en 16 de ellos el tratamiento está resultado eficaz (72,72%) y en 6 está siendo eficaz después de optimizarlo mediante intensificación (27,27%).

A los 36 pacientes restantes (62,07%) se les suspendió el tratamiento por diferentes motivos: 15 pacientes por ineficacia (41,67%), 10 pacientes por reacciones adversas (27,78%), a 4 pacientes se les cambió a tratamiento oral por estabilización de la enfermedad (11,11%), a un paciente se le suspendió por embarazo (2,78%), un paciente abandonó el tratamiento (2,78%), uno se le suspendió por contraindicación (2,78%), otro fue exitus (2,78%) y en tres pacientes se desconocen los motivos (8,33%).

De los 15 pacientes con fracaso primario, 10 fueron suspendidos sin intensificación (66,67%) cambiando de diana terapéutica y en 5 se intensificó el tratamiento siendo nuevamente ineficaz (33,33%).

El número total de dosis administradas en pacientes a los que no se les intensificó el tratamiento pero finalmente se les suspendió por ser ineficaz fue de 66, suponiendo un coste total de 85.538,93 euros (8.553,89 euros/paciente).

El número total de dosis administradas durante la intensificación fue de 49, con un coste total de 28.145,03 (5.629 euros/paciente).

Ningún paciente fue monitorizado durante el tratamiento.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con CU tratados con infliximab deben suspender el tratamiento por falta de eficacia o toxicidad.

Las medidas de intensificación consiguen la permanencia en el tratamiento de algunos pacientes. Con la monitorización se podrían identificar de forma temprana fracasos terapéuticos antes de manifestarse clínicamente así como su etiología; y se podría optimizar el tratamiento ajustando el esquema posológico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

404. MEPOLIZUMAB: PRIMER TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI INTERLEUCINA-5 PARA ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE

AUTORES

PIERAS LÓPEZ Á, ZÁRATE TAMAMES B, MARTÍNEZ TORRÓN A, ARIAS MARTÍNEZ A, MENÁRGUEZ BLANC R, RODRÍGUEZ FERRERAS A, VELASCO ROCES L, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Realizar un estudio de utilización de mepolizumab en asma eosinofílica refractaria grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes tratados con mepolizumab entre diciembre de 2016 y abril de 2018, en el hospital. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, fecha de inicio de tratamiento, indicación, tratamientos previos y causa de suspensión, porcentaje de reducción de niveles sanguíneos de eosinófilos, exacerbaciones e ingresos, reducción del uso de corticoides y reacciones adversas (RA). Asimismo, se evaluó el cumplimiento de los criterios establecidos por la Comisión de Uso Racional de Medicamentos de la Comunidad (CURMP): eosinófilos sanguíneos > 500 células/ μ L; ó ≥ 2 exacerbaciones graves en el último año, tratados con ≥ 2 ciclos de corticoides o aumentando la dosis de mantenimiento durante ≥ 3 días, ó > 1 exacerbación grave que requiera hospitalización, ingreso en UCI o ventilación mecánica. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de Cerner Millennium®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 15 pacientes, 6 hombres y 9 mujeres, con una mediana de edad de 56,5 años (14,8-69,6). Todos fueron diagnosticados de asma eosinofílica refractaria grave, tres de ellos secundaria a vasculitis ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) tipo EPGA (poliangeitis granulomatosa eosinofílica), siendo este un uso “off-label”. La mediana de seguimiento fue 28,9 semanas (2,43-71,29).

Todos fueron tratados previamente con dosis altas de corticoides, agonistas $\beta 2$ de larga duración, y 8 pacientes con omalizumab. De estos 8, uno recibió ambos tratamientos concomitantemente, otro lo suspendió tras la primera dosis por no cumplir criterios de uso, 3 por falta de respuesta, 2 por aparición de RA (uno por mialgias, y otro por rash cutáneo) y el último tanto por falta de respuesta como por RA (artralgias).

La mediana de eosinófilos sanguíneos al inicio fue 340 células/ μ L (2250-167). Todos los pacientes cumplían los criterios de utilización de la CURMP y en 4 los niveles de eosinófilos sanguíneos fueron > 500 células/ μ L.

Los niveles de eosinófilos se redujeron en 9 pacientes, con una mediana de reducción del 85,27% (29,63-97,06). En 4 pacientes no se pudo valorar esta reducción por no disponer de resultados analíticos posteriores al inicio del tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento, todos los pacientes habían sufrido exacerbaciones graves frecuentes, y como consecuencia, 6 de ellos fueron hospitalizados. Tras el inicio, sólo 5 sufrieron exacerbaciones, de carácter más leve y menos frecuente, de los cuales solo uno fue ingresado. En 8 pacientes se consiguió una reducción de la dosis diaria de corticoides (2 de los 6 restantes no se pudieron evaluar al haber recibido solo una dosis del fármaco). Solo 1 paciente suspendió el tratamiento por falta de eficacia, y 2 presentaron RA (uno hematomas y debilidad en rodillas, y otro infección vírica respiratoria).

Mepolizumab es un tratamiento efectivo en la reducción tanto de los niveles de eosinófilos sanguíneos, como en el uso de corticoides en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave.

Las RA fueron poco frecuentes, aunque se necesitaría más tiempo de estudio para evaluar la seguridad a largo plazo. Mepolizumab podría valorarse como alternativa en pacientes refractarios a omalizumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

411. PREVALENCIA DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDÍACOS

AUTORES

CONEJO MARÍN I, MAS MALAGARRIGA N, GOMIS-PASTOR - M, DÍAZ BASSONS A, FERRERO GREGORI A, MIRABET PEREZ S, ROIG MINGUELL ME, MANGUES BAFALLUY MA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/SANT QUINTÍ 89. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue medir el cumplimiento de las recomendaciones internacionales de vacunación frente al virus de la gripe debido a su elevado impacto en morbi-mortalidad en pacientes trasplantados de corazón.

Los objetivos secundarios fueron medir el impacto de un mensaje SMS, recordando el inicio de la campaña de vacunación, en la prevalencia de vacunación e identificar factores que puedan condicionar la prevalencia de la vacunación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo aleatorizado llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel desde Octubre de 2017 a Febrero de 2018. Se incluyeron 128 pacientes trasplantados cardíacos de > 1,5 años desde el trasplante y con indicación de vacuna de la gripe según protocolo.

La intervención consistió en enviar un mensaje de texto en octubre de 2017 recordando el inicio de la campaña vacunal 2017-2018 contra la gripe y recomendando la administración de la vacuna por tratarse de pacientes inmunodeprimidos. Los datos se obtuvieron de entrevistas clínicas al inicio del estudio, así como de la posterior revisión de las historias clínicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes fue de 56,6±14,2 años de los cuales 87 (68%) fueron hombres. La media de tiempo desde el trasplante cardíaco fue de 11,9±7,7 años. En cuanto al nivel de estudios, 14 (10,9%) no habían cursado ningún tipo de estudios, 54 (42,2%) tenían el graduado escolar, 57 (44,5%) estudios superiores/universitarios y en el resto no se obtuvo información. La media de comorbilidades fue de 5,4±2,6, con una media de 12±7 fármacos diferentes/día.

En cuanto al porcentaje de vacunación, se obtuvo información en 106 (82,8%), de los cuales 57 (53,8%) vacunados vs 49 (46,2%) no vacunados. No tuvo acceso a los registros vacunales en 12 (9,4%), mientras que 10 (7,8%) no pudieron vacunarse por causas infecciosas.

De los 106 pacientes, 50 fueron aleatorizados al grupo control vs 56 al grupo intervención. El recordatorio masivo del inicio de la campaña de vacunación mediante un mensaje de texto al móvil no obtuvo mejores tasas de vacunación en el grupo intervención (p=0,664).

Se observó que el tiempo post-trasplante es un factor condicionante de la tasa de vacunación (p=0,016), destacando que un 72,9% de los pacientes que no se vacunan habían sido trasplantados hacía más de 10 años y a los cuales, por protocolo, se les espacian las visitas con el equipo primario de trasplante. No se encontraron diferencias significativas (p > 0,05) entre vacunación y las variables: género, nivel de estudios, número de comorbilidades y edad.

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de los pacientes trasplantados incluidos en el estudio no se vacunaron de la gripe.

Intervenciones simples, como un SMS recordatorio, no consiguen incrementar la tasa de vacunación. Sería necesario estudiar otro tipo de intervenciones dirigidas a la población de riesgo para mejorar la tasa de vacunación debido a la elevada morbi-mortalidad de la infección en esta población.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

440. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BEERS EN LA EVALUACIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

AUTORES

RICOY SANZ I, ESCOLANO PUEYO Á, SERRANO VICENTE MC, VIÑUALES ARMENGOL MC, ALLUÉ FANTOVA N, AMADOR RODRIGUEZ MP

HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTÍNEZ DE VELASCO 36. HUESCA

OBJETIVOS

Evaluar mediante los criterios de Beers 2015 la prevalencia de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en la población anciana ingresada en una unidad de Medicina Interna (MI) de un Hospital General.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se incluyeron los pacientes mayores de 65 años ingresados en MI durante Febrero y Marzo de 2018 en un Hospital General. Se analizaron las PPI mediante los criterios de Beers que recogen los fármacos que deben evitarse en pacientes mayores debido a que su riesgo a producir un evento adverso supera el beneficio clínico que puede darse en este tipo de población. Variables recogidas: sexo, edad, procedencia domicilio/institucionalizado, diagnóstico, nº de fármacos y de PPIs prescritos antes y después del ingreso, duración de la estancia hospitalaria y destino al alta. Fuente de datos: historia clínica electrónica, programa informático Farmatools® e informes de ingreso y alta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

191 pacientes. 50'3% mujeres. Media de edad $81'2 \pm 8'3$ (65-98). El 82'7% vivía en su domicilio y el 17'3% estaba institucionalizado. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue enfermedad del apartado respiratorio (42'9%). Cada paciente tenía prescritos una media de $10'3 \pm 5$ principios activos antes de ingresar y $10'6 \pm 4'6$ tras el alta no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas ($p = 0'462$). El porcentaje de pacientes con 5 principios activos o más fue: 85'9% al ingreso, 98,4% hospitalizados y al alta 90'1%. La media de PPI fue de $1'12 \pm 1'05$ al ingreso y de $1'05 \pm 0'98$ tras el alta ($p = 0'551$). El 66 % de los pacientes tenía al menos una PPI antes de ingresar, durante el periodo de ingreso el 62'8% y al alta el 67'3% aunque al 20'9% le suprimieron al menos una PPI. De las PPI en el domicilio, un 33'3% correspondían a Omeprazol, 21'4% Lorazepam, 13'5% Metildigoxina y 11'1% Lormetazepam. En pacientes hospitalizados las PPI más prevalentes fueron Lorazepam 19'8%, Metamizol 15'7%, Metoclopramida 12'4%, Metildigoxina 10% y digoxina 10%. Al alta el 38'3% de los pacientes tenía prescrito Omeprazol como PPI, el 19'1% Lorazepam, el 16'5% Metildigoxina y el 10'4% Lormetazepam. La duración media del ingreso fue de $5'6 \pm 3'4$ (1-21). Tras el alta el 74'3% volvió al domicilio, el 14'7% a la institución y el 10'5% falleció durante el ingreso y un paciente fue trasladado a otro hospital.

Conclusiones

Un porcentaje muy importante de los pacientes que ingresan en MI tienen prescrita una PPI (66%), no modificándose la prevalencia de PPIs tras el alta hospitalaria (67,3%). La revisión sistemática de los tratamientos por parte del farmacéutico de hospital aplicando los criterios de Beers permite detectar prescripciones inadecuadas y llevar a cabo intervenciones para así optimizar la farmacoterapia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

442. USTEKINUMAB: ¿ÚLTIMA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN?

AUTORES

LÁZARO LÓPEZ E, VELASCO ROCES L, RODRÍGUEZ FERRERAS A, PLANO SÁNCHEZ AI, MENÁRGUEZ BLANC R, ZARATE TAMAMES B, PIERAS LOPEZ A, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. C/ DE CELESTINO VILLAMIL, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Ustekinumab, anticuerpo monoclonal antiinterleukina 12 y 23 indicado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos, ha emergido como última alternativa de tratamiento en esta enfermedad. El objetivo es evaluar su efectividad y seguridad, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) con pérdida de respuesta, refractarios ó intolerantes a fármacos anti TNF α .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes con EC tratados con ustekinumab que iniciaron el tratamiento desde mayo de 2017, el fin de seguimiento fue enero de 2018. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tiempo desde el diagnóstico, tratamientos biológicos previos, posología y medicación concomitante (corticoides/inmunosupresores). Para la evaluación de la respuesta se registraron el índice de Harvey-Bradshaw (IHB), de actividad de la enfermedad (toma valores de 0-26), y el valor de la PCR. En función del IHB, se definió la actividad como moderada, intermedia o en remisión. Para evaluar la seguridad se recogieron los efectos adversos. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se trataron a 8 pacientes. Uno de ellos inició tratamiento a través de un programa de Uso Compasivo antes de la comercialización del fármaco. La pauta de inicio fue la establecida en ficha técnica (90 mg la semanas 0, 1, 2, 3 y 4, seguido de dosis de mantenimiento de 90 mg/8 semanas. La mediana de edad fue 31 años (rango: 24-56) y el 75%(n=6) eran mujeres. La mediana de años desde el diagnóstico fue de 15(rango: 3-51). Un paciente recibió previamente adalimumab, los otros siete habían recibido infliximab y adalimumab y, cuatro de ellos, además, vedolizumab. El cambio a ustekinumab se produjo en todos los pacientes por pérdida de respuesta o respuesta inadecuada. La mediana de PCR basal fue 5,15mg/dL(rango:1,9-26,2) y del IHB 9(rango: 5-12). La mediana de reducción de PCR fue de 3,9 mg/dL (rango: 1,4-26) y del IHB de 1,5 puntos (rango: 1-4). El valor actual de la mediana de PCR es 1,25 mg/dL (rango: 0,2-2,3 y del IHB, 6,5(4-10). Al final del estudio siete de los pacientes continúan a tratamiento con ustekinumab con una mediana de duración de 3,3 meses (rango: 0,5-33). En una paciente se cambió el tratamiento a vedolizumab y posteriormente se suspendió tras realizarse un trasplante de precursores hematopoyéticos. Cuatro pacientes presentan actividad moderada



de la enfermedad, dos intermedia y dos están en remisión. De los ocho pacientes, cuatro toman como medicación concomitante prednisona, tres azatioprina y uno hidrocortisona. Un paciente presentó prurito, dos mareos y cefalea, y otro diarrea pero no fue necesario suspender el tratamiento en ningún caso.

Conclusiones

Ustekinumab tiene un efecto modesto en pacientes con EC refractaria a antiTNF.

Los resultados deben ser interpretados con precaución, sería necesario disponer de un mayor tamaño muestral y mayor tiempo de observación (menor proporción de datos censurados).

El fármaco se ha desarrollado para estadios de la enfermedad ya muy tratados, por lo que sería interesante realizar estudios en pacientes naive a fármacos biológicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

449. SWITCH DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

RETAMERO DELGADO A, GRADOS CANOVAS MD, CUCURELL PALOMAS M, SALOM GARRIGUES C, SANCHEZ FRESQUET X, PARÉS MARIMON RM, SERRAIS BENAVENTE J, FERRANDEZ MARTÍ D
HOSPITAL D'IGUALADA. AVINGUDA CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar los motivos de cambio de tratamiento biológico y evaluar su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado entre enero-diciembre de 2017 en un hospital comarcal con un área de referencia de 110000 habitantes y aproximadamente 200 pacientes en tratamiento biológico (TB).

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que cambiaron de TB de las especialidades de dermatología, reumatología o digestivo.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo y edad), diagnóstico y tiempo des del diagnóstico, motivo del cambio, número de TB previos, persistencia y efectividad del nuevo tratamiento.

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica. El estudio estadístico fue realizado con el programa SPSS versión v22. Las variables cualitativas se describen con porcentaje y las cuantitativas con media y desviación estándar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 38 (19,0%) pacientes: 12 (31,6%) hombres; edad 48,9 (12,5) años.

Distribución por diagnósticos: 17 (44,7%) artritis reumatoide (AR), 8 (21,1%) espondiloartropatías, 5 (13,1%) artritis psoriásica (APs), 3 (7,9%) psoriasis, 3 (7,9%) enfermedad de Crohn (EC) y 2 (5,3%) colitis ulcerosa (CU). El tiempo desde el diagnóstico fue de 11,9 (8,3) meses.

En 32 (84,2%) pacientes, el facultativo esperó al menos 12 semanas para realizar el cambio de tratamiento (excepto en caso de aparición de efectos adversos).

Tratamiento previo vs nuevo: 31 (81,6%) vs 14 (36,8%) anti-TNF y 7 (18,4%) vs 24 (63,2%) de otros mecanismos (Chi cuadrado 15,75; $p < 0.001$). Solo 4 (10,5%) pacientes siguieron con un anti-TNF tras el cambio.

Los motivos del cambio fueron: 29 (76,3%) por falta o pérdida de respuesta, 8 (21,1%) por efectos adversos y 1 (2,6%) por aparición de una nueva comorbilidad que contraindicaba el tratamiento.

Diecinueve (50,0%) pacientes habían recibido más de un biológico previo, y en 3 (7,9%) pacientes se trataba del quinto o sexto biológico.

En el momento del análisis (abril 2018), 22 (57,9%) pacientes seguían con el mismo tratamiento, mientras que 16 (42,1%) habían finalizado: 12 (75,0%) por falta o pérdida de respuesta, 3 (18,8%) por efectos adversos y 1 (6,2%) por aparición de una comorbilidad que lo contraindicaba.

De los 22 pacientes que seguían con el mismo tratamiento, 10 (45,6%) estaban en remisión, 6 (27,2%) presentaban actividad moderada y 6 (27,2%) actividad baja de sus respectivas enfermedades.

Conclusiones

- La intercambiabilidad de fármacos biológicos es frecuente en nuestro centro, sobretudo en AR y espondiloartropatías, siendo los motivos más frecuentes la falta o pérdida de respuesta y la aparición de efectos adversos. Sería interesante comparar nuestros resultados con los de otros centros.

- La mitad de los pacientes han recibido más de un tratamiento biológico previo.

- En la mayoría de cambios de tratamiento se produjo un cambio de diana farmacológica.

- A pesar de los cambios de tratamiento la tasa de respuesta al nuevo biológico es elevada (72,8% pacientes en remisión o con baja actividad de la enfermedad).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

458. EDEMA FARMACOLÓGICO CAUSADO POR FÁRMACOS ANTAGONISTAS DE CALCIO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EDEMA PERIFÉRICO

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, PUJOL BLAYA V, JUÁREZ GIMÉNEZ JC, LALUEZA BROTO P, GONZÁLEZ VIEJO MÁ, LAUNOIS OBREGÓN P, GÓMEZ GARRIDO A, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA



OBJETIVOS

El edema periférico (EP) farmacológico es un efecto adverso que puede limitar la calidad de vida de los pacientes. Destaca por su frecuencia, el EP causado por antagonistas del calcio (AC), localizándose principalmente en extremidades inferiores (EEII) a nivel maleolar. Se origina por inhibición de la linfomotricidad y aumento de la permeabilidad capilar. Existe escasa evidencia del efecto y su magnitud en pacientes con edema de causa venolinfática.

Evaluar si el EP diagnosticado en una población de pacientes es producido por la administración de AC, verificando su causalidad mediante retirada del fármaco y cálculo del algoritmo Karch-Lasagna modificado (KL).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de serie de casos en una población de pacientes visitados en la Unidad de Linfedema (UL) del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital de Nivel III de enero-abril 2018. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por facultativos de la UL y del Servicio de Farmacia. Se recogieron datos biodemográficos, tipo y localización del EP y perimetría maleolar (PM) de ambas EEII en la primera visita a la UL. Ante sospecha clínica de EP por AC se suspendió el fármaco y se aplicó tratamiento descongestivo en algunos casos. En la segunda visita se confirmó la disminución del EP mediante la PM de ambas EEII y aplicación del algoritmo de KL modificado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se realizaron 94 visitas de pacientes diagnosticados de EP. De ellos, 4 presentaron EP secundario a patologías venolinfáticas en EEII con sospecha de EP farmacológico sobreañadido.

Mujer de 77 años con flebolinfedema en extremidad inferior derecha (EID) secundaria a neoplasia endometrial en tratamiento con amlodipino. Las medidas en la primera visita fueron: PM derecha (PMD)=28.0cm y PM izquierda (PMI)=25.1cm y tras vendaje en EID y retirada del fármaco: PMD=26.2cm y PMI=23.4cm.

Varón de 73 años con edema bilateral secundario a fallo de bomba periférica por inmovilización debida a mielomeningocele en tratamiento con manidipino. Las medidas en la primera visita fueron: PMD=29.2cm y PMII=29.0cm y tras medidas de contención y retirada de fármaco: PMD=28.5cm y PMI=28.1cm.

Varón de 62 años edema bilateral distal secundario a fallo de bomba periférica por inmovilización debida a mielomeningocele en tratamiento con amlodipino. Las medidas en la primera visita fueron: PMD=28.2cm y PMII=27.0cm y tras medidas de contención y retirada del fármaco: PMD=26.8cm y PMI=26.0.

Varón de 62 años con síndrome postflebítico y edemas maleolares bilaterales en tratamiento con amlodipino. Las medidas en la primera visita fueron: PMD=29.5cm y PMI=32.5cm y tras retirada del fármaco: PMD=27.0cm y PMI=28.0cm.

En los tres primeros casos se obtuvo una causalidad posible (KL=5) y en el último caso una causalidad probable (KL=6).

En todos los casos se observó reducción del EP en EEII tras retirada de los AC combinada o no con tratamiento descongestivo. Estos datos indican la importancia de considerar el EP farmacológico como un efecto adverso relevante en pacientes con patologías venolinfáticas de base y la necesidad de combinar los tratamientos físicos con un estudio exhaustivo del tratamiento farmacológico del paciente y la valoración de la retirada o sustitución de AC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

461. EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL INTERCAMBIO POR UN BIOSIMILAR DE INFLIXIMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A, ORALLO LUNA C, FRA YÁÑEZ J, CALZÓN BLANCO C, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍNEZ P, LAMAS LÓPEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HERREROS, 6. ASTURIAS

OBJETIVOS

Estimar la eficiencia y la seguridad del intercambio o “switching” de infliximab de referencia (IR) por infliximab biosimilar (IB) en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EII (Enfermedad de Crohn [EC] o Colitis ulcerosa [CU]) con al menos 6 meses de tratamiento con infliximab antes y después del intercambio. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento, extraídos de la historia clínica electrónica: sexo, edad, diagnóstico, tiempo desde el diagnóstico, tratamientos concomitantes y efectos adversos (EA). Se registró el número de pacientes con suspensión de infliximab y el motivo (falta de eficacia o EA), así como los pacientes con intensificación del tratamiento respecto a la pauta habitual de mantenimiento (dosis superiores a 5 mg/kg o pautas inferiores a “cada 8 semanas”).

La efectividad del tratamiento se evaluó con el Índice de Harvey-Bradshaw (HBI) validado para EC y el test de puntuación parcial Mayo (PMS) para CU (grado de actividad de la enfermedad). Tras comprobar la normalidad de los datos, se comparó en ambos periodos mediante el test de T de Student-Fisher y el test de T de Wilcoxon, respectivamente. Se estimó y comparó el coste mensual de infliximab en ambos periodos.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistic®v24.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 28 pacientes, 15 mujeres y 13 hombres, con una mediana de edad de 42 años [25-64]. La distribución por patologías fue del 78,6% para EC y del 21,4% para CU. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 20,5 años [3-35].

En el momento del switching a IB, el 42,8% de los pacientes seguía tratamiento concomitante con inmunosupresores y el 39,2% con corticoides orales (CO). El resto estaba en monoterapia con infliximab. En ninguno de los casos se suspendió el

tratamiento, aunque en 6 pacientes se intensificó la terapia (en 4 ocasiones disminuyendo la frecuencia de administración y en 2 aumentando la dosis del fármaco).

Durante el periodo con IB, el 17,8% de los pacientes seguía tratamiento inmunosupresor, el 21,4% CO y el 60,7% recibía monoterapia con infliximab. El tratamiento fue suspendido en 6 pacientes (3 por EA y 3 por falta de eficacia) y se intensificó en 4 ocasiones (todas ellas disminuyendo la frecuencia de administración).

El perfil de toxicidad fue similar con IR y con IB: reacciones postinfusionales (39,3% vs 25%), artralgia (14,3% vs 14,3%), astenia (17,8% vs 14,3%) y psoriasis (0% vs 7,1%), entre otros.

En cuanto a la efectividad del tratamiento, el HBI medio con IR e IB fue 5,81 y 5,68 (enfermedad leve), y el PMS medio con IR e IB fue 5,33 y 5,16 (enfermedad leve), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ambos periodos ($p=0,71$ y $p=0,36$).

Económicamente, el cambio a IB supuso una disminución mensual del coste de 25.630€, con una mediana de 923,6€ por paciente.

El tratamiento con IB resultó más eficiente, reduciendo los costes y manteniendo los resultados clínicos. Asimismo, el perfil de seguridad fue similar con ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

462. MODIFICACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES TRATADOS CON EVOLOCUMAB

AUTORES

GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, FERRERAS LOPEZ N, ORTEGA VALIN L, FLORES VERGARA GM, GARCIA DEL EGIDO A, ALVAREZ NUÑEZ N, MARTINEZ ALVAREZ E, GUERRA GONZALEZ M
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. C/ ALTOS DE NAVA, S/N, LEÓN. LEÓN

OBJETIVOS

Valorar las modificaciones del perfil lipídico de los pacientes tratados con evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de los pacientes tratados con evolocumab, revisando en las historias clínicas las características individuales, el motivo de prescripción, la duración del tratamiento, las causas de suspensión y las variaciones en el perfil lipídico compuesto por el colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) y triglicéridos (comparando los valores analíticos previos al inicio con evolocumab y estableciendo los valores medios de los resultados durante el tratamiento con el mismo).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trataron con evolocumab 35 pacientes (22 hombres y 13 mujeres) con una mediana de edad de 57 años.

Los motivos de prescripción fueron los siguientes: En el 85,7% ($n=30$) de los casos pacientes con Hipercolesterolemia Familiar (HCF), 26 de ellos por control inadecuado y 4 por intolerancia a estatinas; en el 8,6% ($n=3$) de los pacientes por un control ineficaz con estatinas a dosis plenas y en el 5,7% ($n=2$) por intolerancia a las mismas.

La duración del tratamiento ha sido en 11 pacientes entre 5-7 meses; 1 paciente entre 8-10 meses; 7 pacientes entre 11-13 meses; 9 pacientes entre 14-17 meses y 7 pacientes ≥ 18 meses. Actualmente todos continúan en tratamiento habiéndose producido una única suspensión por efectos adversos (dolores musculares intensos).

Respecto a las variaciones del perfil lipídico en función del motivo de prescripción de evolocumab encontramos que:

En pacientes con HCF y control inadecuado con estatinas, los parámetros analíticos previos al tratamiento con evolocumab fueron: colesterol total 247mg/dl, c-LDL 170 mg/dl, triglicéridos 118mg/dl y c-HDL 53mg/dl. La reducción de estos parámetros durante el tratamiento con evolocumab fue del 44,1%, 61% y 23,8% respectivamente. En el c-HDL no se produjo una modificación significativa.

En el caso de pacientes con HCF e intolerancia a estatinas encontramos que la media de los parámetros analíticos fueron: colesterol total 254mg/dl, c-LDL 186 mg/dl, triglicéridos 163mg/dl y c-HDL 61mg/dl. La reducción de estos parámetros durante el tratamiento con evolocumab fue del 29,5%, 54,9% y 4,9% respectivamente y se produjo un aumento del 6,5% en el c-HDL.

Los pacientes con intolerancia a estatinas o control inadecuado con las mismas no diagnosticados de HCF presentaron unos valores previos de colesterol total de 236mg/dl, c-LDL 136 mg/dl, triglicéridos 274mg/dl y c-HDL 45mg/dl. La reducción de estos parámetros durante el tratamiento con evolocumab fue del 46,0%, 57,9% y 28,5% respectivamente. En el c-HDL se produjo un aumento del 6,3%.

Respecto a la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular y las cifras de c-LDL, 23 pacientes alcanzaron el objetivo establecido en las guías (c-LDL < 70 mg/dl).

Conclusiones

Ante los datos obtenidos podemos concluir que el tratamiento con evolocumab produce una reducción notoria de las c-LDL por lo que nos encontramos con una buena alternativa en pacientes que no respondan o no toleren adecuadamente los tratamientos de habituales, por otro lado, destacar también su perfil de seguridad en cuanto a la buena tolerancia por parte de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

477. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO EN TRATAMIENTO CON ANTI-PCSK9 SEGÚN MODELO CAPACIDAD-MOTIVACIÓN-OPORTUNIDAD

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, MANZANO GARCÍA M, GUZMÁN RAMOS MI, MARTÍN MUÑOZ D, CANTILLANA SUÁREZ MG, MORILLO VERDUGO R
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia del paciente crónico en tratamiento con anti-PCSK9 de una cohorte de práctica clínica real según modelo de Capacidad-Motivación-Oportunidad (CMO).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico y prospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos en tratamiento con cualquier anti-PCSK9 que se encontraban en seguimiento en una consulta de atención farmacéutica (AF) según modelo CMO (Morillo et al. Farm Hosp. 2016), desde inicio de tratamiento hasta abril 2018. Se excluyeron pacientes recutados en ensayos clínicos durante el periodo de estudio, con pérdida de seguimiento o aquellos que no habían alcanzado seis meses de tratamiento. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (presencia de comorbilidades, obesidad (IMC > 30) al inicio/seis meses, niveles de colesterol total (CT), LDL-c, HDL-c y triglicéridos (TG) al inicio/seis meses de tratamiento) y farmacoterapéuticas (número de medicamentos concomitantes y tipo de anti-PCSK9). Relacionadas con AF: nivel de estratificación según Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Para evaluar la experiencia de estos pacientes con el modelo de AF, se utilizó el cuestionario IEXPAC (<http://www.iemac.es/iexpac/>). La puntuación de cada ítem se encuentra entre 0-10 (nunca: 0 puntos; casi nunca: 2.5; a veces: 5; casi siempre: 7.5; siempre: 10). La puntuación global se encuentra entre 0-10 (promedio de puntuaciones de cada uno de los ítems). Se seleccionaron las preguntas con mejor ($\geq 8,5$) y con peor (≤ 5) puntuación.

Los datos fueron obtenidos a partir de la historia clínica electrónica y visitas a la consulta de AF. Se procesaron mediante analítica descriptiva (mediana/RIQ; media/DE) en Excel® 14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron nueve pacientes. Edad mediana 63 años (RIQ: 69-53). El 77,8% (n=7) hombres. El 88,9% (n=8) presentaba comorbilidades. Cinco (55,6%) eran obesos al inicio y tres (33,4%) a los seis meses. Los niveles de CT al inicio/seis meses fueron 270 (294-204) y 167 mg/dL (197-152) respectivamente. Al igual los valores de LDL-c [150 (213-129) y 78 mg/dL (113-62)], HDL-c [46 (51-41) y 47 mg/dL (48-42)] y TG [157 (240-95) y 180 mg/dL (208-126)]. El número de medicamentos concomitantes fue siete (13-4). El 77,8% (n=7) estaban en tratamiento con alirocumab. El 11,1% (n=1) fue estratificado como nivel-1, el 22,2% (n=2) nivel-2a y el 66,7% (n=6) nivel-3.

En relación al cuestionario, la puntuación media global obtenida fue: $6,7 \pm 3,3$. Los ítems que obtuvieron puntuaciones más elevadas fueron: Respetan mi estilo de vida ($8,8 \pm 2,5$); me ayudan a seguir mi tratamiento ($9,7 \pm 0,83$); se aseguran de que tomo la medicación (10 ± 0); se preocupan por mi bienestar ($9,2 \pm 2,5$). Los puntos con posibilidad de mejoras incluyeron: Me ayudan a informarme por internet ($2 \pm 3,3$); uso internet/móvil para consultar mis datos ($3,6 \pm 4,5$); me informan de recursos sanitarios y sociales ($3,1 \pm 3,7$); me animan a hablar con otros pacientes ($2,2 \pm 3,2$).

La evaluación de la atención farmacéutica basada en el modelo CMO en pacientes crónicos en tratamiento con anti-PCSK9 cumple un alto nivel en cada punto de interacción identificado. Sin embargo, son aspectos de mejora la incorporación de nuevas tecnologías y la posibilidad de compartir experiencias con otros pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

490. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GRANDIO LEIVAS L, FERNANDEZ GONZALEZ MP, DOMINGUEZ GUERRA M, LOIS ALVAREZ V, GOMEZ MARQUEZ AM, CASADO VAZQUEZ L, VARELA CORREA JJ, GONZALEZ PEREIRA ME
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. RAMÓN PUGA NOGUEROL. OURENSE

OBJETIVOS

Evaluar eficacia y seguridad del tratamiento con Mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave (AERG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes diagnosticados de AERG en tratamiento con Mepolizumab desde julio de 2017 hasta abril de 2018 siguiendo el protocolo de utilización creado por la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica del Sergas.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo y años de diagnóstico.

La efectividad se evaluó analizando criterios como: uso de corticoides inhalados a dosis altas más beta2 de larga duración, empleo de corticoides orales durante periodos mayores de 6 meses, administración de biológico previo tratamiento, exacerbaciones previas y posteriores y retirada del fármaco.

La seguridad se evaluó recogiendo los efectos adversos manifestados por los pacientes.

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica informática (IANUS) y del programa informático de mezclas intravenosas Oncofarm.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron 9 pacientes, n=7 (77,77%) mujeres y n=2 (22,22 %) hombres, con una edad media de 61,11 años (43-69). El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad fue 5 años (1-9).

Antes de iniciar tratamiento, n=7 pacientes usaron corticoides inhalados a dosis altas más beta2 de larga duración, n=2 pacientes corticoides orales en periodos mayores a 6 meses. Del total, el 66,66 % había recibido tratamiento biológico previo con Omalizumab. El 100% tenía carácter eosinofílico, sufriendo el 77,77% exacerbaciones previas.



Después del tratamiento ningún paciente sufre exacerbaciones, en el 66,66% hay una reducción en la utilización de corticoides orales continuos.

A efectos de seguridad, sólo el 22,22% sufre efectos adversos leves: (n=1) sufre cefalea y (n=1) mialgias y fiebre tras la primera administración de Mepolizumab, no obligando a la retirada del fármaco.

Conclusiones

- Ningún paciente sufre exacerbación que requiera corticoide sistémico.
- Se observa una reducción del 66,66% del uso de corticoides orales continuos.
- Sólo dos pacientes sufren efectos adversos tras la primera administración del fármaco.
- El Mepolizumab es eficaz en el 100% de pacientes no respondedores a Omalizumab.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

494. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA CONVENCIONAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

GIL CANDEL M, INIESTA NAVALON C, ONTENIENTE CANDELA M, SALAR VALVERDE I, CABALLERO REQUEJO C, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una enfermedad crónica, que a menudo requiere de tratamiento en periodos asintomáticos. Nuestro objetivo es analizar el uso y la seguridad del tratamiento convencional, así como el motivo de retirada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un Hospital que atiende a una población de aproximadamente 200.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU), entre el año 2008-2017.

Mediante revisión de la historia clínica se recogieron variables demográficas (sexo), edad al diagnóstico, diagnóstico y relacionadas con el perfil farmacoterapéutico (inmunomoduladores, corticoides y aminosalicilatos). También se recogieron los motivos de suspensión (reacciones adversas) y la duración del tratamiento.

Las variables cuantitativas se expresan como media (DE) y las cualitativas como porcentajes. Para comparar variables cualitativas se realizó la prueba de Ji cuadrado. Se consideró significación estadística cuando $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 23.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 134 pacientes de los cuales el 65,7% eran hombres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 33,7 años (DE: 14,9). Con respecto al diagnóstico el 73,9% presentaba EC.

El 91,8% de los pacientes se trató al menos con un inmunomodulador (azatioprina, mercaptopurina y/o metotrexato). No se encontraron diferencias en su utilización según el diagnóstico, el 93,9% de los pacientes con EC frente al 85,7% de los pacientes con CU ($p=0,128$). El inmunomodulador más utilizado fue la Azatioprina (79,9%), seguido de metotrexato subcutáneo (16,4%) y mercaptopurina (10,4%).

El 82,8% de los pacientes recibió corticoides en alguna ocasión, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la CU y EC (91,4 % frente 79,8% respectivamente ($p=0,117$)). El corticoide más empleado fue la prednisona (76.1%), seguido de beclometasona (17,9%) y budesonida (15,7%) por vía oral.

En cuanto a la terapia con aminosalicilatos, el porcentaje de pacientes en tratamiento fue del 77,6%. El 100% de los pacientes de CU utilizaron un aminosalicilato (mesalazina o sulfasalazina), mientras que en la EC sólo el 69,7% de los pacientes, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). El aminosalicilato más prescrito fue la mesalazina oral (74,6%) seguida de la rectal (26,9%).

La duración media del tratamiento con azatioprina fue de 15,24 meses (DE:15,32), de prednisona 5,34 meses (DE:6,8), y de mesalazina 23,79 meses (DE:23,7).

En cuanto a la seguridad, el 32,8% de los pacientes presentó alguna reacción adversa. Destacó la intolerancia digestiva (25,6%), pancreatitis (17,9%), mielotoxicidad (15,4%) y hepatotoxicidad (15,4%). La azatioprina fue el fármaco con más reacciones adversas en nuestros pacientes.

Conclusiones

La terapia convencional sigue siendo un pilar fundamental en el abordaje de la EII. Destacamos que en nuestra población, todos los pacientes con CU han sido tratados con un aminosalicilato.

La terapia convencional ha producido reacciones adversas en el 32,8% de nuestra población. La azatioprina ha sido el fármaco más utilizado pero también el fármaco que ha presentado más efectos adversos, destacando la intolerancia digestiva, lo que disminuye la adherencia en los pacientes y su posterior retirada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

506. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E INFLUENCIA DEL ESTADO NEUROPSICOLÓGICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

ACHAQUES RODRÍGUEZ M, CEREZO GARCIA M, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, IGLESIAS PEINADO I, ALADRO BENITO Y, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12.5. MADRID

OBJETIVOS

Los medicamentos modificadores de la enfermedad (FAME) utilizados en esclerosis múltiple (EM) han demostrado ser eficaces en la prevención de las recaídas y la progresión de la enfermedad. La adherencia a estos tratamientos está muy relacionada con la progresión de la enfermedad, la mortalidad y un incremento en los costes de hospitalización. El objetivo de este estudio es evaluar si existe correlación entre los resultados en los test cognitivos y cuestionarios utilizados en la evaluación de pacientes con EM y la adherencia al tratamiento en distintas líneas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple que hubieran iniciado el tratamiento entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2016, y en los que se hubiera realizado en una ocasión la valoración neuropsicológica. Los datos se recogieron de los registros electrónicos del hospital (Farmatools®). La adherencia se determinó como “medication possession ratio” (“MPR”) calculado como número de días en los que el paciente tiene medicación sobre el total de días de prescripción. El valor máximo para la adherencia como “MPR” es del 100%. Se consideraron adherentes todos aquellos pacientes con “MPR” \geq 90%. Los test cognitivos que se utilizaron fueron: Subtests de cubos, textos y escenas de escala Weschler (medida de memoria verbal y visual), CTMT (medida de atención y función ejecutiva), PASAT (memoria de trabajo y función ejecutiva), FDT (procesamiento cognitivo y atención), SDMT (procesamiento cognitivo). Los cuestionarios utilizados fueron: BDI (depresión), STAI (estado y rasgo ansioso), EQ-5D (cuestionario de calidad de vida). Para evaluar la influencia de los diferentes factores sobre la adherencia se utilizó una regresión logística binaria. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®v24.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 66 pacientes. Un 67% eran mujeres. El 59,1% de los pacientes estaban en primera línea de tratamiento y el 30,3% en segunda línea. La mediana de edad al inicio de la línea era de 37 años (IQR: 30,75-43,00). La forma clínica mayoritaria (98,5% de los pacientes) era la remitente recurrente. El 71,2% se encontraba trabajando en el momento de la realización de los test. La media(\pm SD) de “MPR” fue de 96,9% (\pm 6,2%). Un 90,9% de los pacientes eran adherentes. La media de EDSS(\pm SD) al inicio fue de 0,5(\pm 0,8). No se encontró ninguna relación entre la adherencia y los resultados de los test neuropsicológicos en ninguna de las líneas de tratamiento. No existe correlación entre la adherencia y los resultados de los test neuropsicológicos y de calidad de vida en los pacientes de EM.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

519. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB TRAS FALLO A ANTI-TNF ALFA EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, CANTILLANA SUÁREZ MG, DÍAZ ACEDO R, AVILÉS RECIO M, TRISTANCHO PÉREZ Á, FOBELO LOZANO MJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de vedolizumab tras fallo a anti-TNF α en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos diagnosticados de EC o CU en tratamiento con vedolizumab; período de seguimiento octubre 2015-abril 2018. Datos recogidos: edad, sexo, tabaquismo, años de duración y localización/extensión de la enfermedad, intervenciones quirúrgicas (IQ) previas, número de anti-TNF α previos, inmunosupresores concomitantes, niveles de proteína C-reactiva (PCR), dosis adicional de vedolizumab en semana 10 (S10) y efectos adversos. La efectividad clínica fue evaluada mediante diferencia en los índices de actividad (índice CDAI/ índice Mayo) en la semana 14 (S14) frente a datos basales; se consideró respuesta si disminuyeron al menos 100 y 3 puntos respectivamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 18 pacientes, 14 EC y 4 CU. Los pacientes con EC presentaban edad mediana 35,5 años (rango 23-50), 9 eran hombres (64,3%) y 5 fumadores (35,7%); duración mediana de la enfermedad 8 años (1-25). La afectación era ileocólica en 9 casos (64,3%), ileal en 3 (21,5%), cólica en 1 (7,1%) y gastrointestinal alta en otro (7,1%); con afectación perianal en el 35,7% de los pacientes e IQ previa también en el 35,7%. Vedolizumab se utilizó en segunda (21,4%), tercera (50%) y cuarta (28,6%) línea tras fallo a anti-TNF α . El 71,4% de los pacientes presentaban tratamiento concomitante inmunosupresor. El valor mediano de PCR disminuyó de 8,8 (basal) hasta 3,7 mg/L en S14. El 50% recibieron dosis adicional en S10.

Los 4 pacientes con CU presentaban una edad mediana de 31,5 años (rango 19-83), 3 eran hombres (75%), todos no fumadores; duración mediana de enfermedad 5 años (3-14). Uno de los pacientes presentaba CU extensa, dos CU izquierda y otro proctitis. Ningún paciente había sufrido IQ previa. Un paciente recibió previamente un anti-TNF α , dos recibieron dos y un paciente recibió tres. El 75% se encontraba en tratamiento inmunosupresor concomitante. El valor mediano de PCR disminuyó de 25,7 (basal) a 15 mg/L en S14. Un paciente recibió dosis adicional en S10. No se documentó ningún evento adverso.

La efectividad se pudo evaluar en 16 (13 de EC y 3 de CU) de los 18 pacientes, que completaron tratamiento al menos hasta S14. La mediana del valor de CDAI (EC) al inicio fue 319 (130-580), disminuyendo hasta 185 (85-366) en S14. El 53,8% de los pacientes con EC consiguió respuesta al disminuir el CDAI al menos 100 puntos. En CU, el índice Mayo disminuyó al menos tres puntos en dos de los tres pacientes.

En EC la efectividad al tratamiento con vedolizumab en la S14 se alcanzó en el 53,8% de pacientes; la mitad de los pacientes necesitaron dosis adicional en S10. Las escasas opciones terapéuticas disponibles para EC, hace necesario realizar estudios de efectividad para posicionar las líneas de tratamiento tras la utilización de los anti-TNF α . Los estudios de efectividad en CU incluyen habitualmente un número de pacientes pequeño, por lo que es difícil concluir resultados y lleva a plantearse la posibilidad de un estudio multicéntrico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

525. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DURANTE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, LARÍA CAMPAÑA C, CASO GONZÁLEZ A, OBALDIA ALAÑA C, GALLARDO ANCIANO J
HOSPITAL DE SAN PEDRO. C/ PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Detectar y analizar las posibles interacciones farmacológicas entre los medicamentos dispensados en la consulta de pacientes externos y los tratamientos concomitantes como parte de la atención farmacéutica. Evaluar la frecuencia y gravedad de estas interacciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo realizado en pacientes que iniciaron tratamiento con medicación oral dispensada desde la consulta de pacientes externos entre los meses de enero y abril de 2018 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron de la historia clínica electrónica los siguientes datos: edad, sexo y medicación domiciliar activa.

Las potenciales interacciones se analizaron mediante la herramienta MedInteract accesible desde la Web de la SEFH, clasificándolas en tres niveles de gravedad (leve, moderada, grave). Las interacciones graves se comunicaron al facultativo responsable.

El análisis de los datos se realizó mediante frecuencias para variables cualitativas y la mediana y su rango para variables cuantitativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyó un total de 167 pacientes, 50,3% hombres, con una mediana de edad de 66 [23–90,6]. La media de fármacos concomitantes activos fue 5,73 [0–18].

En cuanto a la distribución por grupos de patologías más frecuentes, 80 pacientes (47,9%) iniciaron tratamiento para su enfermedad onco-hematológica, 25 (14,97%) para un proceso infeccioso y 9 (5,39%) para patología pulmonar. Siendo los medicamentos más prescritos: capecitabina 35 pacientes (20,96%), quetiapina 15 (8,98%), linezolid 10 (5,99%) y enzalutamida 7 (4,19%).

Se detectaron un total de 62 interacciones en 39 pacientes. De estas, 7 interacciones (11,29%) fueron clasificadas como graves, encontrándose: linezolid-formoterol inhalado en 3 pacientes (7,69%), capecitabina-alopurinol en 2 (5,12%), y anagrelida-ácido acetilsalicílico y linezolid-brimonidina en 1 paciente (2,56%) cada una. En cuanto a las moderadas, se observaron 55 interacciones (88,71%) en 30 pacientes (76,92%), siendo los fármacos más frecuentemente implicados: quetiapina (47,27%), ibrutinib y enzalutamida (9,09%), voriconazol (5,45%) e imatinib, dasatinib y gefitinib (3,64%).

Siendo las combinaciones más frecuentes: ibrutinib con inhibidores de la bomba de protones y quetiapina con benzodiacepina, antagonistas de receptor de angiotensina-II o betabloqueantes.

Conclusiones

Los resultados observados muestran la presencia de un elevado número de interacciones entre la medicación hospitalaria iniciada y los tratamientos concomitantes.

Aunque la gravedad de las interacciones fue en general moderada, es importante realizar una correcta revisión y monitorización de las mismas, con el fin de mejorar la farmacoterapia de los pacientes y recomendar acciones/alternativas tanto a los facultativos como a los propios pacientes para mitigar sus posibles repercusiones.

Es imprescindible comunicar a los facultativos aquellas interacciones potencialmente graves para que valoren la relación beneficio/riesgo y tomen las medidas farmacoterapéuticas apropiadas.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

526. EVALUACIÓN DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SACUBITRILLO/VALSARTAN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

CANALES SIGUERO D, CARO TELLER JM, MARTÍNEZ DE LA TORRE F, ARRIETA LOITEGUI M, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVDA. CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el grado de adecuación de la prescripción de sacubitrilo/valsartan (SAC/VAL) a los criterios de uso reflejados en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT).

Analizar la efectividad y seguridad de SAC/VAL en pacientes tratados con él en el área sanitaria de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) tratados con SAC/VAL desde su comercialización en agosto de 2016 hasta marzo del 2018 en nuestra área sanitaria.

De cada paciente se registró si se cumplían los criterios de inicio según el IPT: clase funcional II – III NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor o igual al 35%, tratamiento previo optimizado con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina II (ARAII), un beta-bloqueante y un antagonista de la aldosterona y nivel plasmático de la fracción aminoterminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP) elevado (≥ 600 pg/ml).

Se realizó además un seguimiento de los pacientes a través de la historia clínica electrónica (HCE) y del visor HORUS® de la historia de Atención Primaria. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, número de ingresos, visitas a urgencias y eventos adversos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 127 pacientes (70,87% varones) con una media de edad de $68 \pm 12,90$ años. El 100% de las prescripciones se realizó por el Servicio de Cardiología, ajustándose en el 32,66% de los casos a todos los criterios del IPT. Un 97,6% de los pacientes tenían ICC de grado II-III de la NYHA. Un 80,3% presentaban niveles elevados de NT-proBNP al inicio. El 70,86% tenían el tratamiento previo optimizado. Un 66,14% de los pacientes presentaba una FEVI $\leq 35\%$.

42 pacientes (33,07%) presentaron algún ingreso (excluyendo los ingresos programados) y/o visita a urgencias. Se registraron 96 hospitalizaciones, de las cuales 26 (27,73%) fueron por descompensación de la ICC, 3 por dolor torácico, 1 por infarto agudo de miocardio y 1 por hipertensión. Teniendo en cuenta el tiempo aportado por cada paciente al estudio, la tasa media de incidencia de una descompensación fue del 25,13%, es decir, 25 ingresos por este motivo por cada 100 pacientes y año.

79 pacientes (62,20%) presentaron eventos adversos relacionados con la medicación. Se suspendió el tratamiento por este motivo en 13 pacientes (10,23%) siendo la causa más frecuente de discontinuidad la insuficiencia renal (53,8%). Debido a reacciones adversas a la medicación, se produjeron 8 visitas a urgencias, 6 por hipotensión o síncope y 2 por empeoramiento de la función renal.

Los eventos adversos más frecuentes fueron hipotensión (34,64%), empeoramiento de función renal (24,41%), hiperpotasemia (18,11%) y mareos (15,74%).

En nuestro estudio la adecuación de la prescripción de SAC/VAL a criterios de IPT fue alta en cuanto a clase funcional pero menor en cuanto a optimización de tratamiento previo y valor de FEVI.

La tasa de descompensación hallada fue ligeramente superior a la obtenida del Ensayo Clínico PARADIGM-HF.

El efecto adverso más observado en nuestra población fue la hipotensión.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

546. TOLERANCIA DE LAS NUEVAS TERAPIAS ORALES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

ÁLVAREZ PAYERO M, MARTÍN VILA A, GARCÍA BELOSO N, MARTINEZ LÓPEZ DE CASTRO N, SPUCH CALVAR C, PEGO REIGOSA R, PIÑEIRO CORRALES G

HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO (EOXI VIGO). CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la tolerancia de los pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) a las nuevas terapias modificadoras de la enfermedad (TME) orales: dimetilfumarato (DMF) y teriflunomida (TE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en un Hospital Universitario de 1100 camas. Se incluyeron pacientes con EMRR tratados con DMF y TE entre junio 2015 y febrero 2017. Variables: demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, discapacidad (EDSS), nº de brotes el año previo al inicio, tratamiento previo, motivo de cambio a TME oral, efectos adversos con TME oral, gravedad y motivo de suspensión. Los datos fueron extraídos de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo descrito se iniciaron 86 tratamientos con DMF (n=43) o TE (n=43) en 79 pacientes. 79% mujeres, edad media $40,3 \pm 7,8$ años con un tiempo de evolución de la enfermedad de $6,8 \pm 5,3$ años, una EDSS basal de 2 puntos (0-4) de EDSS y $0,8 \pm 0,8$ brotes el año previo al inicio del tratamiento. El 21% de los pacientes no habían sido tratados previamente, el 48,8% habían recibido una TME previamente y el 30,2% > 1 TME. Los pacientes pretratados habían recibido en el último año previo al cambio: 44,2% interferones beta 1a y 1b, el 17,5% acetato de glatirámico, 1,2% TE, 7% DMF, 3,5% fingolimod, 2,3% natalizumab y 3,3% llevaban > 1 año sin tratamiento. Los motivos de cambio más frecuentes fueron intolerancia a la vía de administración (41%), seguridad (27,9%) e ineficacia (31,1%).

Entre los pacientes tratados con DMF, un 11,9% no presentaron efectos adversos; 69% leves; 14,3% moderados y 4,8% graves. Los efectos adversos más frecuentes fueron: flushing en el 69,8%, diarrea en el 27,9%, vómitos/náuseas en el 16,3%, dolor cólico abdominal en el 11,6%, y alteraciones capilares en el 2,3%. Los pacientes también presentaron otros efectos entre los que destacan: pirosis, distensión abdominal, fatiga, linfopenia, sequedad de piel y prurito.

Entre los pacientes tratados con TE, un 38,6% no presentaron efectos adversos, el 43,2% leves, el 11,4% moderados y el 6,8% graves. Los efectos adversos más frecuentes fueron: alteraciones capilares en el 26,7%, diarrea en el 13,3%, vómitos/náuseas en el 7%, dolor cólico en el 4,4%. Los pacientes también presentaron otros efectos entre los que destacan: cefalea, hipertensión, linfopenia, elevación de enzimas hepáticas, prurito, piel seca, aftas bucales, artralgias, mialgias, parestesias en manos.

A los 12 meses el 44,2% de los pacientes en tratamiento con DMF y un 20% con TE continuaban presentando algún efecto adverso. Durante el periodo de estudio, dos pacientes tratados con TE abandonaron por ineficacia y alteración hepática (tras una media de $5 \pm 4,7$ meses de tratamiento); en el caso de DMF, abandonaron 8 pacientes tras $7,6 \pm 6,7$ meses de



tratamiento. El motivo del abandono fue: intolerancia a los efectos secundarios gastrointestinales (37,5%), linfopenia (25%), ineficacia (25%) y embarazo (12,5%).

Conclusiones

Los pacientes tratados con DMF presentaron una mayor tasa de efectos adversos, de mayor intensidad y mayor duración que los tratados con TE. La tasa de abandonos fue mayor entre el grupo tratado con DMF, debido principalmente a la intolerancia gastrointestinal y linfopenia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

560. EFICACIA Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB EN COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

GARCÍA QUEIRUGA M, FERNANDEZ OLIVEIRA C, FEAL CORTIZAS B, BALBOA BARREIRO V, GIMENEZ ARUFE V, FERNANDEZ BARGIELA N, MONDELO GARCIA C, MARTIN HERRANZ I
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1 que se une a la integrina $\alpha 4\beta 7$ humana. Está indicado para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) activa y la enfermedad de Crohn (EC), de moderadas a graves, en pacientes adultos que presente respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento convencional o con antagonistas de TNF α . Vedolizumab se administra en perfusión intravenosa en las semanas 0, 2 y 6 y posteriormente cada 8 semanas. Los pacientes que presenten una respuesta inicial parcial, pueden recibir una dosis extra en la semana 10; si no se observa respuesta en la semana 14 deben suspender vedolizumab. Los pacientes con disminución de respuesta pueden intensificar la administración a cada 4 semanas. Objetivo: analizar los datos de eficacia y seguridad de vedolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional entre Abril 2016-Abril 2018 de los pacientes tratados con vedolizumab. Fuentes de datos: historia clínica electrónica (IANUS) y aplicativo de monitorización pacientes con terapia biológica intravenosa (SiMON). Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, tratamiento previo con anti-TNF α , duración del tratamiento, necesidad de dosis en semana 10 por respuesta parcial, necesidad de intensificación, suspensión del tratamiento por ineficacia/reacción adversa. Se clasificó como respuesta clínica, la no suspensión del tratamiento por ineficacia. Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia(n) y porcentaje. La comparación de medias entre dos grupos se realizó mediante la prueba T de Student o test de Mann-Whitney según proceda tras la comprobación de normalidad utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del test estadístico Chi-cuadrado o test de Fisher según proceda.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

22 pacientes, 50% mujeres. Edad media al inicio del tratamiento: 38,6 \pm 12,13 años (rango: 17-65 años). Diagnóstico: 14 EC, 7 CU, 1 colitis por radioterapia (fuera de ficha técnica). Mediana duración tratamiento: 9 meses (rango: 2-23 meses). 86,4% habían fracasado previamente anti-TNF α , de ellos el 22,7% a 2 medicamentos o más. 40,9% finalizaron el tratamiento por ineficacia y el 4,5% por reacción adversa (epigastralgia y cefalea). 63,6% precisaron dosis semana 10 por respuesta parcial, de ellos el 57,1% continua a tratamiento. 22,7% precisaron intensificación del tratamiento a c/4 semanas. De los pacientes tratados previamente con anti-TNF α , el 47,4% también fracasaron a vedolizumab. De los pacientes que finalizaron el tratamiento por ineficacia el 60% fueron hombres y el 77,8% diagnosticados de EC. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en respuesta clínica en cuanto a edad ($p=0,97$), sexo ($p=0,39$), diagnóstico ($p=0,38$), y fracaso previo a anti-TNF α versus no anti-TNF α previos ($p=1,00$).

Conclusiones

En este trabajo se observan tasas de respuesta superiores a las de los ensayos clínicos pivotaes de vedolizumab tanto en la muestra global como en pacientes con fracaso previo a anti-TNF α . Son necesarios más estudios y tamaños muestrales mayores para poder observar que tipo de pacientes pueden verse más beneficiados con este medicamento. Vedolizumab se posiciona como una alternativa terapéutica más para el tratamiento de la CU y la EC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

568. USO DE VEDOLIZUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

GIL SIERRA MD, RÍOS SÁNCHEZ E, SALMERÓN NAVAS FJ, BRICEÑO CASADO MDP, PALOMO PALOMO C, LÓPEZ VALLEJO JF, ALEGRE DEL REY EJ, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665;. CÁDIZ

OBJETIVOS

Describir el uso de vedolizumab en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), así como valorar su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes tratados con vedolizumab durante 4 años (05/2014-2018). La historia clínica única digital y el programa de dispensación a pacientes externos (Dominion[®]) fueron usados para registrar los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, tratamientos previos, número de dosis de vedolizumab y período de



observación. La pauta de vedolizumab utilizada fue 300 mg en la semana 0, 2 y 6 (tratamiento de inducción), y cada 8 semanas posteriormente (tratamiento de mantenimiento). Se midió la efectividad mediante el número de pacientes respondedores a las semanas 6, 10, 24 y 48. Se consideraron pacientes respondedores aquellos en los que se logró el control de sintomatología, definido como disminución del número de deposiciones diarias, aumento de la consistencia fecal, ausencia de sangre en heces, disminución de los ingresos hospitalarios asociados a enfermedad y disminución de corticoterapia usada para controlar sintomatología. Se estableció que aquellos pacientes con seguimiento menor de la semana correspondiente fueron no valorables, mientras que aquellos pacientes que fracasaron en una determinada semana también fueron considerados como no respondedores en las siguientes. Se evaluó la seguridad mediante el registro de las reacciones adversas asociadas al tratamiento, así como los pacientes afectados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron incluidos 18 pacientes con una media de edad de 47 (22-70) años, siendo 11 (61.1%) mujeres y 7 (38.9%) hombres. Se trató con vedolizumab a 12 (66.7%) pacientes diagnosticados de EC y a 6 (33.3%) de CU. Se usó vedolizumab como 4ª línea de tratamiento en 12 (66.6%) pacientes (tras inmunosupresores, infliximab y adalimumab). Los 6 (33.4%) pacientes restantes usaron vedolizumab de la siguiente forma: 3 pacientes como 3ª línea de tratamiento tras inmunosupresores e infliximab, 2 pacientes como 2ª línea tras inmunosupresores y 1 paciente como 1ª línea. Se justificó el uso de vedolizumab como primer tratamiento biológico en 3 pacientes con EC mediante contraindicación del uso de anti-TNF por antecedentes oncológicos. La media de dosis administradas de vedolizumab fue 9 (3-28). La media del período de observación fue 13 (1.5-29) meses. Se observó control de sintomatología en la semana 6 en 17/18 (94.4%) pacientes, en la semana 10 en 14/16 (87.5%), en la semana 24 en 13/16 (81.3%) y en la semana 48 en 10/14 (71.4%) pacientes. Se registraron 21 episodios de reacciones adversas, distribuidos en 10 (44.4%) pacientes. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: infección de las vías respiratorias (N=5), artralgia (N=4), infección de las vías urinarias (N=3) y cefalea (N=2). Se registró un episodio de alopecia, no descrito en ficha técnica. Conclusiones: 1. Se utilizó vedolizumab en 4ª línea de tratamiento (tras inmunosupresor y 2 anti-TNF) en la mayoría de los pacientes. 2. Un elevado porcentaje de pacientes fueron respondedores a vedolizumab en las semanas 6, 10 y 24, manteniéndose la mayoría de ellos como respondedores en la semana 48. 3. Más de 1/3 de los pacientes sufrieron algún episodio de reacción adversa, descrita o no en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

580. AUMENTO DEL RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON DENOSUMAB Y OTROS FÁRMACOS BIOLÓGICOS

AUTORES

GUERRA GONZÁLEZ M, GARIJO BUFORT 47096657V2 M, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, FERRERAS LOPEZ N, VALLEJO PASCUAL ME, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIV. DE LEON. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

El denosumab (DB) es un anticuerpo monoclonal anti-RANK ligando que, como todos los fármacos biológicos, puede asociarse con un aumento del riesgo de infecciones. No obstante, hay pocos estudios sobre el riesgo de infección en estos pacientes tratados de forma concomitante con DB y otros fármacos biológicos.

Determinar si el tratamiento con fármacos biológicos y DB de forma conjunta se asocia con un aumento del riesgo de efectos adversos en pacientes con enfermedades autoinmunes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con DB asociado a otros fármacos biológicos entre 2010-2017. Para determinar el aumento del riesgo, se seleccionó un grupo de control de pacientes tratados con bifosfonatos (BF) y biológicos de forma conjunta. Los datos recogidos en ambos grupos fueron: edad, sexo, diagnóstico, comorbilidades y otros fármacos prescritos. Se observó la aparición de infección, tumor u otros efectos adversos a los tres meses, seis meses, un año y dos años del inicio del tratamiento concomitante. Se analizó el tiempo transcurrido hasta el primer efecto adverso. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.24

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 28 pacientes, 16 en el grupo tratado con BF y biológicos, y 12 en el grupo tratado con DB y otros fármacos biológicos. La prevalencia de mujeres fue mayor en ambos grupos (87,5% BF, 91,7% DB). La edad media al inicio del tratamiento concomitante fue similar, siendo de 69,1±8,5 años en el grupo de BF y de 69,7±7,1 en el de DB. Todos los pacientes tratados con DB estaban diagnosticados de AR, aunque tres pacientes cumplían también criterios de LES, SAF y Sjögren respectivamente. En cuanto a las comorbilidades, parece que los pacientes tratados con DB tenían menos factores de riesgo cardiovascular que los tratados con BF (68,8% HTA en BF frente a 50% HTA en DB; 37,5% dislipemia en BF frente a 33,3% en DB). Los fármacos biológicos prescritos de forma concomitante con el DB fueron: 49,7% anti-TNF α , 33,3% rituximab, 8,3% abatacept y 8,3% tocilizumab. Además, no hubo diferencias significativas en cuanto al tiempo de tratamiento concomitante con biológicos en los grupos de BF (35,7±26,7 meses) y DB (58,6±43,7 meses); siendo, por tanto, equiparables ambos grupos. Los pacientes tratados de forma conjunta con DB y otros fármacos biológicos presentaron más infecciones y aparecieron antes en el tiempo que en los pacientes tratados con BF y biológicos ($p < 0,005$). Sólo un paciente del grupo de DB presentó tumor de origen pulmonar como efecto adverso. No hubo diferencias en cuanto a la aparición de efectos adversos en pacientes con otras comorbilidades o tratamientos concomitantes. Parece que el tratamiento conjunto con DB y otros fármacos biológicos se asocia con un mayor número de efectos adversos, motivado principalmente por las infecciones, y con una aparición más temprana de los mismos. Serían necesarios más estudios y con una muestra mayor para confirmar esta asociación y poder demostrar la relación entre las comorbilidades y el uso de otros fármacos concomitantes con la aparición de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**587. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECIDIVANTE REMITENTE****AUTORES**

MATÉ ARBAIZA P, ORTOLL POLO V, PÉREZ ROBRES Y, FERNÁNDEZ VICENTE M, ÁLAMO GONZÁLEZ O, CABIA FERNÁNDEZ L, UBEIRA IGLESIAS M, ESPEJA MARTÍNEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVDA ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

El ideal del tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) sería la consecución del control clínico completo (ausencia de brotes y de progresión) y de neuroimagen (estabilización de las lesiones en Resonancia Magnética (RM)), la denominada NEDA (no evidence of disease activity).

Actualmente, el abordaje terapéutico de EM puede clasificarse en:

- Fármacos de primera línea (F1): interferon beta (IFN) y acetato de glatirámico (AG). Eficacia moderada. Inyectables.
- Nuevos fármacos de primera línea (N1): teriflunomida (TRF) y dimetilfumarato (DMF). Eficacia moderada. Orales.
- Fármacos de segunda línea (F2): fingolimod (FG), natalizumab (NTZ) y alemtuzumab (ALZ). Eficacia elevada.

El cambio de medicación es necesario cuando un fármaco no obtiene la respuesta esperada tras un periodo suficiente. Cuando se recurre al uso de medicamentos situados en segunda línea se habla de escalado terapéutico.

El objetivo del estudio fue analizar los cambios de tratamiento de los pacientes con esclerosis múltiple recidivante remitente (EMRR) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con EMRR cuyo tratamiento se modificó de F1 a N1, de F1 a F2, de N1 a F2 y de F2 a F2 desde enero de 2016 hasta marzo de 2018. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (RM y evolución) y farmacoterapéuticas (tratamiento previo y actual, fecha y motivo de cambio, ya fuera por efectos adversos o ineficacia).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 57 pacientes, 38 mujeres (66,6%) y 19 hombres (33,4%), con una media de edad de 40,5 años \pm 9,9 años. 19 pacientes (32,20%) presentaron efectos adversos. 18 de ellos experimentaron mala tolerancia a inyectables: efectos pseudogripales (5), problemas cutáneos (7) y fobia a autoinyección (6). Estos pacientes cambiaron de F1 a N1. El paciente restante sufrió hepatotoxicidad persistente por fingolimod y requirió cambio de F2 a F2.

38 pacientes (67,8%) precisaron modificación de tratamiento por ineficacia. En 24, se observó progresión radiológica, ya fuera por nuevas lesiones en T2 o incremento de su volumen, o aparición de lesiones captadoras de gadolinio. Los cambios en este grupo fueron: 11 de F1 a N1, 4 de F1 a F2, 6 de N1 a F2 y 3 de F2 a F2. El resto, 14 pacientes, sufrieron brote y mostraron progresión clínica de la enfermedad. En 7 pacientes se modificó la terapia de F1 a N1, en 3 se escaló de F1 a F2, en 2 N1 a F2 y en 2 de F2 a F2.

Los controles periódicos clínicos y radiológicos permiten que los cambios terapéuticos se hagan de forma responsable. En aquellos pacientes que han presentado efectos adversos al tratamiento y cuando el cambio se debe a ineficacia con mínima progresión de la enfermedad, se emplean fármacos incluidos en el mismo escalón de tratamiento, pero con diferente mecanismo de acción. El cambio a fármacos de segunda línea se lleva a cabo cuando aumenta la carga lesional en neuroimagen y la evolución clínica es más agresiva.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**600. USO DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

CASTELLANO HERRADOR JJ, ANTON MARTINEZ M, RAMIS RIERA X, DEL OLMO REVUELTO A, PRADA LOBATO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

1/ Describir la utilización de ustekinumab en enfermedad de Crohn (EC) en un hospital de tercer nivel. 2/ Estudiar la eficacia a las 8 semanas del inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de EC que iniciaron tratamiento con ustekinumab. Se utilizó el sistema de gestión de Farmacia Hospitalaria y la Historia Clínica Electrónica para registrar variables demográficas (edad, sexo y peso), farmacológicas (pauta de inducción intravenosa (IV) y de mantenimiento subcutánea (SC)), el tratamiento biológico previo y variables analíticas (niveles de calprotectina fecal (CF) y proteína C reactiva (PCR) previas al inicio de ustekinumab, a las 8 semanas de tratamiento y el último dato disponible). Se consideró un valor de CF menor de 100 μ g/g como indicador de mejoría.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Iniciaron tratamiento con ustekinumab 15 pacientes (8 mujeres, 53%) con edad mediana de 47 años [13 – 73 años]. Se dosificó la inducción en función del peso: 4/15 (26%) presentaron peso < 55 kg, 9/15 (60%) entre 55-84 kg y 2/15 (13%) con peso > 85 kg. 1 paciente no recibió dosis de inducción IV. El intervalo de mantenimiento fue de 8 semanas en 13/15 pacientes (87%) y de 4 semanas en 2/15 (13%). Todos los pacientes recibieron, al menos, un tratamiento biológico previo: 10/15 (66%) adalimumab, 8/15 (53%) infliximab y 3/15 (20%) vedolizumab. Los motivos de suspensión del tratamiento



biológico previo fueron: 9/15 pacientes (60%) por pérdida de respuesta, 4/15 (26%) por efectos adversos y 1/15 (7%) por decisión propia. Los valores de CF en la semana 8 del inicio del tratamiento disminuyeron en 9/15 (60%) pacientes, pero 5/9 (36%) continuaban con niveles mayores de 100 µg/g. La PCR se redujo en 8/15 (53%) pacientes, 6/15 con una disminución mayor del 50%. 2/15 (14%) pacientes no tenían datos de CF ni PCR.

Conclusiones

Ustekinumab parece una alternativa razonable en pacientes que han fracasado a tratamientos biológicos previos. En más de la mitad de los pacientes se observó disminución de CF y PCR, siendo estos utilizados como marcadores de eficacia. Se identifica como oportunidad de mejora la monitorización de niveles plasmáticos de ustekinumab, que junto la PCR y CF podrían ayudar a estudiar la eficacia del tratamiento, así como lograr una optimización adecuada de la posología.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

650. PERFIL DE SEGURIDAD DE DIMETIL FUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: EXPERENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ CUERVA C, LINARES ALARCON A, GUTIERREZ LORENZO M
HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. AV. DE CARLOS HAYA, S/N,. ALMERÍA

OBJETIVOS

El objetivo es analizar la frecuencia y gravedad de las reacciones adversas medicamentosas (RAMs) asociadas al tratamiento oral en monoterapia dimetil fumarato o teriflunomida en pacientes con esclerosis múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes adultos (≥ 18 años) que inician con dimetil fumarato (DMF) o teriflunomida (TF). Periodo de estudio: Enero 2017-Diciembre 2017. Variables demográficas: sexo y edad; variables terapéuticas: línea previa de tratamiento, reacciones adversas, ajuste de dosis, interrupción y suspensión de tratamiento. Se compara la incidencia de RAMs de nuestros pacientes con las incluidas en la ficha técnica (FT) de DMF y TF. Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes y del programa informático de dispensación farmacéutica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 43 pacientes (18 tratados con TF y 25 con DMF), de los que el 67,44% eran mujeres, con media de edad: $47 \pm 12,17$ años. Como primera línea, 14 pacientes fueron tratados con DMF o TF; 22 habían recibido previamente una alternativa intravenosa y 7 tratamiento oral.

De los 25 pacientes que iniciaron en 2017 la terapia con dimetil fumarato, 2 han suspendido definitivamente (a los 35 y a los 217 días del inicio), debido alguna RAM. 4 han requerido reducción de dosis por razones de tolerabilidad; siendo la posología 120mg c/12h (N=2), 120mg en desayuno y 240mg en cena (N=1) y 120mg c/8h (N=1). Un total de 11 pacientes (44%) en tratamiento DMF presentaron reacciones adversas: enrojecimiento (N=5), hipercolesterolemia N=2), linfopenia (N=2), hiperbilirrubinemia (N=1), diarrea (N=1), mareos (N=1).

13 (72,2%); pacientes con TF presentan RAMs: elevación de transaminasas (N=1), diarrea (N=2), alopecia (N=1), dolor musculoesquelético (N=2), hipertensión arterial (N=3), disminución de peso (N=1), infección urinaria (N=1), pérdida de gusto por la comida (N=1), hipercolesterolemia (N=1), hipertrigliceridemia (N=1), mareos (N=1). Un paciente ha suspendido definitivamente tras 138 días por infección urinaria que afectó a la función renal.

Concluimos que en el tratamiento con DMF las RAMs que coinciden en frecuencia con la FT son enrojecimiento y linfopenia, siendo la elevación de las transaminasas en nuestros pacientes más frecuente a lo descrito. Nuestro servicio de neurología propone a los pacientes una escalada de dosis de DMF más progresiva para conseguir reducir los problemas de tolerabilidad lo que explicaría la menor incidencia de vómitos y diarrea en nuestros pacientes, permitiendo llegar a dosis completas. Respecto a TF, se describen RAMs no presentes en FT: pérdida del gusto por la comida, hipercolesterolemia, mareos; la frecuencia se asemeja a la FT en elevación de las transaminasas, dolor musculoesquelético, disminución de peso e infecciones. Ningún paciente precisa discontinuar o ajustar la dosis debido a RAMs. Es importante por parte del servicio de farmacia reforzar las recomendaciones higiénico-dietéticas al inicio del tratamiento con TF y DMF para garantizar la adherencia al mismo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

665. ANÁLISIS DEL PERFIL DE USO, EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

MONDELO GARCÍA C, FERNÁNDEZ BARGIELA N, GIMÉNEZ ARUFE V, FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, VIZOSO HERMIDA JR,
MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y autoinmune que afecta a las vainas de mielina del sistema nervioso central impidiendo su funcionamiento normal. Durante años la EM fue tratada predominantemente con medicamentos administrados por vía parenteral. La reciente introducción de dimetilfumarato (DMF), tratamiento oral indicado para el tratamiento de la EM remitente recurrente en pacientes adultos, supone un importante avance terapéutico que mejora la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo de este estudio es describir el perfil de uso, eficacia y seguridad de DMF en un hospital de nivel terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes a tratamiento con DMF desde enero 2016 hasta marzo 2018 en un hospital de tercer nivel.

Todos los pacientes fueron atendidos en la consulta de atención farmacéutica (AF) al paciente con enfermedades neurológicas donde se les aporta información oral y escrita, se refuerza el cumplimiento terapéutico y se asegura la adecuada realización de los controles analíticos pertinentes.

VARIABLES recogidas en la historia clínica electrónica: datos demográficos, tratamientos previos recibidos para la EM, fecha de inicio de tratamiento con DMF, valores de transaminasas hepáticas y linfocitos, efectos adversos (EA) y causas de suspensión del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

91 pacientes (75% mujeres). Edad (mediana): 40,3 años [20,1-66,8]. El 48,3% de los pacientes eran naive, el 34,1% recibieron una línea previa de tratamiento, 11,0% recibieron dos líneas previas y el 6,6% recibieron tres o más. Los tratamientos previos más frecuentes fueron: interferón β y acetato de glatirámico.

La rubefacción fue el EA más frecuente (50,6%), presentándose de manera ligera y autolimitada; solamente en 3 pacientes se consideró clínicamente relevante, precisándose ajuste posológico en 1 paciente. Los trastornos gastrointestinales se presentaron en 40,7%, requiriendo en alguna ocasión escalado de dosis más lento (n=3). Otros EA identificados fueron: cansancio (n=5) y cefalea (n=4). En cuanto a las alteraciones analíticas, las transaminasas hepáticas (GOT y GPT) incrementaron su valor hasta al menos duplicar el límite superior normal en 4 pacientes, normalizándose en posteriores controles analíticos. Con respecto a los linfocitos, su valor descendió por debajo de $0,5 \times 10^9/L$ en 2 pacientes. En cuanto a la eficacia terapéutica, 6 pacientes sufrieron brotes durante el tratamiento con DMF, motivando en 3 de ellos el cambio de tratamiento.

DMF fue suspendido de manera definitiva en 13 pacientes, siendo las causas de suspensión: alteraciones gastrointestinales (n=5), respuesta subóptima (n=3), linfopenia (n=2), reacción alérgica (n=2) e infecciones de repetición (n=1). Hubo 3 pacientes que suspendieron el tratamiento por otras causas: suspensión voluntaria (n=2) y enfermedad concomitante (n=1).

Conclusiones

La consulta de AF monográfica supone un incremento de la calidad del proceso asistencial. DMF es una buena opción terapéutica en pacientes con EM remitente recurrente, incluso cuando éstos ya han fracasado a varias líneas previas. Sus principales EA son la rubefacción y los efectos gastrointestinales, siendo en general autolimitados. La suspensión definitiva del tratamiento se produjo en el 14,3% de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

667. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STILL EN LA EDAD ADULTA.

AUTORES

ALCARAZ SANCHEZ JJ, LINARES ALARCÓN A, DEL RÍO VALENCIA JC
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MALAGA. AVENIDA CARLOS HAYA S/N.

OBJETIVOS

Analizar el abordaje de la terapia biológica en la Enfermedad de Still extendida a la edad adulta (ESEEA) y en la Enfermedad de Still del adulto (ESA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el cual se incluyeron todos aquellos pacientes adultos (> 16 años) tratados con fármacos biológicos (FB) durante el año 2017 diagnosticados de ESEEA, la cual engloba a aquellos pacientes que fueron diagnosticados de la enfermedad con menos de 16 años y que han continuado con ella pasada esta edad, y de ESA propiamente dicha (edad diagnóstico > 16 años).

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), años diagnóstico, último tratamiento biológico y líneas previas, concomitancia con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs), escala de actividad (DAS28), recuento de articulaciones dolorosas (NAD), recuento de articulaciones tumefactas (NAT), índice clínico de actividad de la enfermedad (CDAI), índice simplificado de la enfermedad (SDAI), cuestionario de discapacidad (HAQ), escala visual analógica (EVA) y enfermedades concomitantes. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo con el programa SPSS® v22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 32 pacientes (84% mujeres) con una edad media de $27,8 \pm 9,6$ años, de los cuales 30 pacientes tenían ESEEA (media edad al diagnóstico: $7,6 \pm 4,8$ años) y 1 ESA (51 años en el momento del diagnóstico). La mediana de tiempo en tratamiento con el último fármaco biológico prescrito fue de 36 (1-191) meses. El 46,8% de los pacientes estaban en tratamiento con etanercept (2 de ellos con biosimilar), 6,25% con infliximab (ninguno con biosimilar), 21,9% con tocilizumab, 15,6% con adalimumab, 6,25% con golimumab y 3,1% anakinra, habiendo pasado por una media de 0,4 FB con anterioridad (33% de los pacientes habían recibido más de un FB a lo largo de su enfermedad). El 50% estaba en tratamiento concomitante con FAMEs (12 pacientes con metotrexato, 2 leflunomida, 1 sulfasalazina y otro con hidroxiquina) habiendo pasado por una media de 2 FAMEs a lo largo de su enfermedad. Un 9,4% de los pacientes se administraba el tratamiento biológico con una pauta posológica distinta a la autorizada en ficha técnica (3 reducciones y 1 intensificación de tratamiento). A la hora de analizar los datos de efectividad no se tuvieron en cuenta aquellos pacientes en tratamiento con el fármaco < 6 meses, siendo la mediana del DAS28 de 2,23 (0,91-6,21), NAD: 0 (0-2), NAT: 0 (0-8),

SDAI: 3,65 (0-18), CDAI: 3,5 (0-18), HAQ: 0 (0-1) y EVA de 10 (0-50). Uno de los pacientes, diagnosticada de ESA hace 1 año, presentó valores límite para NAT, SDAI y CDAI (8, 18,2 y 18 respectivamente) en tratamiento con tocilizumab + metotrexato desde hace 8 meses, sin líneas previas. La enfermedad concomitante más prevalente en nuestra población fue la uveítis (8/32 pacientes), seguida de asma (2/32) y anemia (2/32).

Conclusiones

El fármaco más utilizado para tratar la enfermedad de Still fue etanercept, seguido de tocilizumab. Los datos de efectividad sugieren un buen control de la enfermedad durante años con fármacos biológicos y queda de manifiesto el comienzo agudo de los síntomas en la ESA.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

693. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

SALOM GARRIGUES C, PARÉS MARIMON RM, RETAMERO DELGADO A, SANCHEZ FRESQUET X, SERRAIS BENAVENTE J, FERRANDEZ MARTÍ D

HOSPITAL DE IGUALADA, CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA. AVENIDA CATALUNYA, 11. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la efectividad de omalizumab en pacientes con asma alérgica (AA) o urticaria crónica espontánea (UCE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo realizado en un hospital comarcal con un área de referencia de 110.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con omalizumab desde la introducción del fármaco en la guía farmacoterapéutica.

Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), diagnóstico, valores de inmunoglobulina E (Ig E) totales, meses de tratamiento, dosis, evolución, motivo de fin de tratamiento, adherencia, tratamientos concomitantes.

Análisis estadístico mediante SPSS v22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

25 pacientes incluidos, 13 (52,0%) hombres, de 35 (21-58) años.

Distribución por diagnóstico: 13 (52,0%) pacientes AA y 12 (48,0%) UCE.

Los valores de Ig E basales estaban disponibles en 24 (96,0%) pacientes. De ellos, 17 (70,8%) presentaron valores superiores al valor de referencia (76 UI/l)1, con una mediana de 451 (223-1179). Todos los pacientes con AA presentaron niveles por encima del valor de referencia. En los 7 (28,6%) pacientes en los que era inferior al valor de referencia la indicación fue UCE.

Todos los pacientes iniciaron tratamiento con la dosis adecuada según el diagnóstico (en función de los valores de Ig E y peso para AA y pauta fija de 300 mg cada 4 semanas para UCE)1. La media de meses de tratamiento fue de 18,3 (9,7-28,0).

La respuesta se evaluó a las 12-16 semanas de tratamiento1, 19 (76,0%) pacientes tuvieron una buena respuesta con la dosis inicial, 4 (16%) necesitaron intensificar la posología y 2 (8%) no respondieron. En 7 (30,4%) pacientes se intentó optimizar la dosis, consiguiéndose buena respuesta en 4 (57,1%) y necesitando volver a aumentar la dosis o disminuir el intervalo entre administraciones en 3 (42,9%). De los pacientes que no respondieron, uno interrumpió el tratamiento y el otro continuó.

Tres (12%) pacientes interrumpieron su tratamiento, uno por ausencia de respuesta, otro por estar asintomático pese a tener mala adherencia y otro por decisión propia.

Dos (8%) pacientes presentaron baja adherencia, uno de ellos sigue en tratamiento a pesar de no responder y el otro interrumpió por estar asintomático.

Tenían prescrita medicación asociada para AA y UCE: 12 (92,3%) y 8 (66,7%) pacientes, con 3,6 (0,7) y 1,6 (0,6) tratamientos, respectivamente. Siendo los más prescritos en AA: 10 (83,3%) β 2-agonistas de acción larga/corticoides inhalados, 8 (66,7%) β 2-agonistas de acción corta inhalados y 6 (50%) antihistamínicos; y en UCE los antihistamínicos, en 8 (100%) pacientes.

Conclusiones

- La mayoría de pacientes presentan buena respuesta desde el inicio. En los casos que no, con un ajuste posológico se suele conseguir respuesta.
- En los pacientes que responden, se intenta optimizar la posología, aunque no siempre es posible y requieren volver a una pauta más intensificada.
- En general, presentan buena adherencia. Si es baja, se refuerza la educación sanitaria remarcando la importancia de asistir a las citas programadas para la administración con regularidad.
- Gran parte de los pacientes presentan tratamientos asociados, sería interesante estudiar si es posible la retirada de algunos de ellos.

1Ficha técnica omalizumab AEMPS

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

697. INTERCAMBIO DE INFLIXIMAB ORIGINAL A BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

CAMACHO PARREÑO S, IZQUIERDO NAVARRO MDC, PARIENTE JUNQUERA A, QUEIPO GARCIA E

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. AVDA RAMÓN Y CAJAL. VALLADOLID



OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de Infliximab biosimilar (IB) tras el intercambio a éste en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) estable en tratamiento con Infliximab de referencia (IR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, de un años de duración, en el que se incluyeron todos los pacientes con EII en remisión durante al menos un año y en tratamiento con IR, a los que se les realizó el cambio a IB. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), diagnóstico y años desde el mismo, IR intensificado Sí/No, en caso afirmativo si se mantiene intensificación con IB, cambios y/o retiradas e tratamiento, si hubo o no reacciones infusionales y cifras de PCR previas al switch y a las 16 semanas tras el cambio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes (9 hombres y 3 mujeres) con una media de edad de 43 años (rango 21-71). 7 de ellos estaban diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) y 5 de Colitis Ulcerosa (CU). La media de años desde el diagnóstico es 12.4 (desviación estándar 11.3).

5 pacientes se encontraban en tratamiento con IR intensificado, de los cuales la mantuvieron 4. No hubo ningún cambio o retirada de tratamiento ni reacciones asociadas a la infusión.

La media de PCR (V.R.N. 1-5 mg/l) al switch fue 4.9 mg/l (rango 1-23.2) y en la semana 16 tras el cambio 3.85 mg/l (rango 1-11.6).

Conclusiones

El intercambio a IB en una cohorte de vida real de pacientes con EII controlada, resultó ser seguro y eficaz. Los factores asociados con la respuesta fueron similares a los esperados en pacientes que continúan con IR. Limita nuestro estudio el bajo número de pacientes incluidos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

718. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OMALIZUMAB EN POLIPOSIS NASOSINUSAL, USO OFF-LABEL

AUTORES

MERINO MARTIN V, PEREZ GARCIA R, ORTEGA GARCIA MP, DEL RIO SAN CRISTOBAL R, TOLEDO GUASP I, LOPEZ CARRASCO A, SANFELIU GARCIA J, BLASCO SEGURA P
HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA. AV. DE LES TRES CRUCES 2. VALENCIA

OBJETIVOS

La poliposis nasosinusal (PNS) es una enfermedad inflamatoria en la que tiene lugar una degeneración edematosa de la mucosa de las masas laterales del etmoides. Los niveles tisulares elevados de inmunoglobulina E humana (IgE) en los pólipos son de tipo policlonal, relacionados con la actividad de las enteroroxinas de Staphylococcus aureus que actúan como un superantígeno induciendo la formación de IgE a nivel local.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une selectivamente a la IgE y previene la unión de ésta al receptor, reduciendo así la cantidad de IgE libre disponible para desencadenar la cascada alérgica.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de Omalizumab en pacientes con PNS, una indicación no autorizada en ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes en tratamiento con omalizumab off-label para PNS asociado a ASA triada desde julio 2014 y con al menos 3 meses de seguimiento. Se revisó la historia clínica electrónica y el registro informático de las dispensaciones de medicación. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), tratamiento concomitante, puntuación total endoscópica de los pólipos nasales (TPSs), esta puntuación va de 0-4 (por fosa nasal) y sintomatología de los pacientes con la escala sino-nasal outcome test (SNOT-22), de 0-110. La efectividad se midió con la reducción de estas puntuaciones tras al menos 3 meses de tratamiento. El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS 20® (mediana, rango intercuartil, porcentajes y prueba de Wilcoxon).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Evalúamos 11 pacientes con una mediana de edad de 54 (RQ=12) años, 5 hombres y 6 mujeres. 5 fumadores. De estos, 3 pacientes fueron operados previamente al inicio de omalizumab.

Todos los pacientes estaban en tratamiento concomitante con corticoides inhalados con una mediana de dosis de 320 (395) mcg. La mediana de dosis mensual de omalizumab fue 300 (300) mg. Todos continúan en tratamiento con una mediana de duración de 30 (18) meses.

Tras el tratamiento se redujo significativamente la dosis de los corticoides inhalados (-50% (69%) p=0,008). Con respecto a las variables de efectividad también se redujeron significativamente: TPSs derecho -2 (2) (de 3 (1) a 1 (2) p=0,001), TPSs izquierdo -2 (1) (de 3 (1) a 1 (1) p=0,002) y SNOT-22 -40,5 (48,25) (de 54 (53,5) a 10 (20) p= 0,002).

El FEV1 no se modificó significativamente.

Con respecto a la seguridad, solamente 1 paciente presentó fiebre tras la administración de Omalizumab. El resto de los pacientes no refirieron ningún efecto adverso adicional.

Como conclusión, el uso de Omalizumab ha sido efectivo en la PNS. La reducción alcanzada en el TPSs es similar a la de otros estudios publicados en los que alcanza el -2,67. Tanto la mejoría del TPSs como del SNOT-22 contribuyen a la mejora de la calidad de vida.

En nuestros pacientes, Omalizumab ha demostrado ser una terapia efectiva y segura tanto en aquellos pacientes que se ha utilizado como terapia previa a la cirugía o para pacientes que tras la cirugía hayan sufrido una recaída.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**720. ANÁLISIS DEL VISADO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR.****AUTORES**

CORRAL BAENA S, GARABITO SANCHEZ MJ, FERRIS VILLANUEVA EM, CANTUDO CUENCA MD
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. AVDA SAN JUAN DE DIOS S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar las solicitudes de visado de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y evaluar la adecuación a los criterios y recomendaciones para su uso en prevención de ictus y embolia sistémica en Fibrilación auricular no valvular (FANV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la actividad desarrollada sobre el visado de ACOD durante el periodo comprendido entre enero 2015 y mayo 2017. Se seleccionaron las solicitudes de visado de pacientes adultos procedentes de las áreas de consultas externas, urgencias y hospitalización.

Se diseñó una base de datos para el registro; las variables recogidas fueron: edad, sexo, indicación, tratamiento previo con antagonistas de la vitamina K, tipo ACOD, pauta y situaciones clínicas que justifiquen la prescripción.

Como soporte se utilizó, la base de datos de la unidad de visado del servicio de farmacia; historia clínica electrónica del hospital y el informe justificativo para la prescripción de ACOD en FANV del Servicio Andaluz de Salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

En el periodo de estudio se recibieron 372 solicitudes en el módulo de visado receta XXI ; correspondientes a 360 pacientes. 352 (94,6%) fueron autorizadas y el resto denegadas por no cumplir alguno de los criterios necesarios para el visado. De las 352 autorizadas, 349 (99,1%) tenían como indicación FANV. La edad media de los pacientes para esta indicación fue $74,22 \pm 8,24$ años (49-92), siendo el 53,8% ≥ 75 años y el 50,4% mujeres. 18 (5,1%) no iniciaron con AVK: 12 por antecedentes de ICTUS y/o hemorragia intracraneal y 6 por imposibilidad de acceso o posible mal control de INR. Los 331 (94,8%) restantes habían estado previamente en tratamiento con acenocumarol y 9 de ellos requirieron un segundo cambio a otro ACOD diferente por intolerancia o reacción adversa. Las causas que motivaron el cambio de acenocumarol a ACOD fueron: 257 (76%) por mal control de INR, 45 (13%) por antecedentes de ICTUS y/o hemorragia intracraneal o haber sufrido un episodio tromboembólico grave, 31(9%) por contraindicación específica y 5 (2%) por imposibilidad de acceso al control de INR. De las 257 solicitudes de cambio motivadas por mal control de INR en 21(8%) de ellas, no se aportada el dato de mal control.

En cuanto al tipo y dosis en los pacientes tratados con ACOD para FANV: 190 (54,4%) fueron con Apixaban; 85 (24,3%) con Dabigatran; 56 (16%) Rivaroxaban y 18 (5,1%) con Edoxaban. En 128 (36,6%) fue necesario un ajuste de dosis por aclaramiento de creatinina, peso o edad.

Conclusiones

La mayoría de las solicitudes de visado de ACOD son para la indicación FANV, y en un alto porcentaje se ajustan a los criterios establecidos para el visado. La mayoría de los pacientes habían estado tratados previamente con acenocumarol siendo el motivo más frecuente de cambio, el mal control de INR. Debido a la variabilidad detectada en la determinación de este parámetro y a la ausencia de datos en algunos casos; es recomendable revisar el procedimiento así como implicar a hematólogos y farmacéuticos en la estimación del mal control y en la valoración de la adherencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**723. OMALIZUMAB COMO TERAPIA ADYUVANTE EN DESENSIBILIZACIÓN A PLATINOS****AUTORES**

TOVAR POZO M, DAVILA FERNANDEZ G, MONJE GARCIA B, ELICES APELLANIZ A, GALLEGO UBEDA M, CAMPOS FERNANDEZ DE SEVILLA MA, TUTAU GÓMEZ F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AV. DE MARIE CURIE, 2. MADRID

OBJETIVOS

Los protocolos de desensibilización a fármacos se han utilizado con éxito con quimioterápicos en aquellos pacientes sin terapia alternativa o en aquellos cuya terapia alternativa tenga menor eficacia o más efectos secundarios.

En el tratamiento del carcinoma de ovario metastásico los regímenes de quimioterapia combinada que incluyen platinos han demostrado una mayor supervivencia libre de progresión y supervivencia global respecto a las alternativas, considerándose el tratamiento estándar.

El proceso de desensibilización a fármacos es relativamente seguro, aunque siguen existiendo pacientes que presentan reacciones alérgicas graves en la administración de estos esquemas.

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de omalizumab (fármaco anticuerpo monoclonal antiIgE) en la reducción de reacciones anafilactoides asociadas a la administración de desensibilizaciones a platinos en pacientes alérgicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 57 años que precisa tratamiento para carcinoma seroso papilar bilateral de ovario metastásico con gemcitabina+carboplatino y que sufre reacción anafiláctica en la administración de la quimioterapia, diagnosticándose de alergia a carboplatino. Se confirma la hipersensibilidad por prueba cutánea positiva (mecanismo IgE mediado).

La paciente es tratada mediante protocolo de desensibilización a carboplatino con esquema de administración en 12 pasos (incremento paulatino de velocidad de infusión) y premedicación estándar (dexametasona, dexclorfeniramina,

ranitidina, ondansetron), sufriendo reacción alérgica. Se realiza la siguiente desensibilización en 16 pasos (añadiendo velocidades intermedias) y premedicando con cromoglicato sódico, AAS y montelukast. Durante la administración presenta reacción alérgica grave con compromiso vital (shock anafiláctico) que requiere la administración de adrenalina y fluidoterapia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se cursó la solicitud de omalizumab en condiciones diferentes a las establecidas en ficha técnica con el fin de disminuir la intensidad de las reacciones alérgicas o conseguir tolerancia completa durante la desensibilización.

La pauta posológica se estableció según vida media del fármaco (pico de Cmax a los 7-8 días de la administración) y búsqueda bibliográfica, resultando en una dosis de 300 mg subcutánea cada dos semanas a administrar una semana antes del ciclo con el carboplatino. Se mantuvo la administración de omalizumab hasta el fin del tratamiento quimioterápico.

La paciente completó el esquema de quimioterapia prescrita por el oncólogo. Se administraron 3 ciclos de carboplatino en esquema de desensibilización en 16 pasos y premedicación con muy buena tolerancia. Con omalizumab como terapia coadyuvante la paciente presentó únicamente reacciones locales en la primera desensibilización administrada (rash en ambos antebrazos, plantar y escote, habón en dorso de pie).

La paciente no presentó ninguna reacción adversa a omalizumab, tolerando muy bien el fármaco.

Conclusiones

Omalizumab parece ser efectivo como terapia coadyuvante en la reducción de eventos anafilácticos asociados a la administración de platinos en pauta de desensibilización en nuestra paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

732. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE ALEMTUZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

LIZAMA GÓMEZ N, FERNANDEZ CORDON A, GÓMEZ GÓMEZ D, LATASA MICHEO L, GONZALEZ FRANCO RM, VALERO DOMÍNGUEZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS VALDECILLA. AVENIDA VALDECILLA SN. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar seguridad y efectividad del uso de alemtuzumab en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente en un hospital de tercer nivel. Como objetivo secundario, se analizó el impacto presupuestario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluyó, para la evaluación de seguridad, a todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de alemtuzumab entre febrero de 2016 y abril de 2018 y para la evaluación de efectividad, a todos los pacientes que completaron los dos ciclos de tratamiento (5 dosis en el primer año y 3 dosis en el segundo año). Las variables demográficas y clínicas se extrajeron de la Historia Clínica Electrónica y el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA): sexo, edad, número de ciclos recibidos, eventos adversos relacionados con el tratamiento, número de recaídas desde la primera administración y la existencia o no de tratamiento previo para la enfermedad. Los costes de tratamiento se obtuvieron de la PEA a partir del coste real y actualizado del medicamento en cada administración (PVL + 4% IVA- 7,5% RD 8/2010).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 33 pacientes recibieron alemtuzumab, con una media de edad de 36,8 años, siendo mayoritariamente mujeres (60,6%). Un 54,5% (18) de ellos sufrieron alguna reacción adversa relacionada con el tratamiento, principalmente: reacciones cutáneas (67,7% de las reacciones) y linfopenia (27,8%). Como reacciones adversas graves se describieron: hepatopatía (1 paciente), la cual provocó la única suspensión de tratamiento, síndrome febril (2 pacientes), sospecha de efecto protrombótico (1), lesiones urticariformes muy pruriginosas (1) y presencia de sepsis de origen respiratorio (1). Un total de 6 pacientes (18,2%) retrasaron la administración respecto a las fechas previstas o no llegaron a recibir la dosis completa, debido a estas reacciones adversas graves. De los 33 pacientes, 20 completaron los dos ciclos de tratamiento, de los cuales 3 (15%) sufrieron alguna recaída, necesitando la administración de bolos de corticoides durante varios días consecutivos. Un total de 4 pacientes han cumplido más de 2 años de tratamiento desde la primera infusión, sin necesidad de administrar más dosis de alemtuzumab u otro medicamento modificador de la enfermedad. El coste total de aquellos pacientes que recibieron 2 ciclos de tratamiento fue de 1.102.065€ (551.032 €/año), lo que supone entre el 0,5%-1% del presupuesto anual destinado a medicamentos.

Alemtuzumab es un fármaco que en nuestro hospital ha demostrado ser efectivo con un bajo porcentaje de recaídas tras completar los dos ciclos de tratamiento, aunque asumiendo un alto porcentaje de reacciones adversas, en su mayoría leves. El impacto presupuestario que supone es alto, aunque la efectividad del medicamento en aquellos pacientes que ya han superado los dos años de tratamiento puede suponer un ahorro a largo plazo frente a otras alternativas terapéuticas de tratamiento crónico.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

738. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB EN ASMA REFRACTARIA GRAVE.

AUTORES

MERINO MARTIN V, PEREZ GARCIA R, ORTEGA GARCIA MP, TOLEDO GUASP I, LOPEZ CARRASCO A, DEL RIO SAN CRISTOBAL R, SANFELIU GARCIA J, BLASCO SEGURA P

HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA. AV. DE LES TRES CRUCES 2. VALENCIA



OBJETIVOS

La prevalencia de pacientes con asma grave refractaria al tratamiento con corticoides es aproximadamente del 3,9% del total de población asmática.

Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado autorizado como tratamiento en el asma eosinofílica refractaria grave en pacientes adultos. Se une con elevada especificidad y afinidad a la interleucina 5 (IL-5). La IL-5 es la principal citocina moduladora de los eosinófilos en sangre y tejidos. De esta manera, mepolizumab impide la unión de la IL-5 a la superficie de los eosinófilos, lo que da lugar a una reducción en su producción y supervivencia.

El objetivo fue evaluar la efectividad de mepolizumab para pacientes con asma refractaria grave no controlados a pesar del tratamiento con dosis elevadas de corticoides.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y unicéntrico en pacientes con asma refractaria grave en tratamiento con Mepolizumab desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica (septiembre 2017) hasta marzo de 2018. Se revisó la historia clínica electrónica y el registro informático de las dispensaciones de medicación. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), tratamiento previo con omalizumab, recuento de eosinófilos, dosis de corticoides, exacerbaciones, hospitalizaciones y pruebas de función pulmonar antes del tratamiento y a los 3 meses de iniciado. Las variables de efectividad estudiadas fueron la reducción en el recuento de eosinófilos, en la dosis de corticoides, en el número de exacerbaciones y de hospitalizaciones/urgencias y la mejoría de la función pulmonar. El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS 20® (mediana, rango intercuartil, porcentajes, prueba Wilcoxon).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

10 pacientes, 4 hombres (40%) y 6 mujeres (60%). La mediana de edad fue 56 (RQ=13) años. 6 pacientes (60%) eran fumadores. 8 pacientes habían recibido previamente tratamiento con omalizumab a altas dosis (750 mg (525)) y 9 estaban en tratamiento con corticoides orales (CSO) y todos con inhalados (CSI).

El tratamiento con mepolizumab permitió reducir (2 pacientes) o suprimir (5 pacientes) la dosis de CSO de 30 (20) mg a 0 (9) mg ($p=0,016$), la dosis de CSI de 1360 (500) mcg a 800 (960)mcg ($p=0,125$), el recuento de eosinófilos un 75% (40%) ($p=0,08$), no modificó significativamente las pruebas de función pulmonar.

El número de exacerbaciones y de visitas a urgencias u hospitalizaciones fue inferior en los 3 meses con mepolizumab respecto al año previo, pero no son periodos comparables.

Conclusiones

En nuestros pacientes con mepolizumab la dosis de CSO se ha podido reducir en el 78%, consiguiendo su suspensión en 5 pacientes. Este valor es algo superior al del estudio SIRIUS donde el 64% de los pacientes alcanzaron reducciones de la dosis de CSO. Nuestra reducción de la dosis de CSI no fue significativa. Y aunque en otros estudios mepolizumab ha mostrado una reducción en términos absolutos del nº de exacerbaciones con respecto a placebo entre 0,91- 1,16 exacerbaciones/paciente/año, en nuestro estudio no hemos podido calcularlo porque no disponemos de datos a un año. En la actualidad no existe ningún tratamiento específico para pacientes con asma refractaria grave no controlados a pesar del tratamiento con dosis elevadas de corticoides, y el tratamiento con mepolizumab podría considerarse una última línea de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

748. EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

AUTORES

ROVIRA VERGÉS O, COMES ESCODA A, ROVIRA ISANDA M, FARRÉ RIBA R, FALGUERAS YMBERT J, URREA AYALA M, BAÑO GALINDO V, PRIEGUE GONZÁLEZ M
SANT JOAN DE DÉU SERVEIS SOCIO-SANITARIS. CARRER DE LA VIA AUGUSTA, 66-70. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar mediante dos escalas el riesgo anticolinérgico (RA) al que están sometidos los pacientes con enfermedades crónicas institucionalizados en un centro sociosanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal en un centro sociosanitario durante el mes de marzo de 2018. Los datos que se recogieron fueron: edad, sexo y tratamiento farmacológico. Para el cálculo del RA se utilizaron dos escalas diferentes "Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB)" y "Anticholinergic Risk Scale (ARS)" utilizando la herramienta online Anticholinergic Burden Calculator® desarrollada por el Grupo de Investigación de Farmacoterapia y Cronicidad de Sevilla. Se agruparon los pacientes en cuatro grupos en función del RA: sin riesgo (valor= 0), riesgo bajo (valor= 1), riesgo medio (valor 2) y riesgo alto (valores ≥ 3). Se consultaron los registros electrónicos de Historia Clínica (GoWin Hiss) y de prescripción farmacológica (GassFar®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 103 pacientes (46,6% mujeres) con una edad media de $81 \pm 10,4$ años. Se analizaron un total de 1098 fármacos, con una media de fármacos prescritos por paciente de $8,4 \pm 4,5$. Según las escalas ACB y ARS, el 80,6% y el 69,9% de los pacientes respectivamente tenían prescrito al menos un fármaco con propiedades anticolinérgicas. Según la escala ACB, 20 (19,4%) pacientes estaban en el grupo sin riesgo, 21 (20,4%) en el grupo con bajo riesgo, 7 (6,8%) en el grupo de riesgo medio y 55 (53,4%) en el grupo de alto riesgo. Según la escala ARS, 31 (30,1%) pacientes se encontraban en el grupo sin riesgo, 25 (24,3%) en bajo riesgo, 32 (31,1%) en riesgo medio y 15 (14,6%) en riesgo alto. Se obtuvo una puntuación media entre los pacientes estudiados de 2,7 y 1,4 según las escalas ACB y ARS respectivamente.

Los fármacos más utilizados con RA clasificados según la escala ACB fueron; 1 punto: furosemida (19,5%), haloperidol (8,5%), fentanilo (7,3%), clonazepam (6,1%), trazodona (4,3%), prednisona (3,0%); 2 puntos: carbamazepina (1,2%) y oxcarbazepina (0,6%); 3 puntos: quetiapina (22,0%), olanzapina (7,9%), clozapina (1,2%), paroxetina (1,2%), clorpromazina (0,6%) e hidroxizina (0,6%). Según la escala ARS; 1 punto: quetiapina (29,8%), risperidona (17,4%), mirtazapina (14,0%), haloperidol (11,6%), trazodona (5,8%); 2 puntos: olanzapina (10,7%), clozapina (1,7%) y loperamida (0,8%); 3 puntos: hidroxizina (0,8%) y clorpromazina (0,8%).

Conclusiones

Existe un porcentaje elevado de pacientes con riesgo de sufrir eventos adversos anticolinérgicos debido a su tratamiento. Los datos evidencian que los fármacos con efecto anticolinérgico son utilizados con regularidad en los pacientes con patologías crónicas. Aunque existe cierta variabilidad entre las escalas utilizadas y sería necesario homogeneizar los criterios de evaluación, el análisis del RA puede ser una buena estrategia para optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

765. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

AUTORES

MARTÍNEZ CRESPO A, FRUTOS PÉREZ-SURIO A, LOZANO ORTÍZ R, CAMPOS MONTELLANO J
CRP NTRA. SRA. DEL PILAR. DUQUESA VILLAHERMOSA 66-68. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de antipsicóticos (Grupo N05A, clasificación ATC) prescritos en un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) como variable principal, y como variables secundarias, la proporción de antipsicóticos típicos frente a los atípicos, la prevalencia de antipsicóticos de liberación prolongada y de prescripciones de medicamentos antipsicóticos en situaciones especiales (dosis superior a la recogida en la ficha técnica, o la utilización de inyectable de larga duración y forma oral del mismo principio activo simultáneamente).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal realizado con los pacientes ingresados a final de enero de 2018.

La información se obtuvo mediante el módulo de unidosis del programa Dominion Farmatools®, creándose una base de datos en Access® con la siguiente información: número de historia del paciente, sexo, edad, antipsicóticos prescritos, antipsicóticos con prescripciones en situaciones especiales.

Las variables cuantitativas se presentaron como media \pm desviación estándar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el estudio se incluyen los 164 pacientes ingresados en el CRP, 60,98 % de ellos hombres. La edad de los pacientes en estudio fue de $58,48 \pm 15,78$ años.

El número total de prescripciones de antipsicóticos fue de 357. El número de antipsicóticos por paciente fue de $2,17 \pm 1,00$, siendo el número máximo de antipsicóticos por paciente de 5, situación observada en dos casos.

Respecto a la prevalencia de prescripción de cada antipsicótico fue:

Del total de prescripciones de antipsicóticos, un total de 265 (72,24 %) fueron antipsicóticos atípicos: paliperidona 67 (18,77 %), olanzapina 55 (15,41 %), clozapina 43 (12,05 %), quetiapina 42 (11,77 %), aripiprazol 38 (10,64 %), risperidona 13 (3,64 %), amisulprida 4 (1,12 %), asenapina 2 (0,56 %), ziprasidona 1 (0,28 %).

92 prescripciones (25,76 %) fueron de antipsicóticos típicos: levomepromazina 28 (7,84 %), haloperidol 21 (5,88 %), zuclopentixol 20 (5,60 %), flufenazina 14 (3,92 %), clotiapina 7 (1,96 %), perfenazina y trifluoperazina 1 prescripción de cada uno (0,28 %).

Las prescripciones de antipsicóticos de liberación prolongada fueron 80: flufenazina 14, aripiprazol 10, paliperidona mensual 26, paliperidona trimestral 11, risperidona 4, zuclopentixol 15.

Un total de 24 prescripciones (6,72 %) se consideraron como situaciones especiales (condiciones diferentes a las autorizadas). De estas prescripciones 10 fueron de olanzapina, 6 de paliperidona, 4 de quetiapina, 2 de risperidona y 2 de aripiprazol.

Conclusiones

- Los datos sugieren una politerapia en el tratamiento antipsicótico.
- El antipsicótico más prescrito fue paliperidona.
- Mayor prevalencia de prescripciones de antipsicóticos atípicos frente a los típicos.
- Alto porcentaje de prescripciones de antipsicóticos parenterales de liberación prolongada.
- Las prescripciones en situaciones especiales encontradas se dieron todas en antipsicóticos atípicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

781. ADHERENCIA A LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD TRADICIONALES

AUTORES

IBARRA BARRUETA O, IBARRA GARCIA E, PEREZ DIEZ E, ALKIZA URIBE N, RUIBAL ESCRIBANO A, HERNANDO RUBIO I
HOSPITAL DE URDULIZ. GOIETA KALEA, 32. VIZCAYA

OBJETIVOS

La adherencia a los fármacos modificadores de enfermedad (FAME) tradicionales se ha descrito como baja, de hecho la mayoría de los pacientes suspenden el tratamiento por problemas de tolerancia más que por ineficacia. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de adherencia de FAME clásico en nuestra área de salud.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron todas las prescripciones activas de FAME clásicos (azatioprina, hidroxyclorequina, leflunomida, metotrexato y sulfasalazina), a abril del 2018 en una comarca sanitaria de 214.000 habitantes.

Se valoró la adherencia calculada como tasa de posesión de la medicación (TPM) en los 8 meses previos. Para su cálculo se consideraron las dispensaciones realizadas en las farmacias comunitarias y reflejadas a través de la receta electrónica. Se decidió excluir aquellos valores de adherencia de cero por considerar que se trataba de prescripciones no suspendidas por falta de actualización de los tratamientos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Inicialmente se seleccionaron 1859 prescripciones de FAME, se eliminaron 130 registros con adherencia o TPM igual a cero, quedando finalmente 1729 prescripciones de FAME, correspondientes a 1582 pacientes en tratamiento con un FAME clásico, 71 de ellos con terapia combinada doble o triple. La mayoría mujeres (66,3%) y con una edad media 58,5 (DS 15).

El porcentaje de prescripciones por medicamento fue de 47,1% metotrexato, 24,2% hidroxyclorequina, 16,4% azatioprina, 8,7% leflunomida y sulfasalazina 3,5%.

La adherencia media en general fue de 80,4% (DS 24,6) y la mediana del 90,11% (IQR25-75: 68,9- 98,5%). El porcentaje de pacientes con adherencia superior a 80% fue de 66,3%, mientras que solo un 40% se podía considerar completamente adherentes ($\geq 95\%$).

La media de adherencia según el medicamento fue de 79,3% para azatioprina; hidroxyclorequina 75,8%; leflunomida 81,7%; metotrexato 83,6% y sulfasalazina 71,2%.

De los 815 pacientes en tratamiento con metotrexato, 467 (57,3%) fueron tratamiento oral y 348 parenteral (42,7%).

La dosis media utilizada en el tratamiento oral fue de 11,8 mg (DE 4,3), siendo la mediana 10mg (IQR25-75: 7,5- 15mg). Mientras que la dosis media en la parenteral fue algo superior de 16,3mg (DE 5,7) y la mediana de dosis de 15mg (IQR 12,5- 20mg).

La adherencia media en ambos casos fue similar, 83,8% (DE 23,1) para la vía oral y 83,4% (DE 22,2) para la parenteral.

Conclusiones

En nuestra área el FAME más prescrito fue el metotrexato y la adherencia media al FAME clásico fue alta, en torno al 80%, similar en todos los medicamentos e independiente de la vía en el caso del metotrexato.

Sería interesante conocer si los pacientes con menor adherencia presentan peor control de la enfermedad e requieren antes el inicio con biológicos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

782. ¿AFECTA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL LA NO UTILIZACIÓN DEL SINGLE TABLET REGIMEN?

AUTORES

PEDROSA RUIZ M, MOYA CARMONA I, ESTAUN MARTINEZ C, FERNANDEZ OVIES JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar si la adherencia al tratamiento antirretroviral se vió afectada en pacientes que tomaban abacavir (ABC)/ lamivudina (3TC)/dolutegravir (DTG) cuando se les sustituyó por ABC/3TC+DTG, lo cual conllevó un cambio en el número de comprimidos (de 1 a 2) y no en el número de tomas diarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se incluyeron pacientes VIH, mayores de 18 años, naïve y pretratados, en tratamiento con single table regimen (STG) consistente en ABC/3TC/DTG en los que, por criterios de eficiencia, debido a la comercialización de ABC/3TC como especialidad genérica, se les sustituyó por ABC/3TC+DTG.

Se establecieron 2 períodos de estudio: un primer período de 6 meses (agosto/2016-enero/2017), donde los pacientes recibían STR y un segundo período de 6 meses (mayo-octubre/2017) donde se les había sustituido el STR por ABC/3TC+DTG. Los meses de febrero, marzo y abril constituyeron un período de transición y se excluyeron del estudio.

Se realizó una revisión de la información recogida en el programa de dispensación de Gestión de Pacientes Externos del servicio de Farmacia y de la historia clínica digitalizada, ambas aplicaciones utilizadas en la unidad de Atención y Dispensación Farmacéutica a Pacientes Externos. La adherencia se evaluó de forma indirecta teniendo en cuenta los registros de dispensación, empleando la siguiente fórmula: n° de comprimidos dispensados/ n° de comprimidos teóricos $\times 100$, expresándose los resultados como porcentajes. Se consideró adherencia óptima aquella $> 95\%$ en base a un meta-análisis que se obtiene un aumento en la probabilidad de conseguir CVP indetectable y un mayor incremento de linfocitos CD4+.1

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 139 pacientes: 123 (88,6%) hombres y 16 (11,4%) mujeres, con una edad media de $46,47 \pm 12,11$ años. El 89,9% de los pacientes experimentaron una adherencia al tratamiento mayor del 95% en tratamiento con el combo ABC/3TC/DTG mientras que al cambiarlo a ABC/3TC +DTG fue del 83,5%. Un 10,1% de los pacientes del grupo del STR resultó tener una adherencia irregular respecto a un 16,5% en el grupo donde se dejó de utilizar.

En conclusión, la adherencia tuvo tendencia a ser ligeramente inferior cuando dejó de utilizarse el STR. No obstante, sería necesaria la realización de estudios controlados que evalúen la eficiencia de la no utilización de STR y su repercusión en la adherencia al tratamiento.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

797. MANEJO DE INFlixIMAB PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN Y EL AJUSTE POSOLÓGICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

GARCIA ORTEGA P, SANTULARIO VERDÚ L, GÓMEZ GANDA L, TERRADAS CAMPANARIO S, SANZ MARTINEZ MT, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) la dosis recomendada de infliximab (IFX) en la fase de mantenimiento es de 5 mg/kg cada 8 semanas. En caso de pérdida de respuesta puede intensificarse la pauta posológica, bien a 10 mg/kg cada 8 semanas, o bien a 5 mg/kg < 8 semanas. La formación de anticuerpos anti-infliximab (ATIs), reduce las concentraciones plasmáticas de fármaco libre así como su eficacia clínica. Además, se ha observado que el tratamiento concomitante con inmunomoduladores podría reducir la formación de ATIs.

El objetivo del estudio fue analizar los regímenes de dosificación y eficacia de IFX previo a la implantación de la optimización posológica mediante la monitorización de concentraciones séricas de fármaco y ATI en pacientes con EII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en terapia de mantenimiento con IFX durante un período de seguimiento de 3 años (2015-2017).

Las variables recogidas a partir de la información disponible en la estación de trabajo clínico fueron: edad, sexo, diagnóstico, dosis, frecuencia, fármacos inmunomoduladores concomitantes, y concentración sérica mínima (C_{min}) de IFX, categorizándose en inferior, superior o dentro del intervalo terapéutico (3-7mcg/mL), ATIs si estaban disponibles, decisión clínica según la concentración sérica de fármaco y/o la inmunogenicidad; suspensión del tratamiento si es anterior a la fecha fin del estudio y motivo de su retirada

Los datos se analizaron con el software STATA v.14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 154 pacientes (44.16% mujeres) con una media (SD) de edad de 41,15 (13,58) años. Del total de pacientes, 97 (63%) estaban diagnosticados de EC y 57 (37%) de CU. Al inicio del estudio 27 (17,54%) pacientes tenían su régimen posológico de mantenimiento intensificado: 16 a 5mg/kg/4sem, 7 a 5mg/kg/6sem y 4 a 5mg/kg/7sem. Un total de 122 pacientes se encontraban en tratamiento concomitante con fármacos inmunomoduladores; de los cuales el 94 (82,46%) fue con azatioprina (AZT), 4 (3,51%) mesalazina, 3 (2,63%) mercaptopurina, 5 (4,39%) metotrexato y 8 (7,02%) micofenolato.

Se pudo disponer de 102 muestras séricas de un total de 65 pacientes, de las cuales 27 (26,47%) dieron un valor de C_{min} infraterapéutico y 58 (56,86%) supraterapéutico.

Dos pacientes presentaron ATIs en alguna de las determinaciones séricas, uno de los dos pacientes se encontraba en tratamiento concomitante.

El esquema de dosificación no se modificó tras obtener el resultado de 56 (54,90%) determinaciones a pesar de que la C_{min} estaba fuera de rango.

A 15 (9,74%) pacientes del total se les suspendió el tratamiento antes de finalizar el estudio, siendo los motivos más frecuentes la aparición de efectos adversos post-infusionales (2,6%) y la falta de respuesta (2,6%).

Conclusiones

La implantación de un programa de ajuste posológico basado en las concentraciones séricas de infliximab y la determinación de la presencia de ATIs, permitiría una optimización de la terapia biológica en pacientes con EII, convirtiéndose en una herramienta necesaria para la toma justificada de decisiones por parte del facultativo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

814. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA CONVERTASA SUBLISINA/KEXINA TIPO 9 SOBRE LA ADHERENCIA A OTROS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES

AUTORES

LÓPEZ GÓMEZ C, MUÑOZ GÓMEZ-MILLÁN I, NIETO GUINDO M, EGUILUZ SOLANA M, GARRIDO SILES M, TORTAJADA GOITIA B
HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A7. KM 187. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de los fármacos inhibidores de la proteína convertasa sublisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) sobre la adherencia a otros fármacos hipolipemiantes (estatinas y/o ezetimiba).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en un hospital nivel dos. Se seleccionaron aquellos pacientes tratados con iPCSK9 durante al menos 6 meses y en tratamiento adicional con estatinas y/o ezetimiba. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, servicio prescriptor, tipo de fármaco iPCSK9.

Se describió el grado de adherencia a los fármacos iPCSK9 y a fármacos hipolipemiantes orales, a los 6 y 12 meses tras el inicio del tratamiento con iPCSK9. La adherencia a los iPCSK9 se midió mediante el registro de las dispensaciones a través del programa informático de Pacientes Externos de la Unidad de Farmacia. La adherencia a los hipolipemiantes orales se calculó mediante el registro de dispensaciones en farmacia ambulatoria por el programa de prescripción/dispensación utilizado en el Sistema Autonómico de Salud. Los pacientes se clasificaron como adherentes (adherencia ≥95%) y no

adherentes (adherencia < 95%). Se midió la incidencia de eventos cardiovasculares y su relación con la adherencia a los fármacos hipolipemiantes orales.

Se analizaron estadísticos descriptivos: variables cuantitativas como media y desviación estándar y variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y porcentaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro centro han iniciado tratamiento con iPCSK9 un total de 51 pacientes. De ellos, fueron excluidos del estudio 19, por ser la duración del tratamiento inferior a 6 meses. Se seleccionó una muestra de 25 pacientes en tratamiento con iPCSK9 durante al menos 6 meses y tratamiento concomitante con uno o más fármacos hipolipemiantes orales; edad media 59 ± 7 años, un 76% hombres. Fueron excluidos 7 pacientes por no presentar tratamiento con ningún hipolipemiente oral por intolerancia a los mismos.

El 80% de los fármacos iPCSK9 fue prescrito por el servicio de Cardiología y el 20% restante por el servicio de Medicina Interna. El 80% de los pacientes iniciaron tratamiento con alirocumab (20 pacientes) y el 20% con evolocumab (5 pacientes).

La adherencia media a hipolipemiantes orales a los 6 y 12 meses tras el inicio de tratamiento con iPCSK9 fue $91,2 \pm 10,4\%$ y $92,2 \pm 8,0\%$, respectivamente. A los 6 meses, el 44% de los pacientes presentaron no adherencia (adherencia media: $82,0 \pm 9,2\%$) y los 12 meses el 54,1% (adherencia media: $88,3 \pm 5,5\%$).

La adherencia media a iPCSK9 a los 6 y 12 meses fue $99,5 \pm 3,7\%$ y $98,4 \pm 5,5\%$, respectivamente.

De 25 pacientes, uno de ellos (4%) sufrió un evento cardiovascular durante el tratamiento (adherencia a hipolipemiantes orales a los 6 y 12 meses: 68% y 83%, respectivamente; adherente a iPCSK9).

Conclusiones

La adherencia a los fármacos iPCSK9 es superior a la de los hipolipemiantes orales. Éstos últimos presentan una adherencia inferior a la recomendada.

Tras los resultados obtenidos se establece como objetivo en la Unidad de Pacientes Externos una revisión semestral en este grupo de pacientes, para reforzar la adherencia y fomentar hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio y hábito tabáquico).

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

815. EVALUACIÓN DE REINFARTOS POR ESTENOSIS DE STENT TRAS UN PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE

AUTORES

FERNANDEZ ARBERAS N, SERRANO GARCÍA M, BALDOMINOS UTRILLA G, GINÉS PALOMARES A, SÁNCHEZ NAVARRO I, LUQUE INFANTES R

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS. CTRA. ALCALÁ - MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

La administración de doble antiagregación es imprescindible cuando se implanta un stent para evitar que se tombose.

Tres de los cuatro posibles antiagregantes son de Diagnóstico Hospitalario (DH) y requieren visado de inspección para su dispensación en la Oficina de Farmacia. Este trámite puede demorarse impidiendo al paciente continuar su tratamiento al alta del hospital.

A raíz de un caso de trombosis de stent por no conseguir la medicación a los 9 días del alta, se implantó un programa de continuidad y adherencia al tratamiento antiagregante. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del programa midiendo los reingresos por reinfarto asociado a la estenosis de stent al mes del alta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de tres años de duración (abril 2015-abril 2018) de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA), con antiagregante DH al alta (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor). El Servicio de Farmacia junto con el Servicio de Cardiología, diseñó un programa de adherencia del tratamiento al alta en SCA, en que el farmacéutico proporciona información oral y escrita y dispensa el antiagregante DH al paciente.

Los recursos materiales utilizados para la evaluación fueron: Aplicación de Prescripción en unidosis de Farmatools®, informes al alta y Conjunto Mínimo Básico de Datos del hospital.

Variables a medir: datos demográficos, factores de riesgo cardiovasculares, medicación al alta y episodios de reingreso en el hospital al mes del cateterismo por estenosis de stent de arteria coronaria por no disponer de la medicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La totalidad de pacientes ($n=369$) con implante de un stent recibió información farmacéutica al alta sobre su medicación antiagregante y el antiagregante DH prescrito.

Datos demográficos y características clínicas: varones 284/369 (76,97%), edad media 64 años (28-98), factores de riesgo cardiovascular: HTA 220/369 (59,62%), tabaquismo 213/369 (57,72%), dislipemia 202/369 (54,74%), diabetes 92/369 (24,93%), obesidad 38/369 (10,3%), alcoholismo 28/369 (7,58%) y consumo de otras sustancias 11/369 (2,98%). Los antiagregantes fueron: clopidogrel 37,12% (137/369), ticagrelor 49,87% (184/369) y prasugrel 13% (48/369). Un 94,8% de los pacientes tuvieron estatinas y un 83,47% beta-boqueantes.

En la totalidad de los pacientes a los que se les dispensaron antiagregantes no hubo ningún reingreso estenosis de stent al mes del alta.

Ingresaron dos pacientes con estenosis debida a stent de arteria coronaria tras 3 y 6 días del alta sin haber conseguido la medicación. A ambos pacientes se les había realizado el cateterismo en otro hospital.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**828. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE APREMILAST EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

RAMIS RIERA X, CASTELLANO HERRADOR JJ, ANTÓN MARTINEZ M, DEL OLMO REVUELTO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Describir la utilización y efectividad de apremilast en pacientes con patologías dermatológicas en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron tratamiento con apremilast desde mayo 2016 hasta abril 2018. Se utilizó la historia clínica electrónica y el sistema de gestión de farmacia hospitalaria para recoger las siguientes variables: demográficas (sexo y edad) y farmacológicas y clínicas (indicación, duración del tratamiento, fármacos previos y motivo de suspensión).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

16 pacientes (9 hombres, 56%) con edad mediana de 58 años [37 – 89] recibieron tratamiento con apremilast durante el periodo de estudio (23 meses). En 12/16 pacientes (75%) se prescribió para psoriasis en placas crónica de moderada a grave que no habían respondido, tenían contraindicado o no toleraban otro tratamiento sistémico o fototerapia. En 4/16 pacientes (25%) se prescribió para indicaciones no autorizadas en la ficha técnica: 50% en dermatitis atópica refractaria, 25% foliculitis refractaria y 25% prurigo nodular severo.

13/16 pacientes (81%) habían suspendido el tratamiento al finalizar el estudio: 67% (8/12) de los diagnosticados de psoriasis y el 100% (4/4) a los que se les prescribió en indicaciones no autorizadas en ficha técnica. Los motivos de suspensión del tratamiento en los pacientes diagnosticados de psoriasis fueron: fracaso (38%) e intolerancia (50%) (molestias digestivas y cambios de humor) y la duración mediana del tratamiento 185 días [10-462]. En el 100% de los pacientes con indicación no autorizada se le suspendió el tratamiento por intolerancia con una duración mediana de 30 días [14-70]. 4/16 pacientes (25%) habían recibido tratamiento previo con fármacos biológicos.

Conclusiones

Una cuarta parte de los pacientes recibió apremilast en indicaciones no autorizadas en ficha técnica con una duración mediana de 1 mes y con abandono de todos los pacientes por intolerancias. La efectividad de apremilast en nuestra serie ha sido baja, principalmente por la discontinuidad del tratamiento debido a los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**862. EFICACIA, TOLERABILIDAD Y ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ALIROCUMAB EN PACIENTES CON DISLIPEMIA****AUTORES**

MONGE-ESCARTÍN . I, ACÍN . P, LUQUE . S, RECASENS . L, PEDRO-BOTET . J, OLIVERAS . A, GONZÁLEZ-COLOMINAS . E, GRAU . S
HOSPITAL DEL MAR. PASEO MARÍTIMO 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Alirocumab es un anticuerpo monoclonal anti proproteína convertasa subtilisina/kexina 9 (iPCSK9) recientemente aprobado para el tratamiento de la hipercolesterolemia.

Su uso es de especial importancia en pacientes con intolerancia a estatinas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, seguridad y grado de aceptación del tratamiento con alirocumab en una cohorte de pacientes con dislipemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel con una cohorte de pacientes que iniciaron tratamiento con alirocumab entre Sept/2016 y Abr/2018.

Datos recogidos: demográficos; dosis inicial de alirocumab; prevención; indicación; factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (excluyendo dislipemia) y riesgo cardiovascular (RCV) calculado por guías de la European Society of Cardiology 2016 e intolerancia a estatinas.

En tiempo basal (Pre) y a las 6-12 semanas del inicio del tratamiento con alirocumab (Post) se recogió: valor de LDL y el tratamiento concomitante con otros hipolipemiantes.

Se recogieron asimismo efectos adversos (EA) reportados por el paciente y grado de aceptación del tratamiento evaluado mediante una encuesta de satisfacción validada (Tatlock, S. et al. Value in Health 2015) que se realizó durante la visita de atención farmacéutica.

Estadística: variables categóricas n(%), variables cuantitativas media \pm desviación estándar/mediana(Rango).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 36 pacientes: hombres 21(58,3%); edad 63,3 \pm 8,8 años; dosis inicial 75mg 34(94,4%) y 150mg 2(5,6%); prevención secundaria 29(80,6%) y primaria 7(19,4%); hipercolesterolemia poligénica 24(66,7%), hipercolesterolemia familiar 11(30,6%) y otras dislipemias 1(2,8%); FRCV: ninguno 13 (36,1%), 1 FRCV 10 (27,8%), \geq 2 FRCV 13 (36,1%), RCV muy alto 29(80,6%) y alto 7(19,4%). Intolerancia a estatinas, 17 (47,2%), siendo las mialgias la causa más frecuente.

Tratamiento hipolipemiente concomitante Pre: estatina+ezetimiba 17(47,2%), estatina 6(16,7%), ezetimiba 6(16,7%), ninguno 4(11,1%), otros, 3(8,4%). En el periodo Post a 10(27,8%) pacientes se les modificó el tratamiento: aumento de

dosis de alirocumab (4), suspensión de ezetimiba (4) y modificación de dosis de estatina (2). Mediana de LDL Pre/Post tratamiento (mg/dl): 134 (92-156)/57(17-196). Pacientes que redujeron LDL, 35 (97,2%). Porcentaje reducción LDL, 56,3%±19,3 y con LDL post < 70mg/dl: 24 (66,7%).

Pacientes con algún EA: 4(11,1%) (2 con síntomas gripales, 1 prurito local y 1 estreñimiento)

Pacientes con respuesta a la encuesta: 24 (66,7%). Resultados: motivación para la continuación del tratamiento: 24(100%). Grado general de aceptación del tratamiento con alirocumab: Muy aceptable, 21 (87,5%); Bastante aceptable, 2(8,3%); Aceptable, 1(4,2%). Grado de aceptación del tratamiento hipolipemiente concomitante: Muy aceptable, 10 (41,7%); Bastante aceptable, 2 (8,3%); Aceptable, 8(33,3%); Poco aceptable, 2(8,3%); Muy poco aceptable, 2(8,4%).

Conclusiones

A las 6-12 semanas del inicio de alirocumab, la práctica totalidad de los pacientes logró reducir los niveles plasmáticos de cLDL siendo el porcentaje medio de reducción del 56% y logrando un cLDL < 70mg/dl en casi el 70% de los pacientes. Únicamente 4 pacientes manifestaron efectos adversos que fueron de carácter leve y no motivaron la suspensión del tratamiento.

Se detectó un elevado grado de aceptación al tratamiento con alirocumab que fue superior al grado de aceptación del tratamiento hipolipemiente concomitante. Todos los pacientes mostraron su deseo de continuar el tratamiento con IPCSK9.

Estos resultados manifiestan la elevada eficacia, tolerabilidad y grado de aceptación de alirocumab en pacientes con dislipemia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

863. ANÁLISIS DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA

AUTORES

GIMÉNEZ ARUFE V, PORTA SÁNCHEZ MÁ, ALFEIRÁN MUÑOZ M, FERNÁNDEZ BARGIELA N, MARTÍN HERRÁNZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AVDA. PASAXE, 81. A CORUÑA

OBJETIVOS

La terapia biológica ha mostrado un beneficio en mejorar el control de la enfermedad, la función física y la calidad de vida de los pacientes con artropatía inflamatorias. La optimización de terapias biológicas (TBs) es una actitud terapéutica que busca la mejor relación beneficio/riesgo para el paciente y contribuye a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Nuestro objetivo es describir y analizar el grado de implantación de la optimización como estrategia terapéutica en pacientes con artropatía inflamatoria crónica en un hospital de nivel terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal (6/marzo/2018). Población: pacientes diagnosticados de una artropatía inflamatoria crónica a tratamiento con una terapia biológica IV/SC (anti-TNF, Ustekinumab, Secukinumab, Tocilizumab, Abatacept) en el momento del estudio. Fuente de datos: programas informáticos utilizados en el Servicio de Farmacia para atención de pacientes externos: Silicon (programa de prescripción electrónica), Simon® (sistema inteligente de monitorización), IANUS® (historia clínica informatizada). Variables recogidas: edad, sexo, diagnóstico, biológico actual (dosis y pauta, vía de administración, fecha de inicio del biológico y fecha de inicio de optimización). Se analizaron los pacientes con TB optimizada y la persistencia de la optimización. El estudio estadístico descriptivo se realizó con el software STATA® 15.1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

733 pacientes con artropatía inflamatoria crónica a tratamiento con TB (82% vía SC, 18% vía IV). Distribución por diagnóstico: artritis reumatoide (AR) 315 (43%), espondilitis anquilosante (EA) 213 (29%), artritis psoriásica (APs) 168 (23%); artritis idiopática juvenil (AIJ) 37 (5%).

El 31% (226/733) de los pacientes estaba con TB optimizada [mediana de la edad 57 años (rango: 20-83); 53% mujeres]. La mediana de tiempo desde el inicio de la TB actual en los pacientes optimizados era de 87 meses (rango: 4,5-184,6). En cuanto a la duración de optimización, la mediana de tiempo fue de 29 meses (rango: 11 días-164 meses), optimizando el 98% de los pacientes a partir del año 2012. Optimización por diagnóstico: AR 26%(82/315); EA 31% (65/213); APS 38% (63/168); AIJ 43% (16/37).

Optimización por medicamento: 47% Tocilizumab IV, 39% Infliximab (con biosimilar el 46%), 35% Etanercept (1 paciente con biosimilar), 34% Adalimumab, 28% Tocilizumab SC, 23% Certolizumab, 19% Abatacept IV, 17% Abatacept SC, 11% Golimumab. No hay pacientes a tratamiento con Ustekinumab o Secukinumab en pauta de optimización. Presentaban alargamiento del intervalo de administración el 78% de los pacientes, reducción de la dosis el 17% y ambas opciones el 5% de los pacientes restantes (Infliximab-6, Tocilizumab-4).

Conclusiones

Aproximadamente un tercio de los pacientes con artropatía inflamatoria crónica están con TB optimizada. La optimización es una estrategia terapéutica que se ha consolidado en la práctica clínica del Servicio de Reumatología dado el alto porcentaje de pacientes y la duración prolongada de los tratamientos optimizados. Los pacientes con AIJ y con APS son los grupos con mayor porcentaje de optimización. En relación a los medicamentos se observa una gran variabilidad siendo Tocilizumab, Infliximab, Etanercept y Adalimumab los medicamentos que presentan mayor porcentaje de optimización.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**881. APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO TERAPÉUTICO PARA EL TRATAMIENTO DE PARKINSON AVANZADO****AUTORES**

GONZÁLEZ NAVARRO M, SALAZAR TORTOLERO G, FRAGOSO MARTÍNEZ M, HERNÁNDEZ GRISO M, ROURE NUEZ C
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. CTRA. TORREBONICA, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Revisar la aplicación clínica de un protocolo terapéutico para el tratamiento de pacientes con Parkinson avanzado que requieren un cambio de estrategia al tratamiento oral convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Antecedentes: evaluación en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) del gel intestinal Levodopa/Carbidopa 20/5mg/ml para su inclusión en guía farmacoterapéutica (GFT). Se estableció un posicionamiento terapéutico en el contexto de un protocolo clínico.

Tipo de estudio: estudio descriptivo de cohortes retrospectivo para el análisis del cumplimiento del protocolo terapéutico mediante revisión clínica de los pacientes tratados con Levodopa/Carbidopa gel intestinal en nuestro centro desde su inclusión en GFT (01/2013 hasta 04/2018).

Variables analizadas: variables sociodemográficas, fecha de inicio y duración, adherencia (referida y por control de dispensación) y cumplimiento de criterios de indicación:

- 1) Pacientes con Parkinson avanzado con gran afectación funcional, con fluctuaciones motoras y discinesias severas que se exacerbaban con la estimulación dopaminérgica oral y trastornos conductuales asociados a los fármacos antiparkinsonianos.
- 2) En tratamiento previo con apomorfina subcutánea y sin respuesta adecuada o que, a pesar de la buena respuesta, presenten efectos adversos relacionados. Pacientes con alguna contraindicación para el tratamiento con apomorfina.
- 3) Pacientes > 65 años o con atrofia cerebral no candidatos a cirugía esterotáxica.
- 4) Excluidos pacientes con deterioro cognitivo grave.

Análisis estadístico:

Las variables cuantitativas se describieron en función de la simetría de distribución: media e intervalo de confianza 95% (IC95%) en distribución normal; mediana y distancia intercuartil en distribuciones asimétricas.

Las variables categóricas se presentaron en forma de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Durante el período de estudio, se trataron un total de 11 pacientes, el 54,5% hombres (n=6), La media de edad al inicio de tratamiento fue de 73,45 años (IC95%: 71,50-75,41).

La duración media del tratamiento fue de 25,9 meses (IC95%: 12,4-39,6); la adherencia reportada por los pacientes del 98%, que se correlacionó con el 100% de las dispensaciones realizadas.

Análisis de cumplimiento de criterios de indicación:

- El 81,8% (n=9) realizó tratamiento previo con Apomorfina. Dos pacientes no fueron tratados previamente con ella por contraindicación médica relacionada con patologías asociadas.
- El 90,9% de los pacientes eran mayores de 65 años que no cumplían criterios para cirugía. Un paciente se valoró para cirugía esterotáxica pero fue descartado en la evaluación pre-quirúrgica.
- Ninguno de los pacientes tratados con el gel intestinal tenía un deterioro cognitivo grave.
- La duración media del tratamiento con el gel intestinal ha sido de 35,0 meses (21,9 – 48,0).
- En el transcurso del tratamiento, 3 de los pacientes fueron éxitus (27,3%).

Conclusiones

Todos los pacientes tratados en nuestro centro con el gel intestinal Levodopa/Carbidopa 20/5 mg/ml han cumplido los criterios de indicación según el protocolo terapéutico establecido. Tratándose de un tratamiento de alto coste que requiere de la realización de una prueba de tolerancia i respuesta clínica vía sonda nasogástrica previa, una duodenostomía posterior y formación específica del paciente/cuidador, los datos de adherencia y duración del tratamiento como variables independientes parecen correlacionarse con la buena selección y seguimiento de los pacientes tratados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**918. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, ADHERENCIA, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS INHIBIDORES DE LA PCSK9.****AUTORES**

TARAZONA CASANY MV, CUELLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, PEREZ HUERTAS P, FERRADA GASCÓ A, BALLESTA LOPEZ O, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL LA FE. ABRIL MARTORELL SN. VALENCIA

OBJETIVOS

Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), son medicamentos para el tratamiento del colesterol. En nuestro entorno están autorizados en los pacientes que no responden a la terapia hipolipemiente a dosis máximas y/o pacientes intolerantes a estatinas o en los que éstas están contraindicadas; siempre que hayan recibido previamente al menos dos tratamientos.

Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad, adherencia, seguridad y la satisfacción percibida por los pacientes con el tratamiento hipolipemiente anti-PCSK9.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con más de tres meses de tratamiento con anti-PCSK9, desde julio 2016 a febrero 2017.

Se recogieron de la historia clínica electrónica datos analíticos, c-LDL basales y a los tres meses de inicio del tratamiento. La variación de c-LDL a los tres meses frente a la basal fue analizada mediante una regresión lineal simple. Se analizó la diferencia de respuesta de alirocumab respecto evolocumab mediante t-student.

La valoración de la adherencia se hizo por registro de dispensaciones, considerando adherente a aquellos que presentaban un valor mayor de 95%.

Se utilizó el cuestionario FACIT-TS-G (functional assessment of chronic illness therapy treatment satisfaction-general) con el fin de valorar la aceptación de los pacientes del tratamiento recibido; se trata de una herramienta validada de 8 ítems con respuestas tipo Likert para el tratamiento de enfermedades crónicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 24 pacientes, 50 % hombres. La edad media fue de 60,1 años (DE:8,4). Del total de pacientes 62,6 % en tratamiento con alirocumab y 37,4 % con evolocumab. En todos los casos los pacientes presentaban LDL > 100 mg/dl inicialmente, siendo la media de c-LDL basal 187,3 (DE: 61,86) y al cabo de tres meses fue de 82,8 (DE:39,9) observándose un descenso del c-LDL estadísticamente significativos $p < 0,05$. No hubo diferencias estadísticamente significativas de la reducción del c-LDL a los tres meses de alirocumab respecto evolocumab.

En cuanto seguridad, los pacientes presentaron los siguientes efectos adversos: 25% reacción en el punto de inyección, prurito 16,6%, náuseas 8,3% nasofaringitis 4,1% y urticaria 4,1%. Dos pacientes suspendieron tratamiento por reacciones adversas, uno presentó congestión nasal y otro reacción local en el punto de inyección.

En cuanto a la aceptación de los pacientes con el tratamiento, el 95 % se encontraban muy satisfechos, el 50 % no esperaban más reacciones adversas con este tratamiento, el 100 % consideraban que recibían el tratamiento apropiado, el 95 % escogerían el tratamiento de nuevo, y el 87 % se lo recomendarían a otro paciente. Además el 100 % de los pacientes califican el medicamento como excelente. La adherencia media al tratamiento fue del 98,5 % (DE:1,4)

El grado de satisfacción, en condiciones reales de utilización de estos nuevos hipolipemiantes, es elevada. Esto es consecuencia de la reducción significativa de los niveles de colesterol LD obtenidos y la seguridad de los mismos, alcanzándose un alto grado de adherencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

927. FRECUENCIA DE OPTIMIZACIÓN E INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNF

AUTORES

ROVIRA VERGÉS O, MOLINA LAZARO A, SCHOENENBERGER ARNAIZ J, FONTOVA GARROFE R, DOMENECH MORRAL E, NOLLA SOLE J, CLOPES ESTELA A
INSTITUT CATALA DE LA SALUT. GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES, 587. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la utilización de inmunosupresores selectivos (ISS) en pacientes con enfermedades reumáticas, dermatológicas y digestivas, y describir la optimización e intensificación posológica utilizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre datos de práctica clínica real. Se incluyeron los pacientes tratados con adalimumab(ADA), etanercept(ETA) e infliximab(INF) durante el año 2017 en los servicios de reumatología, dermatología y gastroenterología de 3 hospitales de nivel II/III.

Las variables analizadas se obtuvieron de los registros electrónicos de dispensación y del Registro de Pacientes y Tratamientos (RPT) de SAP®. Dichas variables fueron: medicamento dispensado, pauta de dispensación y servicio prescriptor (reumatología, dermatología y gastroenterología). Se etiquetaron como pautas de mantenimiento no estandarizadas todas aquellas diferentes de lo indicado en ficha técnica (ADA 40mg/2 semanas, ETA 50mg/semana e INF/8 semanas) y se clasificaron en optimizaciones o intensificaciones posológicas según si las dosis recibidas eran menores o mayores respectivamente de las establecidas. Se comprobó en el curso clínico que la modificación era conocida y voluntaria del clínico. Se llevó a cabo un análisis de las proporciones de pacientes optimizados e intensificados por servicio y fármaco, estimándose la significación de las diferencias mediante aplicación del test X2.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron las pautas de 1760 pacientes. De estos 937/1760(53,2%) fueron visitados en el servicio de reumatología, 230/1760(13,1%) en dermatología y 593/1760(33,7%) en gastroenterología. Fueron tratados con ADA 727/1760(41,3%) pacientes, con ETA 539/1760(30,6%) y con INF 494/1760(28,1%).

Se detectaron un total de 332/1760(18,9%) pautas optimizadas con la siguiente distribución: 253/332(76,2%) pertenecían a pautas de reumatología, 69/332(20,8%) a dermatología y 10/332(3%) a gastroenterología.

En el análisis de optimización según servicio se objetivó que afectaba a 253/937(27%) casos de reumatología, 69/230(30%) de dermatología y 10/593(1,7%) de gastroenterología. Globalmente las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) aunque en el análisis entre grupos solo lo fueron entre digestivo y los otros dos grupos. En el análisis por fármaco se observó optimización en 170/727(23,4%) pautas en el grupo de ADA, 158/539(29,3%) en ETA y 4/494(0,8%) en INF. Globalmente las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) al igual que las diferencias entre grupos.

Las pautas intensificadas fueron un total de 210/1760(11,9%) con la siguiente distribución: 45/210(21,4%) reumatología,

23/210(11%) dermatología y 142/210(67,6%) gastroenterología.

En el análisis de intensificación según servicio se objetivó que en reumatología afectaba a 45/937(4,8%) tratamientos, 23/230(10%) en dermatología y 142/593(23,9%) en gastroenterología. Globalmente las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) aunque en el análisis entre grupos no lo fueron entre reumatología y dermatología; si entre digestivo y los otros dos. En el análisis por fármaco 86/727(11,8%) pautas estaban intensificadas en el grupo de ADA, 19/539(3,5%) en ETA y 105/494(21,3%) en INF. Globalmente las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) al igual que las diferencias entre grupos.

Conclusiones

En la población estudiada la frecuencia de optimizaciones es superior a la de intensificaciones, aunque el patrón es el contrario en el caso de gastroenterología que intensifica casi una cuarta parte de los pacientes. La mayoría de las optimizaciones se dan en el grupo de ETA mientras que la mayoría de intensificaciones se dan en el grupo tratado con INF; ADA presenta un comportamiento intermedio.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

951. EQUIVALENCIA DE DOSIS ENTRE INMUNOGLOBULINA INESPECÍFICA HUMANA INTRAVENOSA Y SUBCUTÁNEA

AUTORES

CENTELLES ORIA M, TARAZONA CASANY MV, PÉREZ HUERTAS P, MONTE BOQUET E, BELTRÁN GARCÍA I, PASCUAL JIMÉNEZ E, SOLANA ALTABELLA A, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FDO ARIL MATORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La terapia con inmunoglobulinas inespecíficas humanas constituye una herramienta fundamental en el tratamiento de inmunodeficiencias primarias y secundarias. Las nuevas presentaciones de inmunoglobulinas para administración por vía subcutánea (IgSC) han demostrado una eficacia similar a la terapia intravenosa (IgIV) pero con mejores resultados en calidad de vida, por lo que para determinados pacientes puede ser adecuado el cambio de IgIV a IgSC.

Las guías de práctica clínica americana recomiendan un ajuste de dosis de 1,37:1 (IgSC: IgIV) mientras que las europeas recomiendan el paso a IgSC con la misma dosis de IgIV, es decir en proporción 1:1. En la práctica clínica se ha visto que con dosis menores de IgSC se alcanzan niveles terapéuticos de inmunoglobulinas en sangre.

Nuestro objetivo fue evaluar la equivalencia de dosis utilizada de IgIV frente a la IgSC. El objetivo secundario fue comparar los costes directos de la terapia intravenosa frente a la subcutánea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes que han estado en tratamiento con IgSC 20% desde marzo de 2013 a abril de 2018. Se seleccionaron solo aquellos pacientes con dosis estable de IgSC (con más de dos dispensaciones con la misma dosis) y que hubieran recibido previamente tratamiento con IgIV.

Se recogieron datos antropométricos, clínicos, la dosis previa al cambio de IgIV y la dosis final de IgSC (ambas estandarizadas en gramos/día) y los costes de las presentaciones dispensadas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación ambulatoria.

Las relaciones entre la IgIV y IgSC se analizaron mediante una prueba t de Student y una regresión lineal simple utilizando Gstat 2.0.1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 51 pacientes en tratamiento con IgSC, se incluyeron 30. De ellos un 56,6% fueron mujeres y tuvieron una edad media de 32 años (DE 18,5). En 21 pacientes (70%) constaba como diagnóstico principal algún tipo de inmunodeficiencia primaria, siendo mayoritario el diagnóstico de inmunodeficiencia variable común (46,6% del total).

En un 13,3% de los cambios se cumplieron las recomendaciones de las guías europeas (1:1), en un 20% se utilizaron las recomendaciones americanas (1,37:1) y en el 66,7% de los cambios se recibió una dosis de IgSC menor a la recomendada en ambas guías debido a la adecuación de los niveles de inmunoglobulinas en sangre.

La dosis media de IgIV previa fue superior a la IgSC (1,2955 g/día vs 1,0024 g/día), aunque no resultó estadísticamente significativa ($p=0,2619$). La ecuación obtenida de la regresión lineal para medir la equivalencia entre IgIV y IgSC fue: $IgSC = 0,3297 + (0,5192 \times IgIV)$ (coeficiente de correlación $r=0,9335$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el coste medio (€/g/día) del tratamiento con IgIV y el de IgSC de (43€ vs 44€; $p=0,7851$)

Las dosis necesarias de IgSC que se han requerido para alcanzar niveles adecuados de inmunoglobulinas han sido menores respecto a las que se utilizaban por vía IV. Aunque los costes directos de ambas presentaciones son similares, se espera que el cambio suponga un ahorro destacado en costes indirectos asociados a la administración.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

962. EFICACIA DE UNA PAUTA REDUCIDA DE SECUKINUMAB EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS

AUTORES

MUÑOZ BURGOS M, SORIANO MARTÍNEZ M, BÁEZ GUTIÉRREZ N, GARCÍA-AVELLO FERNÁNDEZ-CUETO A, HERRERA HIDALGO L, GUIADO GIL AB, MEJÍAS TRUEBA M, RODRÍGUEZ RAMALLO H
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. CALLE MANUEL SIUROT S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Secukinumab ha demostrado ser un fármaco eficaz en el tratamiento de la psoriasis tanto en pacientes naive como pretratados. La dosis recomendada según ficha técnica es 300mg en la semana 0,1,2,3 y luego mensualmente, comenzando en la semana 4, durante la fase de mantenimiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de una

pauta reducida de Secukinumab consistente en la administración de 150mg al mes en pacientes afectados de psoriasis naive o que habían fracasado a otros tratamientos biológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos con psoriasis en placa moderada, moderada-grave o grave en tratamiento con Secukinumab mensual hasta marzo de 2018. A partir de la historia clínica (Diraya®) y farmacoterapéutica (APD athos®) se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, PASI (Índice de gravedad y extensión de la psoriasis) inicial y final, BSA (superficie corporal afectada) inicial y final, días en tratamiento con Secukinumab 150 mg mensual, si precisaron aumento de dosis o no (pasando a 300mg mensual), si eran pacientes naive o habían fracasado a otros tratamientos biológicos y, en este caso, fármacos a los que habían fracasado. La eficacia se evaluó siguiendo la evolución en cada una de las sucesivas consultas mediante las escalas de valoración de la gravedad de la psoriasis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron un total de 32 pacientes, un 56,25% (n=18) mujeres y un 43,75% (n=14) hombres, con una edad media de 48.3 años. El PASI inicial medio y el BSA inicial medio fueron 13.1 y 19.6 respectivamente. La media de días en tratamiento con Secukinumab 150mg mensual fue de 213.4 días (7.11 meses).

De los 32 pacientes estudiados:

-un 53,13% (n=17) eran naive y un 46,87% (n=15) habían sido pretratados: un 33,33% (n=5) de ellos había fracasado a un solo fármaco, un 53,33% (n=8) había fracasado a dos fármacos, un 6,66% (n=1) a tres fármacos y otro 6,66% (n=1) a cuatro fármacos. Estos tratamientos a los que los pacientes habían fracasado fueron, en orden decreciente de frecuencia: Etanercept (73,3%), Adalimumab (53,3%), Ustekinumab (40%) e Infliximab (20%).

-un 28,13% (n=9) se trató directamente con la pauta reducida de 150mg mensual, mientras que el 71,87% (n=23) restante iniciaron con una inducción, consistente en la administración de Secukinumab 150mg cada semana durante cinco semanas y posteriormente 150mg mensual.

-un 25% (n=8) precisó aumento de dosis a 300mg mensual. Por tanto, un 75% (n=24) de los pacientes se mantuvieron con pauta reducida de 150mg mensual con control de la enfermedad, siendo el PASI final y BSA final medios 2.6 y 3.7 respectivamente.

En conclusión, la pauta reducida de Secukinumab 150mg mensual se muestra como una alternativa eficaz tanto en pacientes naive como aquellos que han fracasado a otros tratamientos biológicos. No obstante, es necesario prolongar el seguimiento de estos pacientes para confirmar el efecto del fármaco con esta pauta a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

967. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL MEPOLIZUMAB

AUTORES

GARCÍA SACRISTÁN AA, FERNÁNDEZ-CORADA SANCHEZ A, MARTÍNEZ CAMACHO M, RODRIGUEZ JIMENEZ E, QUIROS AMBEL H, DOMINGUEZ BARAHONA A, GONZÁLEZ SUÁREZ S, MOYA GOMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVDA. BARBER, 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica (AE) así como analizar los casos individualizados reportados de sospechas a reacciones adversas-(ICSRs) al mepolizumab hasta el momento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado de Enero 2017-Abril 2018. Se incluyeron pacientes con AE tratados con mepolizumab que llevaban ≥ 12 semanas en tratamiento.

VARIABLES recogidas: sexo, edad, tiempo de tratamiento con mepolizumab, años desde el diagnóstico del asma, respuesta clínica adecuada (RCA), ingresos hospitalarios por asma durante el tratamiento, tratamiento previo con omalizumab, aparición de efectos adversos (EA) debidos a mepolizumab, valor de eosinófilos basales y a las 12 semanas tras inicio del tratamiento y valores de espirometrías (volumen espiratorio forzado-FEV1, capacidad vital forzada-FVC, FEV1/FVC) basales y a las 12 semanas tras el inicio del tratamiento.

Se define RCA a la reducción de $\geq 50\%$ en las exacerbaciones de asma, que requieren corticoides sistémicos o una reducción clínicamente significativa en el uso continuo de corticoides orales manteniendo o mejorando el control del asma.

Los ICSRs a mepolizumab se extrajeron de la base de datos mundial de Uppsala Monitoring Centre - Vigilyze. Recogimos tanto el número, sexo sobre el que era reportado el ICSR y tipo de EA sospechado.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v.21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 13 pacientes; 6 (46%) hombres. La mediana de edad fue de 63 años (44-79) y la mediana de tratamiento fue de 11 meses (4-13). La mediana de años desde el diagnóstico del asma fue de 12 años (5-13). Obtuvieron una RCA 9 pacientes (69%), 1 mantuvo el control del asma (7%) y 3 no alcanzaron una RCA (23%). Además, 10 pacientes (76%) no sufrieron ingresos hospitalarios por asma durante el tratamiento. Habían recibido tratamiento previo con omalizumab 5 (38%) pacientes y en cuanto a las RA, sólo 1 paciente presentó infección respiratoria asociada a mepolizumab.

El nivel medio de eosinófilos basales en sangre fue de $0,54 \pm 0,33 \times 10^3 \mu/L$ y a las 12 semanas de $0,11 \pm 0,12 \times 10^3 \mu/L$ ($p < 0,01$). El valor medio de FEV1 basal fue de $1,76 \pm 0,78 \text{ ml} \times 10^3$ y a las 12 semanas de $1,75 \pm 0,98 \text{ ml} \times 10^3$ ($p=0,25$). El valor medio de FVC basal fue de $2,61 \pm 0,1 \text{ ml} \times 10^3$ y a las 12 semanas de $2,53 \pm 1,18 \text{ ml} \times 10^3$ ($p=0,23$). El nivel medio de FEV1/FVC basal fue de $79,06 \pm 11,33 \%$ y a las 12 semanas de $75,49 \pm 14,60 \%$ ($p=0,26$).



Hasta el momento se reportaron un total de 1690 ICSRs a mepolizumab en Vigilyze. El 72% (1214) de las ICSRs fueron de pacientes mujeres. Todas los EA estaban ya recogidas en la ficha técnica del fármaco, siendo las más reportadas: dolor de cabeza (9,94%), seguido de disnea (9.70%), fatiga (7,04%), dolor de espalda (4,8%) y artralgia (4,1%).

El mepolizumab ha sido bien tolerado en nuestros pacientes y la mayoría de ellos han tenido buena respuesta al tratamiento. Además todas los ICSRs hasta el momento con este fármaco no son distintas a las ya vistas en los estudios previos con este fármaco.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

975. HIPERCOLESTEROLEMIA EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON BARICITINIB

AUTORES

MUÑOZ BURGOS M, MARTÍNEZ TURRIÓN J, SORIANO MARTÍNEZ M, BÁEZ GUTIÉRREZ N, GUIADO GIL AB, HERRERA HIDALGO L, RODRÍGUEZ RAMALLO H, MEJÍAS TRUEBA M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. CALLE MANUEL SIUROT S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar el efecto del tratamiento con Baricitinib sobre los valores de colesterol total en pacientes con artritis reumatoide. También se estudian otros posibles factores que modulan este efecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos afectados de artritis reumatoide que iniciaron tratamiento con Baricitinib entre octubre-2017 y febrero-2018. A partir de la historia clínica (Diraya®) y farmacoterapéutica (APD athos®) se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, fecha de inicio de tratamiento con Baricitinib, dosis de Baricitinib (2 o 4 mg), último valor analítico de colesterol total previo al inicio del tratamiento con Baricitinib y valor de la primera analítica posterior, con fecha de ambas analíticas.

Los valores de colesterol previos y posteriores al inicio de baricitinib se compararon mediante la T de Student para muestras apareadas. Tras ello se estudió en qué medida afectaban los valores iniciales de colesterol a la variación del mismo una vez iniciado tratamiento mediante un análisis de regresión lineal. Por último, también se comparó el efecto de las distintas dosis del fármaco sobre el colesterol mediante la T de Student. Para confirmar la normalidad de los datos de colesterol plasmático se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS Statistic version 23®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron un total de 35 pacientes, un 74.3% (n=26) mujeres y un 25.7% (n=9) hombres, con una edad media de 52 ± 13 años. Del total, un 22.9% (n=8) de pacientes se excluyeron por no disponer de datos analíticos. El análisis estadístico se realizó sobre el 77.1% (n=27) restante. Los valores medios de colesterol total antes y después de iniciar el baricitinib fueron respectivamente: 182, 15 mg/dL (SD: 32,86) y 206.23 mg/dL (SD: 47,15). Por tanto, se observa un aumento estadísticamente significativo en los valores de colesterol total de 24.07 mg/dL (T de Student para muestras apareadas, p=0,05).

Por otra parte, la variación en los niveles de colesterol no se ve influido por los niveles de colesterol previos que presente el paciente (calculado mediante regresión lineal, R= -0,164).

Por último, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las dosis de 2 y 4 mg, que provocan unas variaciones de colesterol total de: 36,64 mg/dL (SD: 46,57) y 7,08 mg/dL (SD: 20,55), estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p = 0,04). Estos datos son contrarios a lo reflejado en la ficha técnica del medicamento, que señala que el efecto es dosis-dependiente. Sería necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes para esclarecer la influencia real de la dosis recibida y el incremento de los valores de colesterol.

En conclusión, el tratamiento con Baricitinib ha provocado una elevación del colesterol total de 24,07 mg/dL en nuestros pacientes. Este incremento no depende de los valores iniciales de colesterol de los pacientes, por lo que sería conveniente monitorizar este parámetro en todos los pacientes que reciban baricitinib, y especialmente en aquellos con elevado riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

979. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN PSORIASIS

AUTORES

ORTEGA GARCIA MP, MERINO MARTIN V, PÉREZ GARCIA R, TOLEDO GUASP I, SANFELIU GARCIA J, LÓPEZ CARRASCO A, DEL RIO SAN CRISTOBAL R, BLASCO SEGURA P
HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA. AV. TRES CRUCES, 2. VALENCIA

OBJETIVOS

Apremilast es un fármaco oral indicado en psoriasis y artritis psoriásica. Es un inhibidor de la fosfodiesterasa-4 que produce una reducción de la expresión de mediadores proinflamatorios y un aumento en la expresión de mediadores antiinflamatorios. Las ventajas potenciales del apremilast incluyen una actividad moderada para la psoriasis y la artritis psoriásica, la eficacia en formas de psoriasis difíciles de tratar, un buen perfil de seguridad, no necesidad de pre-screening o monitorización continua de parámetros de laboratorio, un efecto de pérdida de peso potencialmente ventajoso y una administración y dosificación oral conveniente. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad y la seguridad del apremilast en la psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de todas las prescripciones de apremilast en psoriasis en un hospital general desde mayo de 2016 hasta diciembre de 2017. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y el registro informático de las dispensaciones. Se recogieron datos demográficos, terapias previas, PASI basal, duración del tratamiento, PASI a los 4-6 meses o al final del tratamiento o final del estudio (15/4/18) y efectos adversos (AE). El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS 20® (mediana, rango intercuartil, porcentajes, Kaplan-Meier, Wilcoxon).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

24 pacientes, 16 (66,7%) hombres y 8 (33,3%) mujeres con una mediana de edad de 48 (20,5) años. 12 (50%) habían recibido previamente tratamiento con metotrexato o ciclosporina, 5 (20,8%) habían hecho fototerapia y 3 (12,5%) habían llevado al menos 1 biológico. En el momento de iniciar el apremilast 20 (83,3%) estaban en tratamiento con corticoides tópicos y 1 con corticoide sistémico. Al finalizar el estudio, 19 (79%) de los pacientes habían suspendido el tratamiento, principalmente por pérdida de efectividad (13, 68%), 3 pacientes suspendieron por efectos adversos y 3 abandonaron voluntariamente. La mediana de supervivencia del tratamiento ha sido 6,3 meses (IC95% 4,1-8,5). De manera global la reducción del PASI al final del tratamiento o del estudio no fue significativa (de 5,5 (4,3) a 4,5 (4,8), reducción del 9% (52,4%) $p=0,074$). Los pacientes que continúan en tratamiento tienen una mediana de duración de 24,5 (17,5) meses y al finalizar el estudio habían reducido el PASI un 86 (22) % (de 7,6 (8) a 1 (1,5)). La aparición de efectos adversos es frecuente, 16 (67%) pacientes. Sobretudo náuseas/diarrea (11), dolor de cabeza (3), pérdida de peso/apetito (4), alteraciones del estado de ánimo (2). 2 pacientes suspendieron por náuseas y diarreas (uno además tuvo mareos y pérdida de apetito) y otro suspendió por cefalea y temblor intencional, además de diarrea. Sólo un paciente fue no adherente al tratamiento.

Conclusiones

La efectividad en nuestro estudio es baja, 21% de respuesta con un 68% de retiradas por pérdida de efectividad. La mediana de supervivencia del tratamiento apenas alcanza los 6 meses. El 67% de los pacientes tuvo EA las primeras semanas de tratamiento y 3 pacientes suspendieron por ellos. Apremilast no ha sido tan efectivo como esperábamos en pacientes con psoriasis leve a moderada.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

994. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

AUTORES

COLOMER AGUILAR C, MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, POLACHE VENGUD J, FUSTER RUIZ DE APODACA R, BERNABEU CASTELLA S, CLIMENT BALLESTER S, BOADA HERNÁNDEZ JM, RAYMUNDO PIÑERO A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. CALLE PINTOR BAEZA. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento con dupilumab (anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de IL-4 e IL-13) en pacientes con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional desde noviembre 2017 hasta abril 2018. La población estudiada fueron todos los pacientes con DA de moderada a grave tratados con dupilumab durante un periodo mínimo de 16 semanas.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento con dupilumab, tratamiento con glucocorticoides (oral y tópico), reacciones adversas (RA), adherencia.

Para medir la respuesta al tratamiento se utilizaron las siguientes escalas: EASI: extensión y gravedad del eccema; DLQI: calidad de vida subjetiva; SCORAD: extensión e intensidad del eccema, y síntomas subjetivos; Escala de Valoración Numérica del prurito (NRS prurito).

La efectividad se midió principalmente por medio de la proporción de pacientes que alcanzaron una reducción del 75% del EASI basal medido a las 16 semanas (EASI-75).

Dupilumab se gestionó mediante procedimiento de acceso expandido a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

La información se obtuvo de la historia clínica y farmacoterapéutica a través de Abucasis (Sistema de Información Sanitario en Atención Ambulatoria) y Farmasyst® (módulo de dispensación individualizada), y la entrevista con los pacientes en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes (6 hombres y 1 mujer) con una mediana de edad de 37 años (19-48), diagnosticados de DA estadio moderado o grave. Todos los pacientes llevaban tratamiento con glucocorticoides tópicos y 2 de ellos además con glucocorticoides orales a dosis altas.

Los pacientes recibieron una dosis inicial de 600 mg dupilumab vía subcutánea seguido de una pauta posológica de 300 mg cada 14 días.

A la semana 16, el 57,1% de los pacientes alcanzó el EASI-75. El 85,7% consiguió una reducción \geq a 4 puntos en el DLQI. El 42,8% consiguió una reducción \geq a 4 puntos en la NRS prurito. El cambio medio en porcentaje de SCORAD respecto al basal fue de 56,4%.



Entre los efectos adversos destacaron los trastornos oculares en 5 pacientes (71,4%): 2 presentaron conjuntivitis, 2 prurito ocular y 1 blefaritis. En un paciente se produjo infección respiratoria y hubo un caso de herpes genital. Ningún paciente tuvo reacciones adversas locales tras la administración subcutánea de dupilumab.

Todos los pacientes pudieron disminuir el uso tópico de glucocorticoides y aquellos en tratamiento oral con glucocorticoides pudieron reducir la dosis.

La adherencia al tratamiento fue del 100% en todos los pacientes.

Conclusiones

El tratamiento con dupilumab consiguió una mejora considerable de la calidad de vida de los pacientes gracias al control de los síntomas más limitantes como son el prurito y la dificultad para conciliar el sueño.

El fármaco fue bien tolerado siendo los trastornos oculares los efectos adversos más frecuentes.

El perfil de efectividad y seguridad de dupilumab fue similar a lo recogido en los ensayos clínicos pivotaes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1016. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PCSK9. USO CONCOMITANTE DE ESTATINAS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

AUTORES

CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, SORIA SOTO M, MARTINEZ RODRIGUEZ T, MEROÑO SAURA MA, PASCUAL BARRIGA M, NAJERA PEREZ MD, PLAZA ANIORTE J

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVENIDA MARQUÉS DE LOS VÉLEZ, SN. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de los pacientes en tratamiento con alirocumab y evolocumab y la adecuación al Informe posicionamiento terapéutico (IPT).

Realizar seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, asegurar la adherencia, y optimizar las medidas de dieta y estilo de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes que iniciaron alirocumab y evolocumab desde abril 2017 hasta la actualidad. Variables: demográficas, enfermedad cardiovascular establecida, diabetes, hipertensión arterial (HTA) y perfil lipídico (cLDL, cHDL, cTotal, TG) e IMC.

Se realizó entrevista clínica y se registró el tratamiento hipolímico previo y concomitante, adherencia al tratamiento y medidas higiénico-dietéticas (dieta, ejercicio físico y hábito tabáquico). Se evaluó la seguridad, recogiendo las reacciones adversas.

Los datos fueron tratados de manera confidencial realizando una evaluación trimestral y semestral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

18 pacientes con mediana de edad 58,11±6,58 años, 38% mujeres (7), 12(66%) con hipercolesterolemia familiar heterocigota y 6(33%) dislipemia mixta con enfermedad cardiovascular. Todos C-LDL>100mg/dl con dosis máxima de estatina tolerada, y 4(22%) intolerantes.

83% de los pacientes tenían enfermedad cardiovascular establecida, el 78% HTA, 39% obesidad (IMC > 30) y 39% diabetes. Medidas higiénico-dietéticas: 73% ejercicio, 93% dieta baja en grasa, 86% no fumadores.

Al inicio: 5 pacientes alirocumab 75mg/2semanas y 13 pacientes evolocumab 140mg/2semanas. Dos pacientes han requerido aumento de dosis de evolocumab a 420 mg/mes y dosis máxima 420mg/2semanas en el tercer mes y en el séptimo mes respectivamente por ineficacia y pérdida de efectividad. Dos pacientes han requerido aumento de alirocumab 150mg/2semanas por ineficacia.

Niveles medios de colesterol al inicio: CT: 238,8mg/dl; cLDL: 164,8mg/dl y cHDL: 48,2mg/dl. Tras 3 meses de tratamiento: CT: 61,4mg/dl; cLDL: 77,6mg/dl y cHDL 47,3mg/dl. Tras 6 meses: CT 152,5mg/dl; cLDL 78,6mg/dl y cHDL 45,7mg/dl. Estos datos suponen reducción del 32.4% y del 36.1% del nivel de CT a los tres y seis meses y de un 52% del cLDL a los tres meses que se mantiene al sexto mes.

Uso concomitante de estatinas: al inicio, 8 pacientes rosuvastatina, 5 atorvastatina, 1 pravastatina y 17 pacientes tenían prescrito ezetimiba (4 de ellos en monoterapia por intolerancia a estatinas). En la revisión trimestral, 20% y 37.5% de los pacientes con atorvastatina y rosuvastatina sufrieron una reducción de dosis y el 47% de los pacientes con ezetimiba la suspendieron. En la evaluación semestral un paciente requirió aumento de dosis de estatina e inició ezetimiba y otro paciente suspendió esta.

Dos pacientes (12%) suspendieron el anti PCSK9 por artralgias severas. Un paciente suspendió el tratamiento durante un mes por síntomas pseudogripales. Estos síntomas junto con la taquicardia fueron los principales efectos adversos mostrados (síndrome pseudogripal 20%, artralgias 12% y taquicardia 13%).

Este estudio pone de manifiesto el mantenimiento del descenso medio de cLDL y CT durante el seguimiento, aunque son necesarios más datos y un seguimiento prolongado.

El efecto adverso más frecuente fue el síndrome pseudogripal. Sólo dos pacientes suspendieron la medicación por efectos adversos.

En el primer trimestre aproximadamente la mitad de los pacientes redujeron la dosis de estatina y suspendieron ezetimiba, manteniéndose estos cambios a los 6 meses.

Como seguimiento farmacoterapéutico, resulta necesario insistir en los cambios en el estilo de vida mantenidos en el tiempo y la adherencia a la medicación para optimizar el beneficio clínico y la reducción del riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1031. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO EN PACIENTES DE HEMOFILIA A GRAVE CON FACTORES DE VIDA MEDIA EXTENDIDA****AUTORES**

LUCENA MARTINEZ P, ROMERO GARRIDO JA, MORENO PALOMINO M, BILBAO GOMEZ-MARTINO C, SOBRINO JIMENEZ C, JIMENEZ NUÑEZ C, ALVAREZ CRIADO J, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Pº DE LA CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Comparar el consumo de factor VIII en pacientes de Hemofilia A grave en profilaxis tras el cambio del tratamiento de factor VIII convencional a un factor de vida media extendida (efmoroctocog alfa).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes de hemofilia A grave en tratamiento profiláctico con efmoctocog alfa dispensado en el área de Hemofilia del Servicio de Farmacia hasta el 1 de abril de 2018. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad y peso), así como relacionados con el tratamiento: dosificación (UI/kg) y pauta de administración tanto del factor de vida media extendida como del factor convencional con el que estaban tratados previamente, registradas en la última dispensación de ambos. Por último, se calculó el consumo anual de ambos tipos de factor (UI/kg) y se comparó el consumo antes y después del cambio de tratamiento de factor convencional a factor de vida media extendida, teniendo en cuenta el peso de los pacientes registrado en la última dispensación. Los datos se obtuvieron del módulo de Hemofilia de la aplicación Farmatools® y de la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 10 pacientes, todos varones, con una mediana de edad de 10 años (6-35). La dosificación media del factor de semivida extendida fue de 48 UI/kg y la del factor convencional de 39 UI/kg. La pauta de administración del factor de vida media extendida fue de tres veces/semana en 7 pacientes, dos veces/semana en 3 pacientes y cada cinco días en un paciente; la pauta de administración del factor convencional previo en estos pacientes fue cada 48 horas en 6 pacientes y de tres veces/semana en 4 pacientes. El consumo anual medio calculado por paciente fue de 6.540 UI/kg para el tratamiento con factor de semivida extendida y de 6.848 UI/kg para el factor convencional. Teniendo en cuenta el peso de los pacientes registrado en la última dispensación, el tratamiento con efmoctocog alfa supondría un ahorro anual medio de 28.889 UI por paciente.

El cambio de factor VIII convencional a factor VIII de vida media extendida (efmoctocog alfa) supone un ahorro de factor en los pacientes de Hemofilia A grave en tratamiento profiláctico. A pesar de que la dosificación media de factor (UI/kg) es mayor con el tratamiento de factor de semivida extendida, este menor consumo se justifica por la reducción del número de infusiones de factor necesarias, lo que supone una mayor comodidad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1033. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN ADULTOS CON MIGRAÑA CRÓNICA****AUTORES**

CAVADA CARRANZA I, LÓPEZ MÉNDEZ P, IBÁÑEZ HERAS N, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, MARTÍNEZ MENÉNDEZ B, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM.12'5. MADRID

OBJETIVOS

El abordaje terapéutico de la migraña crónica (MC) distingue, el tratamiento agudo para los episodios de dolor y el tratamiento profiláctico. El protocolo de MC en nuestro hospital, ha incorporado la Toxina Botulínica tipo A (OnabotA) como tratamiento profiláctico administrada vía intramuscular siguiendo el paradigma de inyección indicado en ficha técnica. El objetivo es evaluar el perfil de efectividad y seguridad de la OnabotA en pacientes adultos con MC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de los pacientes adultos que recibieron tratamiento con OnabotA hasta Abril de 2018. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: sexo, edad de inicio del tratamiento, tratamiento profiláctico previo, número de ciclos recibidos, dosis de OnabotA, intervalo de administración, respuesta tras el segundo ciclo definida como una disminución significativa de los episodios de migraña y efectos adversos relacionados con la administración. Se excluyeron aquellos pacientes de los que no se disponían datos.

Para establecer la relación entre las diferentes variables y la respuesta al tratamiento se realizó un análisis univariante. Las variables cualitativas se analizaron con la prueba de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y las variables cuantitativas se analizaron con la prueba t de Student o la prueba U de Man-Whitney según se cumplieran o no criterios de normalidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron 61 pacientes (90,16% mujeres) con una edad media de 48,83±11,67 años al inicio del tratamiento, de los cuales, el 18% ha recibido una dosis inicial inferior a 150U.

Del total de pacientes, dos han recibido un único ciclo, uno debido a la falta de respuesta y aparición de efectos adversos no relacionados y otro por empeoramiento de los episodios de migraña. De los 59 pacientes restantes, en el 68,85% se objetiva una respuesta tras el segundo ciclo. De los 17 pacientes en los que no se observa respuesta tras el segundo ciclo, se continúa con la administración de OnabotA en 10 pacientes y solo 3 de ellos presentan respuesta en los siguientes ciclos.

El 19,67 % de los pacientes tratados eran refractarios a los fármacos profilácticos habitualmente usados en la prevención de la MC.



Con respecto a la respuesta, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en cuanto al sexo, edad de inicio, tratamiento profiláctico previo y dosis de OnabotA administrada.

El 27,11% de los pacientes ha presentado efectos adversos relacionados con la administración, destacando paresia y debilidad de la musculatura cervical (50%), paresia y debilidad de la musculatura frontal acompañada de asimetría de las cejas (25%) y problemas a nivel ocular como ptosis palpebral, paresia y sequedad ocular (18,75%). Como consecuencia de los efectos adversos, en 4 pacientes se ha tenido que disminuir la dosis.

OnabotA representa una opción terapéutica en aquellos pacientes que no responden adecuadamente o son intolerantes a la medicación profiláctica oral de la MC, observándose una disminución significativa de los episodios de migraña en un alto porcentaje de pacientes.

La ausencia de respuesta tras el segundo ciclo de OnabotA puede ser un factor predictivo de falta de respuesta al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1040. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DE LOS FÁRMACOS ANTIFIBROTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

AUTORES

COLLADOS ARROYO V, LÓPEZ ASPIROZ E, HERRANZ MUÑRZ C, SANCHEZ GIL C
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. AV. DE LOS REYES CATOLICOS, 21. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia y seguridad de los fármacos antifibróticos, pirfenidona y nintedanib, con indicación para el tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo por el que se analizan todos pacientes en tratamiento con fármacos antifibróticos en nuestro hospital desde el 2015. Se recogieron variables demográficas, antecedentes de los pacientes, fecha de inicio y finalización del tratamiento, causa de finalización del tratamiento, tratamiento habitual, reacciones adversas notificadas y pruebas de función pulmonar previas, al inicio del tratamiento y a los 12 meses del inicio. Las fuentes de información utilizadas fueron: historia clínica electrónica (CASIOPEA), programa de dispensación a pacientes externos (IMDH) y entrevista clínica con el paciente. La eficiencia se evaluó por la disminución de la Capacidad Vital Forzada (CVF) mayor del 10% en un periodo igual o inferior a 1 año. Se realizó el análisis estadístico de los datos utilizando el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo estudiado se incluyeron un total de 11 pacientes con una edad media de 71.65 años (59-86), (10 en tratamiento con pirfenidona, 1 con nintedanib y uno de los pacientes con pirfenidona se le cambió el tratamiento a nintedanib al mes del inicio). El 100% de los pacientes fueron hombres, 72% de ellos exfumadores, 36% tuvo exposición de riesgo y 36% estuvo en tratamiento con oxígeno domiciliario. La CVF media al inicio del tratamiento fue de 58.36%. La duración media del tratamiento fue de 13,89 meses (3-24,30). En 4 pacientes se suspendió el tratamiento: 1 paciente por falta de eficacia, 1 paciente por reacciones adversas, 1 paciente por abandono de la medicación y un paciente por exitus. De los pacientes que continuaron con el tratamiento se obtuvieron datos de CVF en 6 de ellos; en 1 paciente la disminución de la CVF fue mayor del 10% y en 5 pacientes no hubo variación en la CVF. En cuanto a la seguridad, se detectaron 17 efectos adversos (EA) en 7 pacientes (63%). Los principales EA reportados fueron: diarrea (18%), fotofobia (9%), dispepsia (36%), prurito (18%), hipertransaminasemia (18%), mareo (9%), mialgia (9%), exantema (9%), náuseas (9%), pérdida de peso extrema (más de 20kg) (9%) e infecciones del tracto respiratorio (9%). Se redujo la dosis en 4 pacientes y se suspendió el tratamiento en 1 de ellos.

Conclusiones

El tratamiento con fármacos antifibróticos ha demostrado estabilizar la variable espirométrica CVF en pacientes con FPI aunque presentan una elevada tasa de EA con la necesidad de ajuste posológico.

Los EA más frecuentes han sido alteraciones gastrointestinales.

Este trabajo muestra la necesidad de establecer un protocolo multidisciplinar que permita la evaluación del beneficio/riesgo de estos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1041. ANÁLISIS DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y TIEMPOS DE RESPUESTA EN ARTITIS REUMATOIDE

AUTORES

SANGRADOR PELLUZ C, PARDO PASTOR J, REYNER PARRA A, MORAL ANTER D, GARRETA FONTELLES G, GALLARDO BORGE S, MARTINEZ LÓPEZ LM, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA. PLAZA DOCTOR ROBERT. VALENCIA

OBJETIVOS

- Describir las terapias biológicas (TB) utilizadas en pacientes adultos diagnosticados de artritis reumatoide (AR) y naive para TB.

- Analizar el tiempo necesario para alcanzar remisión clínica (RC) con las distintas TB y el tiempo de persistencia con la TB una vez alcanzada la remisión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 12 años de duración (2005-2017) realizado en un hospital universitario de 450 camas.

Se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de AR y naive para TB. Se excluyeron aquellos pacientes de los que no se disponía registro de la efectividad de la TB.

A partir del programa de dispensación ambulatoria (Landtools®) y la historia clínica informatizada (HCIS®) se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, TB, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), fecha de inicio de TB, de RC y de finalización de tratamiento y motivos de finalización de tratamiento.

La variable de efectividad se definió como Disease Activity Score-28 (DAS28) inferior a 2,6 (según criterios de la European League Against Rheumatism) o bien anotación de RC en la historia clínica.

El tiempo hasta remisión se midió como el tiempo transcurrido desde el inicio de la TB hasta registro del primer DAS28 < 2,6 y/o notificación de RC.

La persistencia del fármaco se midió como el tiempo transcurrido desde que se alcanza la RC hasta finalización del tratamiento o fin de seguimiento del paciente.

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las variables categóricas. Para el análisis del tiempo hasta la RC y la persistencia de la TB se empleó un análisis de supervivencia tipo Kaplan-Meier (programa SPSS v.23).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 66 pacientes, 59/66 (89,4%) mujeres con edad media de 57,9±12,9 años. La TB de primera línea fue: etanercept 21/66 (31,8%), tocilizumab 15/66 (22,7%), abatacept 12/66 (18,2%), golimumab 7/66 (10,6%), adalimumab 4/66 (6,1%), certolizumab 4/66 (6,1%), infliximab 3/66 (4,5%). Los FAME utilizados fueron: metotrexate 60/66 (90,9%), leflunomida 46/66 (49,6%), hidroxicloroquina 17/66 (25,8%), salazopirina 8/66 (12,1%)

Se suspendió el tratamiento en 24/66 (36,4%) de los pacientes: 17/24 (70,8%) fracaso al tratamiento, 6/24 (25%) efectos adversos y 1/24 (4,2%) embarazo.

El tiempo medio hasta la RC medido en meses para cada fármaco fue: adalimumab (5,9±3,6), etanercept (4,4±0,9), certolizumab (4,6±0,9), tocilizumab (2,9±0,6), abatacept (3,5±0,5), golimumab (6,1±1,2), infliximab (6,1±2,6). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de fármaco y el tiempo hasta remisión clínica (log-rank test=7,79 p=0,25).

El tiempo medio de persistencia medido en meses para cada fármaco fue: adalimumab (32,9±11,5), etanercept (50,0±7,2), certolizumab (24,6±8,9), tocilizumab (57,1±7,6), abatacept (27,7±6,5), golimumab (42,0±6,6), infliximab (68,9±16,6). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de fármaco y el tiempo medio de persistencia (log-rank test=4,85 p=0,56).

Conclusiones

Etanercept es la TB más utilizada en primera línea en pacientes adultos diagnosticados de AR. Tocilizumab y abatacept son fármacos que presentan menor tiempo medio hasta la RC. Infliximab y tocilizumab son los que tienen un tiempo medio de persistencia más elevado. Sin embargo, en nuestro estudio no se demostró que el tipo de TB sea un factor que condicione los tiempos de RC y persistencia.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1053. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE BRONCODILADORES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y DOBLE BRONCODILATACIÓN.

AUTORES

DANI BEN ABDEL-LAH L, AGUILAR DEL VALLE E, MORA SANTIAGO MR, MOYA CARMONA I, SANCHEZ YAÑEZ E, FERNÁNDEZ OVIÉS JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA. CAMPUS TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de broncodilatadores en un Centro Sociosanitario (CSS) cuya prestación farmacéutica se gestiona desde el Servicio de Farmacia de un hospital universitario, y determinar el grado de adecuación de dicha prescripción al "procedimiento para la optimización terapéutica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tratamiento con doble broncodilatación", implementado por la comisión autonómica para la optimización y armonización farmacoterapéutica.

Identificar áreas de mejora que permitan optimizar la terapéutica del EPOC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo cuasi-experimental llevado a cabo en un CSS de 129 residentes. Se identificaron los pacientes con inhaladores broncodilatadores prescritos y analizaron: edad, sexo, diagnóstico, registro en el proceso asistencial integrado (PAI) de EPOC, tabaquismo activo, cumplimiento del programa de vacunaciones, grado de disnea (escala mMRC-Modificada del British Medical Research Council-), nº de cuadros de exacerbación en el último año que requirieron tratamiento con corticoides sistémicos o antibióticos, hospitalización por reagudización, y el tipo de broncodilatador prescrito inhalador agonista b-adrenérgico de duración prolongada (LABA), inhalador anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA) o LABA/LAMA, verificando la ausencia de duplicidades o redundancias. Estos datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del sistema de salud y de la aplicación de prescripción electrónica (PEA) de farmacia.

Se considera doble broncodilatación la asociación de inhaladores LABA y LAMA y sólo estaría justificada en una serie de supuestos: Grado de disnea ≥ 2 , FEV1 < 50%, o 2 o más cuadros de exacerbaciones en el último año que requirieran corticoides sistémicos o antibióticos u hospitalización por agudización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 30 residentes con broncodilatadores (26 varones) cuya edad media era de 73 años (R=62-87). Se excluyó un paciente por prescripción de inhalador anticolinérgico de acción corta (SAMA). El cumplimiento del calendario de vacunaciones fue del 63% (19/30). Catorce pacientes eran fumadores.

Tratamiento broncodilatador prescrito: LABA en el 16% de los pacientes, LAMA 10%, y la asociación de LABA y LAMA el 74%. Hubo redundancias en 4 de los pacientes, los cuales tenían prescrito LABA en dos dispositivos simultáneamente. Se informó de la duplicidad al prescriptor, y los inhaladores fueron suspendidos.

Veinticuatro de los pacientes tenían diagnóstico de EPOC (dos de ellos tenían además asma bronquial) de los cuales sólo 17 estaban registrados en el PAI de EPOC. Los restantes pacientes no EPOC, tenían diagnóstico de: rinitis crónica (1), enfisema (1), bronquitis (2), y dos pacientes en los que no se encontró diagnóstico específico.

Del total de los pacientes, independientemente del diagnóstico, no hubo doble broncodilatación en 8. De los pacientes que sí recibieron la asociación LABA/LAMA, estuvo justificada en el 73% de los casos (16/22).

De los 6 pacientes no EPOC solo hubo doble broncodilatación en tres pacientes. De entre los 24 pacientes EPOC hubo doble broncodilatación en 19 pacientes, en 4 de ellos no estaba justificada, y en los 15 restantes si se reunían los requisitos: 14 pacientes tuvieron más de dos exacerbaciones en el último año, tratadas con antibióticos y corticoides sistémicos, 8 pacientes presentaron grado de disnea > 2, y en un paciente el FEV1 era 49%.

Conclusiones

La adecuación de las prescripciones de broncodilatadores en el CSS al “procedimiento para la optimización terapéutica en EPOC” fue relativamente alto. En nuestra muestra se encontró un 16% de pacientes EPOC en los que la doble broncodilatación no estaba justificada, lo que supuso una oportunidad para consensuar el tratamiento con el neumólogo y adecuarlo para optimizar la terapéutica del EPOC.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1063. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB: REAL WORLD DATA A MEDIO PLAZO

AUTORES

MARIÑO MARTINEZ C, HERRERO MUÑOZ N, CURCIO RUIGÓMEZ A, ROMERO SÁNCHEZ M, SERRANO ANTOLÍN JM, MARRERO FRANCÉS J, GARCÍA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. CAMINO DEL MOLINO 2 28942. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad a medio plazo de los inhibidores de la Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin tipo 9 (inh-PCSK9) empleados en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar (HF) o hipercolesterolemia en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida. El objetivo secundario fue evaluar la seguridad de los inh-PCSK9.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo pre-post desde abril 2016 a abril 2018 en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron pacientes no respondedores a terapia hipolipemiente óptima (ezetimiba más estatina a dosis máxima tolerada) y pacientes intolerantes a estatinas o en los que las estatinas están contraindicadas y que hayan estado en tratamiento con inh-PCSK9 durante al menos tres meses.

La variable principal de efectividad fue la variación del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) entre el inicio del tratamiento y las tres mediciones analíticas siguientes. Las variables secundarias fueron las variaciones de colesterol total (CT) y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) y la aparición de eventos cardiovasculares. Como variable de seguridad, se monitorizó la aparición de efectos adversos (EA) asociados al tratamiento.

Se registraron sexo, edad, diagnóstico, intolerancia a estatinas, fármaco inh-PCSK9, duración de tratamiento y EA.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene®) y del módulo de dispensación a pacientes externos (Farmatools®).

La variación de c-LDL, CT y c-HDL fue analizada utilizando una función t-Student de datos relacionados en el programa SPSS 22.0®, previa comprobación de normalidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 35 pacientes, 14 mujeres (40%), de mediana de edad 60 años (38-80). Veinticuatro pacientes tenían diagnóstico de ECV, nueve de HF y dos de ambas patologías. Veinticinco pacientes presentaron intolerancia a estatinas. Evolocumab fue prescrito en seis pacientes, alirocumab 75 mg en 24 (de los cuales seis aumentaron a dosis de 150 por no consecución de objetivos terapéuticos) y alirocumab 150 mg en cinco (dos de los cuales sufrieron reducción de dosis, uno por disminución excesiva de c-LDL y otro por EA). La mediana de duración del tratamiento fue 43 semanas (15-106). La media de c-LDL pretratamiento fue 160,71 mg/dl ($\pm 42,80$). La disminución de c-LDL a los 5, 9 y 15 meses (media de las mediciones) fue 64,62 mg/dl (IC95%: 43,33-85,91; $p < 0,001$), 85,00 mg/dl (IC95%: 69,60-100,39; $p < 0,001$) y 70,33 mg/dl (IC95%: 14,43-126,23; $p=0,02$), respectivamente. La media de CT pretratamiento fue 239,73 mg/dl ($\pm 48,73$). La disminución de CT a los 5, 9 y 15 meses fue 65,23 mg/dl (IC95%: 41,84-88,62; $p < 0,001$), 88,40 mg/dl (IC95%: 71,30-105,50; $p < 0,001$) y 72,11 mg/dl (IC95%: 11,87-132,34; $p=0,025$). No hubo cambios estadísticamente significativos en el c-HDL. Ningún paciente ha sufrido un evento cardiovascular. El único EA relevante descrito fue dolor muscular.

Conclusiones

Nuestra experiencia presenta los inh-PCSK9 como fármacos efectivos y seguros a medio plazo. Sin embargo, el ligero aumento de los valores de LDL en el último periodo indica la necesidad de continuar con un seguimiento de la efectividad de estos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1095. REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR TRAS TRATAMIENTO CON EVOLOCUMAB****AUTORES**

GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, FERRERAS LOPEZ N, ORTEGA VALIN L, FLORES VERGARA GM, GARCIA DEL EGIDO A, ALVAREZ NUÑEZ N, MARTINEZ ALVAREZ E, RUANO DE LA TORRE R
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. C/ ALTOS DE NAVA, S/N, LEÓN. LEÓN

OBJETIVOS

La hipercolesterolemia familiar (HCF) cursa con un aumento de colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad (c-LDL). Estos pacientes tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que la población general, por este motivo se pretende valorar la reducción del riesgo cardiovascular atribuible al tratamiento con evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de HCF y tratados con evolocumab para aplicar la ecuación desarrollada a partir del registro español SAFEHEART (The SpAnish Familial HypErcHolEsterolaemia CohoRt Study) que estima el riesgo de eventos cardiovasculares a 5 y 10 años. Esta ecuación incluye parámetros como sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, antecedentes de enfermedad cardiovascular, valores de lipoproteína(a), hipertensión y c-LDL. Se realizaron los cálculos previos y posteriores al tratamiento, manteniendo constantes todos los parámetros a excepción del c-LDL, del cual se utilizaron los valores previos frente a los valores medios de las analíticas disponibles durante el tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron incluidos 29 pacientes (18 hombres /11mujeres) con una mediana de edad de 59,67años. El motivo de prescripción de evolocumab fue en 26 de ellos un control ineficaz de c-LDL con estatinas y en 4 pacientes por intolerancia a las mismas. Respecto a los parámetros revisados, la media de índice de masa corporal fue de 27,35; el 20,68%(n=6) de los pacientes eran fumadores activos, el 51,72%(n=15) hipertensos, el 48,27%(n=14) presentaron antecedentes de enfermedad cardiovascular y el 31,03%(n=9) presentaban un valor de Lipoproteína(a) > 50 mg/dL.

La distribución de pacientes en función de su valores de c-LDL previos al tratamiento con evolocumab fue: 55,17%(n=16) presentaban valores de c-LDL=100-149mg/dL(grupoA), 27,59% (n=8) c-LDL=150-200mg/dL(grupoB) y 17,24% (n=5) c-LDL > 200mg/dL(grupoC).

En toda la muestra la probabilidad de evento cardiovascular a 5 años y 10 años fue de 6,07%±5,93, y 12,17% ±11,25 antes de tratamiento, frente a 2,44%±2,89 y 5,05%±5,78 después del tratamiento(p < 0,001).

La media de riesgo cardiovascular a 5 y 10 años calculada en cada grupo fue:4,15% y 8,49%(grupoA); 9,05% y 17,90%(grupoB); 6,49% y 12,90%(grupoC); en todos los grupos se alcanzó la significación estadística (p < 0,05) excepto en los resultados a 5 años en el grupo C(p=0,053). LA reducción del riesgo tras tratamiento con evolocumab a 5 y 10 años fue del 44,58% y 56,30% (grupoA); 64,09% y 62,85%(grupoB); 78,01% y 76,74%(grupoC).

Conclusiones

El grupo de pacientes más amplio fue el que inicio el tratamiento con valores de c-LDL entre 100-150 mg/dL, el grupo que mayor riesgo presentaba de sufrir algún evento cardiovascular a 5-10 años fue el que iniciaba tratamiento con valores de c-LDL entre 150-200mg/dL y el grupo que obtuvo una mayor reducción del riesgo fue el que comenzó tratamiento con valores c-LDL > 200 mg/dL.

Evolocumab reduce significativamente el riesgo cardiovascular estimado a 5 y 10 años. Si bien es cierto que los resultados son alentadores, se ven limitados por la escasa muestra estudiada y restringidos a un cálculo teórico de riesgo cardiovascular. Existe una alta prevalencia de otros factores de riesgo cuyo abordaje se basa en modificaciones del estilo de vida, por lo que parece oportuno estudiar la aportación del fármaco en un contexto amplio de intervenciones multidimensionales.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1126. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y ADHERENCIA A LA TERAPIA CON ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB****AUTORES**

BLANCO CRESPO M, SÁNCHEZ DE CASTRO M, HORTA HERNÁNDEZ AM, ÁLVAREZ NONAY AL, BALAGUER RECENA J, MACHÍN LÁZARO JM, ÁLVAREZ DE FRUTOS V, TORRALBA DE SUSO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA. DONANTES DE SANGRE, S/N. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y adherencia (ADH) a la terapia con anticuerpos monoclonales (AcMo) anti-PCSK-9, en pacientes tratados durante al menos 12 meses en un Área de Atención Integrada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado desde Marzo 2016 hasta Marzo 2018. Se diseñó una aplicación web para el registro automático de los datos.

Los datos recogidos fueron: datos demográficos, servicio prescriptor, diagnóstico, fármaco prescrito, niveles de colesterol LDL (c-LDL) basal y en semana 12, aparición de efectos adversos y ADH al tratamiento según el registro de dispensaciones. Para la evaluación periódica de los resultados, se formó un comité multidisciplinar compuesto por facultativos de los servicios de Farmacia, Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología y Dirección Médica.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio, se han incluido 25 pacientes, 60% hombres con una mediana de edad de 57 años (RIC: 54-63).

Los servicios prescriptores fueron: Cardiología (80%), Medicina Interna (16%) y Endocrino (4%).

Las indicaciones del tratamiento fueron: Enfermedad cardiovascular (ECV) establecida con intolerancia o con contraindicación (I/C) a estatinas (68%), ECV establecida no controlada con dosis máximas de estatinas (20%), hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlada con dosis máximas de estatinas (4%), HFHe con I/C a estatinas (4%) e indicación fuera de ficha técnica (4%).

Los fármacos prescritos fueron: alirocumab 75mg (32%), alirocumab 150mg (32%), evolocumab (36%).

Se suspendieron 4 tratamientos por: aparición de efectos adversos (1), mala adherencia (1) y falta de respuesta (2).

La mediana de reducción de c-LDL a la semana 12 fue del 56% (RIC: 35-69%) con alirocumab 75 mg, 47% (RIC: 27-65%) con alirocumab 150 mg y 36% (RIC: 29-56%) con evolocumab ($p=0.518$).

Los pacientes en tratamiento con evolocumab presentaron una reducción media de c-LDL a las 12 semanas de tratamiento de un 43% frente a un 48% de los pacientes en tratamiento con alirocumab. Esta diferencia (5%) no fue estadísticamente significativa (IC 95%: -11,8% a 22,43%; $p=0.524$).

Se registraron efectos adversos en 1 paciente en tratamiento con alirocumab: alopecia, no descrito en la ficha técnica, que ha requerido la suspensión del fármaco hasta conocer su causalidad.

ADH > 95% fue observada en el 93% de los pacientes.

Conclusiones

Un alto porcentaje de AcMo anti-PCSK9 fueron indicados en pacientes con ECV con I/C a estatinas, siendo Cardiología el servicio más frecuente.

En este estudio no se han encontrado diferencias en la reducción c-LDL entre alirocumab y evolocumab.

La mayoría de pacientes presentaron una alta ADH y buena tolerancia al tratamiento.

Una limitación de este estudio es el pequeño tamaño muestral.

La formación de un comité multidisciplinar permite un adecuado seguimiento de estos tratamientos con alto impacto y prevalencia en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1133. EVALUACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

AUTORES

MONGE-ESCARTÍN . I, FERRÁNDEZ QUIRANTE O, PÉREZ GARCÍA C, GONZÁLEZ-COLOMINAS . E, LUQUE . S, DURAN JORDÀ X, ACÍN . P, GRAU . S

HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular de aproximadamente el doble respecto a la población general.

El tocilizumab (TCZ) es un fármaco biológico que actúa mediante inhibición de la IL-6 y su uso se ha asociado a elevaciones de parámetros lipídicos (colesterol total (CT), lipoproteínas de baja densidad (LDL), de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG)).

El objetivo es analizar la evolución del perfil lipídico, la necesidad de tratamiento con estatinas y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en una cohorte de pacientes con AR en tratamiento con TCZ durante 5 años (variable según recorrido de cada paciente).

El objetivo secundario es evaluar si existe relación entre el grado de actividad de la AR y el riesgo ECV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel en una cohorte de 40 pacientes con AR que iniciaron tratamiento con TCZ en algún momento entre Oct/2009 y Abr/2017.

Datos recogidos: demográficos; vía de administración (intravenosa/subcutánea).

De manera basal y a los 6 meses, 1, 2, 3 y 5 años (6-MESES, 1-AÑO, 2-AÑOS, 3-AÑOS y 5-AÑOS) desde el inicio del tratamiento con TCZ se recogieron: tratamiento con estatinas; parámetros lipídicos; riesgo ECV a los 10 años (%) (REGICOR); actividad de la AR mediante el Disease Activity Score 28 (DAS28).

Los parámetros lipídicos y el REGICOR se calcularon para aquellos pacientes que no habían iniciado estatinas.

Estadística: variables categóricas, n(%); variables cuantitativas, media \pm desviación estándar.

Se analizó si existían diferencias significativas en las variables entre cada momento temporal respecto al basal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 40 pacientes: 32(80%) mujeres; 53,5 \pm 12,2 años; 22(55%) administración intravenosa.

Número de pacientes en seguimiento: BASAL: 40; 6-MESES: 38; 1-AÑO: 34; 2-AÑOS: 31; 3-AÑOS: 31 y 5-AÑOS: 27.

CT: BASAL: 208,9 \pm 25,1; 6-MESES: 210,1 \pm 31,6; 1-AÑO: 218,6 \pm 27,2($p=0,025$); 2-AÑOS: 215,8 \pm 29,3($p=0,046$); 3-AÑOS: 206,4 \pm 35,6; 5-AÑOS: 212 \pm 22,0.

LDL: BASAL: 126,3 \pm 27,9; 6-MESES: 131,0 \pm 32,1; 1-AÑO: 138,4 \pm 27,1($p=0,002$); 2-AÑOS:136,2 \pm 27,0($p=0,007$); 3-AÑOS: 137,3 \pm 36,9; 5-AÑOS: 139,9 \pm 31,5($p=0,002$).

HDL: BASAL: 65,7 \pm 21,4; 6-MESES: 63,4 \pm 18,3; 1-AÑO: 61,3 \pm 18,7; 2-AÑOS: 63,3 \pm 16,0; 3-AÑOS: 58,1 \pm 16,0; 5-AÑOS: 61,1 \pm 20,4.



TG: BASAL: 124,3±48,2; 6-MESES: 128,0±115,5; 1-AÑO: 155,2±116,7; 2-AÑOS: 124,3±46,6; 3-AÑOS: 132,7±74,1; 5-AÑOS: 123,9±46,0.

REGICOR: BASAL: 3,5±2,4; 6-MESES: 3,9±4,2; 1-AÑO: 4,1±4,3; 2-AÑOS: 3,4±1,5; 3-AÑOS: 3,1 ±1,5; 5-AÑOS: 4,5±2,5.

DAS28: BASAL: 4,8±1,6; 6-MESES: 2,3±1,0(p < 0,001); 1-AÑO: 2,1±1,1(p < 0,001); 2-AÑOS: 1,8 ±0,8(p=0,001); 3-AÑOS: 1,8±0,7(p=0,001); 5-AÑOS: 1,9±0,7(p=0,012) .

Número de pacientes en tratamiento con estatinas en cada punto temporal (acumulativo): BASAL: 11/40(27,5%); 6-MESES: 16/38(42,1%); 17/34(50,0%); 18/31(58,1%); 18/31(58,1%); 19/27(70,4%).

No se observó correlación entre el DAS28 y el REGICOR en ningún momento temporal.

Conclusiones

El 20% de los pacientes requirieron iniciar tratamiento con estatinas durante el tratamiento con tocilizumab en algún momento.

Se observó un aumento significativo del colesterol total y del LDL al año de estar en tratamiento con tocilizumab en aquellos pacientes que no precisaron estatinas. Este aumento se mantuvo a los dos años.

A pesar de observarse un aumento significativo de estos parámetros lipídicos, el riesgo cardiovascular se mantuvo estable a lo largo del tiempo.

No se observó ninguna asociación entre una mayor actividad de la patología, medida por el DAS 28, y el riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1135. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDAD REUMÁTICA A TRAVÉS DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

RODRÍGUEZ SAMPER MC, MONTEAGUDO MARTÍNEZ N, FERNÁNDEZ MARCHANTE AI
HOSPITAL GENERAL DE VILLARROBLEDO. AVENIDA DE MIGUEL DE CERVANTES S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Desde nuestro centro, contamos con un Comité de Terapias Biológicas (CTB) de carácter multidisciplinar, integrado por Reumatología, Digestivo, Dermatología, Alergología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Dirección Médica. Es convocado de forma mensual, y en él se deciden inicios y cambios de terapia biológica (TB), así como el seguimiento de los pacientes valorados.

El objetivo es conocer el abordaje terapéutico de las TB desde el servicio de Reumatología a través de un CTB multidisciplinar, su adecuación a guías clínicas y características de pacientes valorados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo, donde se analizaron los pacientes valorados en el CTB por Reumatología de Marzo del 2017 a Marzo del 2018.

Se revisaron las actas pertenecientes a los comités convocados en dicho periodo, las historias clínicas de cada paciente a través de Mambrino XXI y el historial de dispensaciones de TB a través de Módulo de Gestión de Pacientes Externos de Farmatools®.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, número de pacientes naive, líneas de TB previas, cambios de diana terapéutica, tiempo transcurrido desde el inicio de la TB anterior, motivo del cambio y adecuación a guías clínicas EULAR.

Se descartaron pacientes con cambios en el dispositivo de administración y aquellos que habían interrumpido el tratamiento por intervención quirúrgica o deseo gestacional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio hubo 11 CTB convocados y se evaluaron 61 pacientes de Reumatología. El 52,4% (32/61) fueron mujeres y el 47,6% (29/61) hombres, con una mediana de edad de 44 años y un rango intercuartílico (RIQ) de 36-54 años.

El 57,4% (35/61) estaban diagnosticados de espondil artritis, 23% (14/61) de artritis reumatoide, 14,8% (9/61) de artritis psoriásica, 3,3% (2/61) de enfermedad de Behcet y un 1,5% (1/61) de lupus eritematoso sistémico.

El 49,2% (30/61) de ellos eran naive para TB, donde el 60% (18/30) inició con Etanercept, 26,7% (8/30) con Adalimumab y un 3,3% (1/30) con Golimumab, Rituximab, y Belimumab respectivamente.

El 50,8% (31/61) eran planteados para cambios de tratamiento, un 90,3% (28/31) de ellos por falta de efectividad y sólo en el 9,67% (3/31) por intolerancia. En dichos pacientes, el número de líneas de tratamiento eran de 1 (RIQ=1-2) en el momento de su valoración. El 96,7% (30/31) de estos pacientes habían sido tratados previamente con al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (antiTNF). En el 64,5% (20/31), el planteamiento era cambio de diana terapéutica. La sustitución de TB se producía después de una mediana de 7 (RIQ:5-12) meses sin alcanzar mejoría clínica tras el biológico anterior.

En la totalidad de los pacientes valorados, las decisiones tomadas desde CTB coincidían con las recomendaciones recogidas en cada una de la guías clínicas EULAR según diagnóstico.

Conclusiones

La existencia de un CTB multidisciplinar favorece un abordaje terapéutico más coste-efectivo de los tratamientos. En nuestro caso, pudimos comprobar que se seguían, en cada uno de los diagnósticos planteados, las recomendaciones recogidas en guías clínicas como las EULAR, valorando eficacia, seguridad y coste.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1139. ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE UNA ROTACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

AUTORES

SORIA SOTO M, CLAVIJOS BAUTISTA S, GÓMEZ GIL A, DE BÉJAR RIQUELME N, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, MEROÑO SAURA MA, DE GOROSTIZA FRÍAS I, NÁJERA PÉREZ MD
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUES DE LOS VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Cuantificación y análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante la rotación clínica de un farmacéutico en un servicio de medicina interna.

MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis de las intervenciones farmacéuticas se realizó de manera prospectiva en un estudio realizado durante la rotación de un residente de farmacia hospitalaria en el servicio de medicina interna a lo largo de 3 meses (Octubre 2017 - Diciembre 2017). Durante su horario laboral (lunes-viernes de 8 am – 3 pm) el farmacéutico acompañó a los facultativos en las visitas médicas y realizó entrevista y atención farmacéutica a los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna. Se recogieron las siguientes variables: Número de intervenciones, tipo de intervenciones y aceptación de las intervenciones por el médico prescriptor. Se consideraron intervenciones “aceptadas” las que generaron cambios en la prescripción, “no aceptadas” las que se rechazaron. Todas las intervenciones farmacéuticas se realizaron mediante comunicación oral directa con el médico o enfermero responsable del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 294 intervenciones sobre 74 pacientes ingresados en medicina interna (4 intervenciones farmacéuticas/paciente) en un total de 174 visitas médicas a esos pacientes (1,7 intervenciones/visita médica).

Las intervenciones se clasificaron de la siguiente manera: Consultas e información farmacoterapéutica (24%), ajuste de dosis por dosificación excesiva o insuficiente (15,5%), equivalente farmacoterapéutico e intercambio por medicamentos incluidos en la guía del hospital (14,9%), omisión de medicamento (10,1%), diferente dosis, pauta o frecuencia entre la medicación domiciliar y la prescrita en el ingreso (8,4%), indicación de iniciar un nuevo medicamento (4,7%), medicación que aportará el paciente (4,7%), orden médica o informe médico incompleto (3,7%), y otros (14%).

Un 71,4% de las intervenciones farmacéuticas supusieron cambios en la orden médica o en el informe médico de los pacientes considerándose dichas intervenciones aceptadas. El 25,2% de las intervenciones no requirieron cambios en la prescripción médica. Un 3,4% fueron rechazadas.

Conclusiones

El alto número de intervenciones realizadas en el momento de la prescripción muestra que la integración del farmacéutico en la unidad clínica de medicina interna facilita la detección, prevención y resolución errores relacionados con los medicamentos.

Más del 70% de las intervenciones farmacéuticas supusieron cambios en la orden médica de lo que puede deducirse que la figura del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar supone un valor añadido para la calidad asistencial y seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1144. IMPLEMENTATION OF A PATIENT-CENTERED MEDICINE-OPTIMIZATION STRATEGY IN AN ACUTE GERIATRIC UNIT: THE PHARMACIST IN THE GERIATRIC TEAM

AUTORES

GUTIÉRREZ VALENCIA M, CASTRESANA ELIZONDO M, MONFORTE GASQUE MP, AGULLÓ FENOL Á, ALDAVE COBO P, DE LA RIVA BOHIGAS R, SAROBE CARRICAS M, MARTÍNEZ-VELILLA N
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/ IRUNLARREA. NAVARRA

OBJETIVOS

Older patients admitted to acute geriatric units have a high level of polypharmacy and are especially vulnerable to adverse drug events. There is a need to apply specific interventions to address this problem, adapted to this setting and these patients' characteristics. The aim was to describe a new patient-centered medicine-optimization strategy in an Acute Geriatric Unit (AGU) and assess its effectiveness to reduce polypharmacy and improve medication appropriateness.

DISEÑO

A pharmacist-led medicine optimization strategy was proposed to be implemented in the AGU of a tertiary hospital. A medication history, a pharmacist clinical interview and a structured medication review within a Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) are the cornerstone of the proposed strategy. The pharmacist followed these steps: clinical semi-structured interview (up-to-date list of medications and self-medications, adherence, etc.); detailed medication history; medicine reconciliation; medication review of chronic treatment considering all information collected from CGA from geriatricians: after establish patient therapeutic goal and individual risks, a questionnaire was systematically performed, combined with STOPP-START criteria, and with a computerized decision support system; written report in the electronic patient record: information collected in the patient interview, drug related problems (DRPs) and proposed interventions as a pharmaceutical care plan; and patient information and advice when DRP were found at this level.

Differences in polypharmacy (≥ 5 chronic drugs), mean number of drugs, Drug Related Problems (DRPs) (adapted from Third Consensus of Granada) and STOPP/START criteria between admission and discharge were assessed. The Wilcoxon signed-rank test was used for the paired samples of quantitative variables, and the McNemar test was used for categorical variables.



CIRCUITO Y ETAPAS

The strategy was designed between the Geriatric team and a pharmacist with previous experience in older adults.

IMPLANTACIÓN

The strategy was implemented in October 2016, and here we present the results of the first 250 patients reviewed. The pharmacist performed the intervention within the first 48 hours after admission, and after an initial CGA, in working days.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

We prospectively reviewed 250 patients, of whom 16 died during hospitalization. Finally, 234 patients aged ≥ 75 years were assessed: the mean age was 87.6 years (SD=4.6), and 143 (61.1%) were women. The median number of chronic medications decreased from 9.5 (SD=3.9) to 8.1 (SD=4.1). 89.7% of the patients presented polypharmacy at admission, and 79.5% at discharge ($p < 0.001$). 78.6% of the patients presented STOPP criteria and 64.5% START criteria at admission, and 59.4% and 57.7% respectively at discharge ($p < 0.001$ for both). The mean number of DRPs decreased from 4.0 (SD=1.96) at admission to 1.4 (SD=1.37) at discharge, which is a mean difference of -2.7 DRPs per patient ($p < 0.001$). In conclusion, the proposed strategy can improve polypharmacy and medication appropriateness from a patient-centered approach and is a sample of how multidisciplinary teams can improve the care of elderly patients. A study with a control group would be needed to prove the possible benefits of this strategy in health outcomes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

This strategy is applicable in hospitals with geriatric units.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1148. EL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB DISMINUYE LAS EXACERBACIONES GRAVES EN PACIENTES CON ASMA ALÉRGICA

AUTORES

AMOR GARCÍA MÁ, GIMÉNEZ MANZORRO Á, AIS LARISGOITIA A, BLANCO SÁNCHEZ G, MELGAREJO ORTUÑO A, REVUELTA HERRERO JL, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR ESQUERDO 46. MADRID

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de omalizumab en el tratamiento del asma grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Incluyó pacientes con asma alérgica grave persistente, que iniciaron tratamiento con omalizumab, entre junio 2007 y enero 2017. El período de seguimiento comprendió hasta enero 2018.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso, nivel IgE al inicio del tratamiento, dosis al inicio, fecha de la primera y última dosis, tratamiento corticoideo concomitante, así como su dosis al inicio y al final del período de seguimiento.

Las variables fueron recogidas de la historia clínica y prescripción electrónica del aplicativo informático (Farhos®).

Para la efectividad se calculó la tasa media anual de exacerbaciones graves (EG) por paciente (agudización de la enfermedad asmática que requiera utilización de corticoides a dosis altas o aumento de la dosis de mantenimiento del mismo durante al menos 3 días, visita a urgencias u hospitalización), en el año previo y en el posterior al inicio de tratamiento con omalizumab. También se calculó la tasa media anual de EG que precisaron visita a urgencias y la de EG que precisaron hospitalización. Se valoraron las reducciones y suspensiones del tratamiento corticoideo concomitante. Se registraron los efectos adversos (EA) ocurridos durante todo el período de seguimiento.

Las frecuencias se presentan en número absoluto y porcentaje (%). Las variables continuas se expresan como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 50 pacientes, de los que 35 (70,0%) eran mujeres. La mediana de edad fue 45 años (36,3 años). La IgE mediana al inicio fue 365 KU/L (547,5 KU/L) y la dosis media 404,0 mg (239,0 mg).

La duración mediana del tratamiento fue 3 años (3,4 años). Las EG se redujeron de 4,20/paciente en el año previo al inicio de omalizumab a 1,00/paciente en el año posterior ($p < 0,001$). Las EG que precisaron visitas a urgencias se redujeron de 1,65/paciente/año a 0,24/paciente/año ($p < 0,001$), mientras que las que precisaron hospitalización de 0,33/paciente/año a 0,06/paciente/año ($p=0,007$). 19 pacientes (38,0%) estaban en tratamiento corticoideo al inicio, de los cuales 3 (6,0%) experimentaron una reducción de dosis y 8 (16,0%) suspendieron el fármaco. Además, 18 pacientes (36,0%) suspendieron el tratamiento con omalizumab, de los cuales 9 (18,0%) estaban asintomáticos y no necesitaban tratamiento antiasmático concomitante.

3 pacientes (6,0%) experimentaron reacción en el lugar de la inyección, 2 (4,0%) sensación de mareo y 3 (6,0%) pirosis. Ningún paciente suspendió el tratamiento por EA.

Omalizumab parece haber sido efectivo en el tratamiento del asma grave persistente de nuestra cohorte, ya que hubo menor número de EG por paciente después de un año de tratamiento, mientras que algunos pacientes redujeron las dosis de corticoides concomitantes o los suspendieron. Los principales EA fueron reacción en el lugar de la inyección, sensación de mareo y pirosis, ninguno de ellos grave.



CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1158. DEPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

AUTORES

GUTIÉRREZ VALENCIA M, MONFORTE GASQUE MP, CASTRESANA ELIZONDO M, DE LA RIVA BOHIGAS R, ALDAVE COBO P, AGULLÓ FENOLL Á, SAROBE CARRICAS M, MARTÍNEZ-VELILLA N
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/ IRUNLARREA. NAVARRA

OBJETIVOS

Las estatinas son fármacos fundamentales en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la evidencia de su beneficio en pacientes de edad avanzada es escasa y en ocasiones contradictoria, y pueden tener importantes eventos adversos e interacciones en pacientes polimedicados, por lo que su uso es controvertido. El objetivo es analizar el uso de estatinas en pacientes mayores de 75 años que ingresan a un servicio de geriatría, los casos en que se retira y las posibles consecuencias negativas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se evaluó la medicación de 250 pacientes que ingresaron de forma consecutiva en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) de un hospital terciario desde octubre de 2016. Se revisó la medicación conjuntamente entre un farmacéutico y el geriatra responsable, valorando la idoneidad del consumo de estatinas y la posibilidad de deprescribirlas (suspensión o reducción de dosis) teniendo en cuenta todas las características del paciente tras una Valoración Geriátrica Integral (incluyendo antecedentes, indicación, interacciones, efectos adversos, coherencia con el objetivo terapéutico, adherencia, etc.). Se registró el consumo de estatinas al ingreso y al alta hospitalaria, los antecedentes y los eventos cardiovasculares tras el ingreso durante un año de seguimiento o hasta fallecimiento o reintroducción de estatina (según historia clínica, registro de hospitalización, atención en urgencias o atención especializada).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La edad media de los 250 pacientes fue de 87,6 años (DE=4,6), y 150 (60,0%) eran mujeres. Del total, 70 pacientes (28,0%) consumían estatinas al ingreso. La edad media de éstos era de 86,9 años (DE=4,3), 35 (50,0%) eran mujeres y la media del Índice de Charlson ajustado a edad fue de 7,9 (DE=1,8). La media de colesterol total fue de 132,0 mg/dL (DE=49,3); 54 (77,1%) tenían antecedentes de dislipemia, 32 (45,7%) de enfermedad vascular (EV) coronaria, 25 (35,7%) de EV cerebral y 14 (20,0%) de EV periférica. En total 49 pacientes (70,0%) tenían antecedentes de EV (prevención secundaria). 5 pacientes consumidores de estatinas (7,1%) fallecieron durante el ingreso. De los 65 restantes al alta se suspendieron las estatinas en 33 pacientes (50,8%), se redujo la dosis en 7 pacientes (10,8%), se aumentó la dosis en uno (1,5%) y se continuó igual en 24 (36,9%). Durante el año de seguimiento fallecieron 14 pacientes a los que se había retirado o reducido la estatina y en 3 se reintrodujo (por otro prescriptor). El tiempo medio de seguimiento fue de 8,8 meses (DE=4,7). Se registró durante el seguimiento solo un caso (1,5%) de evento cardiovascular (infarto no Q no complicado) en un paciente de 82 años a quien se había retirado estatina por colesterolemia de 72 mg/dL con atorvastatina 60 mg.

La deprescripción de estatinas es una estrategia viable en más de la mitad de los pacientes mayores que ingresan en una UGA, con una seguridad aceptable a medio plazo. La participación del farmacéutico en equipos multidisciplinares especializados como los de una UGA puede ser una oportunidad para contribuir a una deprescripción razonada que contribuya a un uso adecuado de medicamentos en pacientes mayores.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1159. VEDOLIZUMAB: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

PINILLA RELLO A, VICENTE ITURBE C, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, CASAJÚS NAVASAL A, PEREIRA BLANCO O, ARIAS SÁNCHEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Conocer el perfil de efectividad y seguridad de Vedolizumab en enfermedad inflamatoria intestinal en la práctica clínica habitual de un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes tratados con Vedolizumab desde su autorización, junio 2014, hasta abril 2018. Fuentes de datos: historia clínica y programa informático OncoWin®. Variables analizadas: sexo, edad al inicio de vedolizumab, diagnóstico, tiempo en tratamiento, necesidad de dosis adicional en la semana 10, fracaso primario (definido como ausencia de respuesta, incluida parcial, en la semana 16. Entendiendo como respuesta los criterios recogidos en las Guías ECCO), fracaso secundario (definido como pérdida de respuesta en pacientes previamente respondedores) y semana de tratamiento en la que se produce, necesidad de intensificación e intervalo de la misma y efectos adversos detectados. Se excluyeron aquellos pacientes que no alcanzaron al menos 10 semanas de tratamiento, por la imposibilidad de valorar efectividad. Estudio estadístico: IBM SPSS Statistics 22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

27 pacientes recibieron Vedolizumab, 5 se excluyeron por no alcanzar 10 semanas de tratamiento. Se estudiaron 22 pacientes, 10 (45,5%) con Colitis Ulcerosa (CU), 5 (22,7%) hombres y 5 (22,7%) mujeres; y 12 (54,5%) con Enfermedad de Crohn (EC), 6 (27,2%) hombres y 6 (27,2%) mujeres.

La edad media al inicio del tratamiento fue de 42 años en ambas patologías, con un rango 20-71 en CU y 15-77 en EC. El tiempo medio en tratamiento fue de 57 semanas (14-112) en CU y 39 (21-87) en EC. Necesitaron dosis adicional en semana 10, 5 (22,7%) pacientes con CU que continúan en tratamiento actualmente, y 2 (9,1%) con EC, 1 respondió y continúa con Vedolizumab y el otro no respondió cambiando a Ustekinumab. Únicamente presentó fracaso primario 1 (4,5%) paciente con CU, que actualmente está sin tratamiento. Presentaron fracaso secundario, 2 (9,1%) pacientes con CU, 1 en la semana 38 que cambió a Ustekinumab y el otro intensificó en la semana 91 acortando el intervalo a 6 semanas, obtuvo respuesta y continúa con Vedolizumab. En EC 5 pacientes (22,7%) presentaron fracaso secundario, en una media de 45 semanas (22-87), de éstos 2 (40%) intensificaron en la semana 30 y 62 respectivamente, acortando el intervalo en 4 y 6 semanas cada uno. En ambos casos no hubo respuesta, y se cambió a Tofacitinib y Ustekinumab respectivamente. En el resto de pacientes de EC, se cambió a Ustekinumab. Ningún paciente con fracaso secundario precisó dosis adicional en semana 10. Actualmente, 13 pacientes (59,1%) continúan con Vedolizumab, 7 con CU (70% de CU) y 6 con EC (50% de EC). 5 (22,7%) pacientes presentaron efectos adversos, 3 (13,6%) con CU (cefalea y mareo) y 2 (9,1%) con EC (alteración gastrointestinal y reacción infusional). Fueron leves y no supusieron suspensión/interrupción del tratamiento. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas patologías en fracaso secundario ni en el perfil de seguridad.

Conclusiones

En la práctica clínica, Vedolizumab ha demostrado ser efectivo y muy bien tolerado por los pacientes, observándose una tendencia, a estudiar, de mayor respuesta en CU.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1199. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN PARA POLIQUISTOSIS RENAL

AUTORES

SUAREZ ARTIME P, RODRÍGUEZ COBOS MS, SUÁREZ RODRÍGUEZ A, ROJO VALDÉS JM, VÁZQUEZ GÓMEZ C, BLANCO DORADO S, BANDIN VILAR EJ, LAMAS DÍAZ MJ
COMPLEJO HOSPITALARIO UNV. SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHOU PANNA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar la tolerancia, seguridad y adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados de poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) que recibieron tolvaptan desde la Consulta de Farmacia Hospitalaria. Objetivo secundario: relacionar la implantación de un programa de seguimiento terapéutico por telefarmacia con los resultados de adherencia y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron datos de adherencia (recordatorio del paciente mediante el Test de Morisky-Green (RP) y registro de farmacia/recuento de comprimidos (RF), datos analíticos (creatinina, transaminasas, potasio y sodio séricos), y se estimó el filtrado glomerular mediante la ecuación CKDEPI durante el tratamiento con tolvaptan. Se registraron reacciones adversas (RAM): las percibidas por el paciente y las alteraciones analíticas (AST y ALT para toxicidad hepática y natremia para deshidratación). Se registraron las posibles interacciones y se evaluó su potencial repercusión clínica. Se estableció la relación causal de las RAM implicadas en retirar tolvaptan mediante el algoritmo de Naranjo (AN). Mediante consultas de telefarmacia se comprobó tolerancia al tratamiento y revisión de analíticas para titular dosis (tolvaptan 45/15mg vo durante 1 mes, 60/30mg durante 1 mes, 90/60mg continuadamente). Se registró la información en la Historia Clínica y cuando hubo alteraciones se comunicó al médico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 9 pacientes (7 varones) de media 38 años (20-44). Dos pacientes suspendieron el tratamiento debido a reacciones adversas (1 varón, 1 mujer), uno (tolvaptan 45/15mg) por reacción cutánea (prurito, sarpullido) que obtuvo 5 puntos en el AN (relación probable) y otro (tolvaptan 90/30mg) por hepatotoxicidad (náuseas, vómitos, cansancio, dolor abdominal y elevación de transaminasas) con 4 puntos en el AN (relación posible). Ambos casos fueron detectados mediante telefarmacia y se comunicaron al médico para considerar suspender el tratamiento o adecuar dosis. La duración media de tratamiento fue 39,6 meses (15 días-13,4 meses) y para los pacientes que suspendieron tolvaptan por RAM fue 49 días (15 días y 83 días). La adherencia media al tratamiento por RF y RP fue 99,7% (un paciente omitió una dosis). El valor de CKDEPI medio al inicio fue 60,8 mL/min y al final de seguimiento 52,62 mL/min. El 89% presentaron interacción entre tolvaptan e IECA/ARAII, incremento del riesgo de hiperpotasemia (aumento medio 22%, K+ medio 4,38 mEq/L). Un paciente (11%) tuvo hiperpotasemia transitoria (5,2 mEq/L). Ningún paciente tuvo hipernatremia (Na+ medio 141 mEq/L, incremento medio 2%). La variación media de AST y de ALT fue de 4 UI/L y 27 UI/L respectivamente. Un paciente incrementó AST y ALT por encima del valor normal hasta 50 y 120 UI/L respectivamente. Todos los pacientes refirieron poliuria y polidipsia, el 29% además tuvo cansancio. Exceptuando los dos pacientes que suspendieron tratamiento y no lo volvieron a reiniciar, ningún otro paciente requirió ajuste de dosis.

Conclusiones

Tolvaptan parece ser bien tolerado por los pacientes con PQRAD. Sus reacciones adversas más frecuentes son polidipsia y poliuria. En algunas ocasiones puede producir efectos adversos importantes que obligan a suspender el tratamiento (hepatotoxicidad, reacciones cutáneas). El seguimiento terapéutico mediante telefarmacia podría ayudar a mejorar la adherencia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1218. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON APREMILAST****AUTORES**

DOMINGUEZ BACHILLER M, ZHAN ZHOU E, SANMARTIN FENOLLERA P, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. C/ BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar persistencia y seguridad en pacientes diagnosticados de Psoriasis y Artritis Psoriásica (APS) en tratamiento con Apremilast.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de psoriasis y APS que recibieron Apremilast durante al menos 1 mes, desde octubre de 2016 hasta marzo de 2018.

Se registraron las variables: fecha de nacimiento, sexo, patología, inicio de tratamiento, terapia biológica previa, motivo de inicio, fecha de suspensión y causa, reducción de dosis y motivo y efectos adversos, utilizando la Historia Clínica Electrónica.

Se calculó la persistencia global y la específica para cada patología, empleando la función de curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y la comparación entre ellas estimando el Hazard Ratio (HR). Como variables de seguridad, se registraron los efectos adversos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 28 pacientes (edad media: 55,1 años, 55.5% mujeres), 17 con psoriasis, 9 con APS y 1 con Dermatitis Atópica. El 66,7% no habían recibido terapia biológica previa.

Los motivos de inicio de tratamiento fueron: refractariedad al tratamiento previo (Metotrexato (7 pacientes), fototerapia (1 paciente), Etanercept (1 paciente), Adalimumab (1 paciente) y Ustekinumab (1 paciente)), comorbilidades (obesidad (6 pacientes), hipertransaminemia (6 pacientes), patología tumoral (5 pacientes), enfermedad autoinmune (2 pacientes) y síndrome de Raynaud (1 paciente)), intolerancia al tratamiento previo (8 pacientes al Metotrexato y 2 pacientes a Acitretina) y contraindicación de otras terapias (Ciclosporina (2 pacientes), Acitretina (2 pacientes) y Metotrexato (1 paciente)).

La persistencia global a los 6 y a los 12 meses fue 78.4% y 53.9% respectivamente. Se compararon las curvas de supervivencia, obteniéndose mayor riesgo de suspensión en los pacientes diagnosticados de psoriasis (HR=2.15 IC95%:0.44-10.48). Se excluyó de este análisis al paciente diagnosticado de Dermatitis Atópica.

El 22.2% de los pacientes necesitaron reducción de dosis debido a la toxicidad del tratamiento. Actualmente el 66.7% de los pacientes continúan en tratamiento con Apremilast. Los motivos de suspensión fueron: intolerancia al tratamiento (88.9%) y fracaso terapéutico (11.1%).

Los principales efectos adversos fueron: cefalea (40.7%), diarrea (40.7%), molestias digestivas (29.6%), náuseas (18.5%), insomnio (14.8%), pérdida de peso (11.1%), alteraciones anímicas (11.1%) disminución del apetito (7.4%). Otros efectos adversos fueron: sequedad de boca, estreñimiento, nerviosismo, hipertensión y artralgia.

Apremilast constituye una opción en el tratamiento oral de pacientes con psoriasis y APs cuando otras alternativas no son apropiadas. A pesar de no existir estudios sobre persistencia en el tiempo que permita comparar nuestros resultados, observamos una elevada tasa de interrupciones siendo la intolerancia la principal causa.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1216. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR O DISLIPEMIA MIXTA****AUTORES**

TOMÁS LUIZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de alirocumab en pacientes con hipercolesterolemia familiar o dislipemia mixta, y comparar los resultados con los estudios pivotales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con alirocumab desde agosto de 2016 hasta abril de 2018. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, indicación, antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes, uso previo de estatinas, pauta posológica, régimen (monoterapia o asociado a estatinas/ otros hipolipemiantes), valor basal de C-LDL, C-LDL en los sucesivos controles analíticos, y efectos adversos relacionados con la medicación. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ambulatorios y la historia clínica electrónica. El criterio de eficacia fue el porcentaje medio de reducción con respecto al valor inicial en el C-LDL.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 7 pacientes, siendo el 66,66% hombres, con una mediana de edad de 53 años [38-72]. Las indicaciones fueron: 6 (85,71%) hipercolesterolemia primaria no familiar o dislipemia mixta, y 1 (14,29%) hipercolesterolemia familiar. El 85,71% de los pacientes (100% con hipercolesterolemia primaria no familiar o dislipemia mixta) tenían antecedentes de ECV, y el 71,43% diabetes. Tres pacientes habían sido tratados previamente con 1 estatina+ezetimiba, dos con 2 estatinas+ ezetimiba, uno con 3 estatinas+ ezetimiba, y uno con sólo 2 estatinas. En dos casos se había utilizado previamente evolocumab, suspendido por efectos adversos. En cinco se utilizó como pauta

posológica 75mg/14 días y en dos 150mg/14 días, uno de ellos modificó posteriormente a 150mg/30 días tras obtener valores de C-LDL entorno a 20 mg/dl. Alirocumab se asoció en 3 casos a ezetimiba, en 2 a estatina+ezetimiba y en 2 a sólo una estatina. La mediana basal de C-LDL fue 142 mg/dl [rango 106-207]. La reducción media alcanzada de C-LDL en el primer control analítico fue de $40,28\% \pm 39,80$, y la media de todos los controles de $47,65\% \pm 12,39$. El 42,86% de los pacientes alcanzó un C-LDL < 70 mg/dl. Sólo en un caso los niveles de C-LDL alcanzados fueron subóptimos. Cuatro (57,14%) pacientes refirieron efectos adversos: 2 (28,57%) reacciones en la zona de inyección, 1 (14,29%) náuseas y 1 (14,29%) edemas en miembros inferiores. Hasta la fecha de finalización del estudio ningún paciente había suspendido el fármaco, con una mediana de 397 días en tratamiento [rango 123-620].

Conclusiones

La reducción media alcanzada fue similar a la descrita en los ensayos, aunque menos de la mitad de los sujetos alcanzó niveles C-LDL < 70mg/dl, porcentaje inferior.

Respecto el perfil de seguridad, más de la mitad de los sujetos refirió efectos adversos, aunque la reacción adversa más prevalente fue reacción en la zona de inyección, descrita como frecuente en ficha técnica. En ningún caso fueron graves, y no fueron motivo de discontinuación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1219. INMUNOGLOBULINAS INESPECÍFICAS INTRAVENOSAS: PERFIL DE UTILIZACIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PINILLA RELLO A, VICENTE ITURBE C, MAGALLÓN MARTÍNEZ A, CASAJÚS NAVASAL A, PEREIRA BLANCO O, ARIAS SÁNCHEZ A

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Las inmunoglobulinas inespecíficas intravenosas (Ig) constituyen una importante arma terapéutica en múltiples patologías, actuando como inmunomoduladoras o como terapia de reposición. En ocasiones su utilización es controvertida por la escasa evidencia disponible, especialmente en indicaciones fuera de ficha técnica (IFFT), su elevado coste y el desabastecimiento existente desde hace tiempo. Por ello es necesaria una optimización de su uso adecuándose a la evidencia disponible y a las recomendaciones existentes. Para ello el objetivo de nuestro estudio es conocer el perfil de utilización de las Ig en hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, que incluye a todos los pacientes tratados con Ig en octubre 2017.

Variables recogidas: indicación de la Ig, servicio prescriptor y dosis Ig. Fuente de datos: módulo de pacientes ambulantes del programa informático Farmatools®. Los datos se recogieron y trataron en Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

127 pacientes fueron tratados con Ig (12235,6 g Ig) en octubre de 2017. 54 (42,5%) pacientes con inmunodeficiencia primaria, 31 (24,4%) con inmunodeficiencia secundaria, 6 (4,7%) con Púrpura trombocitopénica idiopática, 1 (0,8%) con enfermedad de Kawasaki y 35 (27,5%) recibieron tratamiento con Ig en IFFT. De los 31 pacientes con inmunodeficiencia secundaria, en 3 (9,6%) se debía a mieloma múltiple, en 3 (9,6%) a trasplante de médula ósea alogénico y en 24 (77,4%) a leucemia linfocítica crónica. De los 35 pacientes que recibieron Ig en IFFT, las indicaciones más frecuentes fueron: 7 (20%) pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, 5 (14,2%) con miastenia Gravis, 3 (8,5%) con miositis inflamatoria, 3 (8,5%) con déficit de Ig por inmunosupresión en paciente trasplantado, 2 (5,7%) con Neuropatía motora multifocal, 2 (5,7%) con lupus eritematoso sistémico, 2 (5,7%) con dermatomiositis y 2 (5,7%) con anemia hemolítica autoinmune refractaria. Otras IFFT de Ig menos frecuentes, con un único paciente en cada caso, fueron: cerebelopatía autoinmune, enfermedad motoneurona inferior, enfermedad de Rasmussen, penfigoide ocular, vasculitis, miopatía necrotizante inmunomediada y polineuropatía sensitiva motora desmielinizante.

Las indicaciones con más consumo de Ig fueron: Inmunodeficiencia primaria (46,6%, 5716,6g), secundaria (23,1%, 2824,6g) e IFFT (27,3%, 3348,4g). Las IFFT con mayor consumo fueron: miastenia gravis (18,5%, 619g) y dermatomiositis (16,1%, 540g).

Los servicios prescriptores de mayor a menor frecuencia fueron: hematología (66 pacientes, 52%), medicina interna (37, 29,1%), neurología (17, 13,4%), neumología (4, 3,1%), pediatría (2, 1,6%) y reumatología (1, 0,8%). Respecto a la IFFT los prescriptores más frecuentes eran hematología (21 casos, 764,4 g de Ig), medicina interna (10), neurología (2) y neumología y reumatología con un caso cada uno.

Sin embargo fue neurología el servicio prescriptor que implicó un mayor consumo de Ig en gramos, con el 41,9% (5139g) seguido por hematología con 21,9% (2918,6g). En IFFT el servicio con mayor consumo de Ig fue medicina interna (40,8%, 1366g) seguido de neurología (33,9%, 1132g) y hematología (22,9%, 764,4g)

Conclusiones

El consumo de Ig en nuestro medio es elevado, con uso mayoritario en indicaciones aprobadas. Sin embargo, la utilización en IFFT supone más de un cuarto del consumo. Sería necesario estudiar la efectividad en IFFT para optimizar su utilización.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1241. EFICACIA Y SEGURIDAD DE EVOLOCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR O DISLIPEMIA MIXTA

AUTORES

TOMÁS LUIZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de evolocumab en pacientes con hipercolesterolemia familiar o dislipemia mixta, y comparar los resultados con los estudios pivotales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con evolocumab desde abril de 2016 hasta marzo de 2018. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, indicación, antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes, uso previo de estatinas, pauta posológica, régimen (monoterapia o asociado a estatinas/ otros hipolipemiantes), valor basal de C-LDL, C-LDL en los sucesivos controles analíticos, y efectos adversos relacionados con la medicación. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ambulatorios y la historia clínica electrónica. El criterio de eficacia fue el porcentaje medio de reducción con respecto al valor inicial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento 13 pacientes, siendo el 61,54% hombres, con una mediana de edad de 56 años [32-75]. Las indicaciones fueron: 2 (15,38%) hipercolesterolemia familiar, 11 (84,62%) hipercolesterolemia primaria no familiar o dislipemia mixta. El 92,31% tenían antecedentes de ECV, y el 46,15% diabetes. Dos pacientes habían sido tratados previamente con 1 estatina+ezetimiba, cuatro con 2 estatinas+ ezetimiba, tres con 3 estatinas+ ezetimiba, uno con una estatina, y tres con sólo 2 estatinas. En 12 se utilizó como pauta posológica 140mg/14 días (posteriormente uno modificó a 140mg/10 días por niveles subóptimos de C-LDL) y en uno 420mg/30 días, que posteriormente modificó a 140mg/30 días, por niveles C-LDL entorno a 15 mg/dl. Evolocumab se utilizó en monoterapia en 6 pacientes, y se asoció en 1 caso a ezetimiba, en 1 caso a estatina y en 5 a estatina+ezetimiba. La mediana basal de C-LDL fue 150 mg/dl [rango 98-366]. La reducción media alcanzada de C-LDL en el primer control analítico fue de 56,64% ± 18,80, la media de todos los controles de 54,80% ± 13,78, y en el 69,22% de los pacientes la reducción C-LDL fue ≥ 50%. En dos casos los niveles de C-LDL alcanzados fueron subóptimos, uno de ellos había dejado de tomar la estatina asociada. Cinco (38,46%) pacientes refirieron al menos un efecto adverso: 2 (15,38%) dolor muscular, 1 (7,69%) dolor de espalda, 1 (7,69%) artralgia, 1 (7,69%) erupción cutánea/urticaria, 1 (7,69%) gripe. Cinco pacientes (38,46%) suspendieron el fármaco, 3 por efectos adversos indeseados y los otros 2 por motivos ajenos a la medicación. La mediana de duración de tratamiento a fecha fin de estudio es de 425 días [rango 42-731].

Conclusiones

La reducción de C-LDL se encontró próxima al límite inferior del rango logrado en los ensayos, y el porcentaje de pacientes con reducción C-LDL ≥ 50% fue aproximadamente un 10-15% menor a la descrita.

Las reacciones adversas notificadas, a excepción de la urticaria, son reacciones descritas como frecuente en ficha técnica, sin embargo la incidencia fue mayor y fueron motivo de discontinuación del tratamiento en el 23,08% de los sujetos.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1244. DESCRIPCIÓN DEL USO DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ADECUACIÓN A PROTOCOLO ESTABLECIDO EN COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

AUTORES

AGUILAR DEL VALLE E, DANI BEN ABDEL-LAH L, SANCHEZ YAÑEZ E, MORA SANTIAGO R, MOYA CARMONA I, PEDROSA RUIZ M, ESTAÚN MARTINEZ C, FERNÁNDEZ OVIES JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS TEATINOS. MÁLAGA

OBJETIVOS

La urticaria crónica espontánea(UCE) es una enfermedad con una baja incidencia(0,6%)* cuya sintomatología disminuye notablemente la calidad de vida. En 2015 se incorporó el anticuerpo monoclonal Omalizumab, indicado como tratamiento adicional, en pacientes con respuesta inadecuada al tratamiento con antihistamínicos anti-H1. La duración de la terapia en los ensayos clínicos fue de 24semanas(300mg/semanal), existiendo información muy limitada del tratamiento más allá de este periodo.

Los objetivos del presente estudio son:

- Describir el tratamiento con omalizumab en UCE en nuestro centro.
- Evaluar la adecuación de las prescripciones al protocolo establecido por la Comisión de Farmacia y Terapeutica(CFT) (basado en el algoritmo de consenso internacional sobre urticaria y las recomendaciones NICE y JACI):
 - Pacientes diagnosticados UCE que presenten sintomatología a pesar de tratamiento previo con antihistamínicos de 2ª generación(cuatro veces la dosis de ficha técnica-FT-).
 - Para retratar será necesario un fracaso terapéutico tras volver a administrar antihistamínicos(cuatro veces la dosis de FT)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (Febrero2016-Abril2018) que incluye a los pacientes diagnosticados de UCE y tratados con Omalizumab. Se analizaron los siguientes datos:sexo, edad, lesiones habonosas(SI/NO), angioedema(SI/NO) y/o urticaria(SI/NO) tras el tratamiento, nºciclos de 24 semanas administrados, tiempo hasta reintroducción del segundo ciclo, reacciones adversas(RAM), tratamiento previo con antihistamínicos y corticoides(SI/NO), y la adecuación al



protocolo establecido por la CFT. La información se obtuvo del módulo de dispensación pacientes ambulatorios/externos y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio fueron tratados en nuestro centro 11 pacientes (8 mujeres). Exclusión, 3 pacientes: paciente 1 (se halló el origen, urticaria-alimentaria), pacientes 2 y 3 (no finalizaron el tratamiento). Edad media 48 años (R=30-65). Todos presentaban UCE y lesiones habonosas al inicio del tratamiento. 5 presentaban además angioedema asociado. Todos los pacientes habían sido tratados con corticoides y antihistamínicos a dosis supraterapéuticas. 3 de ellos recibieron inmunosupresores.

En todos los pacientes desaparecieron las lesiones habonosas y el angioedema tras finalizar 1 ciclo de tratamiento. La mitad de los pacientes (n=4) no necesitaron más ciclos de tratamiento. Los otros 4 necesitaron retratamiento por reaparición de UCE acompañado de lesiones habonosas tras fracaso a dosis supraterapéuticas de antihistamínicos; 2 pacientes recibieron 2 ciclos, y 2 pacientes recibieron 3 ciclos. El tiempo medio en remisión entre ciclos en los pacientes retratados fue de 32 semanas, (M=18, R=4-84). Ningún paciente manifestó RAM recogidas en ficha técnica.

En los 11 pacientes las indicaciones de tratamiento y retratamiento respetaron las condiciones establecidas por la CFT. El caso de urticaria de origen alimentario se suspendió cuando se detectó el origen.

En nuestro centro el tratamiento con omalizumab en UCE consiguió eliminar con éxito los habones y el angioedema en todos los pacientes con un ciclo de tratamiento. Sin embargo la reaparición de urticaria y lesiones habonosas hizo que la mitad de los pacientes requirieran ciclos adicionales de tratamiento. Debido a la baja incidencia de la UCE sería necesario un estudio multicéntrico para evaluar la eficacia y seguridad de omalizumab en esta indicación, especialmente más allá de 24 semanas de tratamiento.

Las condiciones de tratamiento establecidas por la CFT se han cumplido en todas las prescripciones de omalizumab en UCE.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1257. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE SACUBITRILLO-VALSARTAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

AUTORES

PUIVECINO MORENO C, SIERRA SANCHEZ JF, JIMENEZ PICHARDO L, VARAS PEREZ A, ALCALA SOTO A, MORA HERRERA C, VAZQUEZ VELA V
HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA DE LA CIRCUNVALACIÓN S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Analizar la adecuación de sacubitrilo-valsartan en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con sacubitrilo-valsartan en el periodo entre noviembre de 2016 y octubre de 2017. Como criterios de adecuación se utilizaron los incluidos en el protocolo aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del área, que se dividieron en criterios clínicos: clasificación funcional II-III de la NYHA, FEVI \leq 35% y niveles plasmáticos elevados de BNP ($>$ 150 pg/ml) o de NT-proBNP ($>$ 600 pg/ml); criterios de fracaso al tratamiento farmacológico previo: mal control (sintomáticos con grado II-III de la NYHA) pese al tratamiento con dosis estables de IECA o ARA II en combinación con betabloqueantes (BB) y antagonistas de la aldosterona (AA) (salvo intolerancia o contraindicación a los mismos); y criterios de uso concomitante de fármacos no recomendados en pacientes con IC. La adecuación se determinó a partir de la proporción de pacientes en los que se cumplieron todos los criterios de adecuación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio iniciaron tratamiento con sacubitrilo-valsartan un total de 154 pacientes. Se excluyeron del análisis 11 pacientes por ausencia de datos en la historia clínica electrónica. No existió registro del estado funcional en la historia clínica, por lo que no pudo evaluarse este criterio. Igualmente sólo 28 (19,5%) pacientes tenían solicitada la determinación de BNP o NT-proBNP, y de estos 25 presentaban valores compatibles con los criterios preestablecidos en el protocolo. El FEVI se registró en la historia en sólo 74 (51,7%) pacientes, encontrándose por debajo del 35% en 50 de estos. En cuanto al tratamiento previo, 13 pacientes no habían recibido previamente un IECA o un ARA II, 8 no habían recibido previamente un BB y 48 no habían recibido un AA. Un total de 4 pacientes no habían recibido previamente IECA, ARA II, BB o AA. En el momento de iniciar tratamiento con sacubitrilo-valsartan se encontraban recibiendo tratamientos no recomendados en IC un total de 37 (25,9%) pacientes. Los principales fármacos no recomendados fueron gliptinas (33 pacientes; 23,1%). Se consideró por tanto que el tratamiento fue adecuado en como máximo el 67% (50/74) de los pacientes con datos disponibles, según criterios clínicos, y en el 66,4% (95/143) según el criterio farmacológico basado en el fracaso al tratamiento previo, y el 74,1% (106/143) según criterios de uso concomitante de fármacos no recomendados en pacientes con IC. Existe una falta de registro en historia clínica de información que puede resultar relevante para el seguimiento de los pacientes con IC, como es el estado funcional NYHA y el FEVI, y que dificulta la evaluación de la adecuación del uso de sacubitrilo-valsartan según criterios clínicos. Los criterios farmacológicos se encuentran disponibles para la mayor parte de los pacientes, e indican que el tratamiento con sacubitrilo-valsartan es adecuado en sólo dos terceras partes de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1258. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB A LAS 12 Y 52 SEMANAS EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA

AUTORES

ORTIZ GONZÁLEZ M, ROVIRA TORRES P, GOMEZ ZAMORA M, GOMEZ LOBON A, SANTANDREU ESTERLICH MM, CASTRO MANZANARES M, SASTRE MARTORELL ML, DELGADO SANCHEZ O
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA. DE VALLDEMOSSA, 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Secukinumab es un inhibidor de la interleuquina 17A indicado en el tratamiento de psoriasis en placas, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.

El objetivo del trabajo es determinar la efectividad y seguridad de secukinumab a las 12 y 52 semanas en pacientes tratados con psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con secukinumab entre diciembre de 2015, momento en que fue introducido en el hospital, y mayo de 2017.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), de indicación y de tratamiento (terapias sistémicas y/o fototerapia previa y otros tratamientos biológicos).

Los datos se obtuvieron a partir del registro de dispensación de Consultas Externas de Farmacia (Paciwin®) y de la historia clínica (Millenium®).

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han seleccionado 58 pacientes que cumplen criterios de inclusión, media de edad 51 años (rango 26-81), 37 (64%) hombres.

Todos los pacientes presentaban psoriasis moderada-grave. Cincuenta y cuatro (93%) pacientes presentaban psoriasis en placa, además de artritis psoriásica en 6 (10%) de ellos; los otros 4 (7%) presentaban otros tipos de psoriasis. Cincuenta y cuatro (93%) pacientes habían recibido tratamiento sistémico previo no biológico y 26 (45%) habían sido tratados con fototerapia. En 42 (72%) casos ya habían fracasado a algún tratamiento biológico previamente.

Efectividad a las 12 semanas: 54 (93%) pacientes presentaron respuesta, de ellos 33 (57%) lograron un blanqueamiento total y 21 (36%) un blanqueamiento parcial. Hubo 1 fallo primario, no se disponen de datos de 3 pacientes en este periodo.

Seguimiento a las 52±4 semanas: 24 (41%) pacientes estaban completamente blanqueados, 13 (22%) parcialmente blanqueados, no se disponen datos de 2 pacientes, y 19 (33%) pacientes habían discontinuado el tratamiento. El motivo de discontinuación fue recaída en 11 (19%) casos, blanqueamiento total estable en 3 (5%) (De ellos 2 rebrotaron y 1 continúa estable), efectos adversos en 2 (3%), decisión propia del paciente en 2 (3%) e intervención quirúrgica en 1 (2%). Los efectos secundarios motivo de discontinuación fueron queratitis herpética (1) y alteraciones analíticas en forma de aumento de GGT (1).

Secukinumab presenta una muy elevada efectividad a corto plazo en pacientes adultos con psoriasis en placas moderada-grave, incluidos aquellos tratados previamente con otros fármacos biológicos.

A pesar de conseguir un blanqueamiento inicial total o parcial en el 93% de los pacientes, un 19% de tratamientos se retiraron al cabo de un año por disminución de la eficacia.

Secukinumab es un fármaco seguro y bien tolerado en la práctica clínica, con sólo dos retiradas debidas a efectos adversos, ninguno de ellos grave.

Por todo ello, se puede considerar una buena opción terapéutica en pacientes con psoriasis moderada-grave tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a tratamientos sistémicos o fototerapia, aunque hacen falta más estudios en vida real que muestren su efectividad a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1285. EXPERIENCIA DE USO DE TERIFLUNOMIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES

CONTRERAS REY MB, ESTAIRE GUTIERREZ J, ROMERO ALONSO MM, CARRION MADROÑAL IM, SANCHEZ DEL MORAL R
HOSPITAL INFANTA ELENA. CARRETERA SEVILLA-HUELVA S/N.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia de uso de teriflunomida en nuestro centro a partir del análisis de efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional en el que se incluyeron los pacientes a los que se realizó al menos una dispensación de teriflunomida desde la unidad de pacientes externos (2015 – 2017).

Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, continuación o suspensión del tratamiento con teriflunomida, duración del mismo (se tomó como inicio la fecha de la primera dispensación en nuestro centro; en caso de que el tratamiento se mantuviese prescrito a la fecha de corte, a efectos de cómputo se estableció esta como fecha final de tratamiento), línea de tratamiento en que se prescribió teriflunomida, descripción de las terapias previas, aparición de brotes durante el tratamiento con teriflunomida, ocurrencia de efectos adversos y descripción de los mismos.

Se utilizó la aplicación de dispensación a pacientes externos y la historia clínica digital.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 38 pacientes (47.4% hombres); edad media 44.9 años (DE 8.33; rango 26-65 años).

Un 84.2% de los pacientes mantiene el tratamiento con teriflunomida en la actualidad y en un 15.8% fue suspendido. La mediana de duración del tratamiento, considerando como límite la fecha de corte, fue de 685 días. Un 73.7% había recibido al menos un tratamiento modificador de la enfermedad previo a teriflunomida (en un 52.6% teriflunomida se usó como segunda línea y en un 18.4% como tercera).

En 1 paciente no se pudo disponer de registros de los tratamientos anteriores. En el resto, la distribución de las terapias previas fue la siguiente: un 39.3% había recibido anteriormente interferón-beta 1b, un 39.3% interferón-beta 1a, un 32.1% acetato de glatirámico y un 10.7% dimetil fumarato.

Con relación a la aparición de brotes, un 18.4% de los pacientes experimentó al menos uno durante el tratamiento con teriflunomida.

En el 44.7% se había comunicado al menos una reacción adversa en algún momento del tratamiento. Entre ellas, las más frecuentes fueron fragilidad capilar (13.16%), diarrea y/o disminución de la consistencia de las deposiciones (10.5%), elevación de la alanina aminotransferasa (ALT) (10.5%), aumento de las cifras de tensión arterial (10.5%), disminución en la cifra de leucocitos (10.5%), elevación de la aspartato aminotransferasa (5.3%) y cefalea (2.6%). En 2 pacientes (5.3%) estas reacciones adversas condujeron al cambio de tratamiento.

Como conclusión: en la mayoría de los pacientes, teriflunomida se empleó tras al menos un tratamiento previo, mostrando ser efectivo en el control de la enfermedad y en general bien tolerado. La mediana de duración del tratamiento se aproxima a los dos años; como limitación de nuestro estudio, en pacientes procedentes de otro centro hospitalario se ha tomado como fecha de inicio la de la primera dispensación en nuestro centro, por carecer en muchos casos de información fehaciente sobre la fecha real de inicio.

La persistencia y/o gravedad de las reacciones adversas condujeron al cambio de tratamiento en un porcentaje menor de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1290. UTILIZACIÓN DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS EN PLACA Y ARTRITIS PSORIÁSICA

AUTORES

CONTRERAS REY MB, SANCHEZ DEL MORAL R, CARRION MADROÑAL IM, ROMERO ALONSO MM, ESTAIRE GUTIERREZ J HOSPITAL INFANTA ELENA. CARRETERA SEVILLA-HUELVA S/N.

OBJETIVOS

Analizar la utilización de ustekinumab en las indicaciones autorizadas de psoriasis en placa y artritis psoriásica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes a los que se dispensó ustekinumab para esas indicaciones (marzo 2012 - marzo 2018) desde una consulta de pacientes externos.

Se registraron variables demográficas (sexo y edad), indicación, dosis prescrita (45 mg o 90 mg), acortamiento o alargamiento del intervalo posológico, estado del tratamiento actual con ustekinumab (mantenimiento o suspensión), caracterización de los tratamientos biológicos recibidos previamente, motivo del cambio a ustekinumab, motivo de la suspensión de ustekinumab (si procedía), consecución de PASI (Psoriasis Area Severity Index) 75 y de PASI 90 tras 16 semanas de tratamiento con ustekinumab, y mediana del valor de PASI inicial y en ese punto. Para la valoración de la efectividad (PASI 75 y PASI 90), se consideraron los pacientes que hubiesen completado al menos 16 semanas de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

24 pacientes (58.3% mujeres) cumplían los criterios de inclusión, con una edad media de 53.8 años (rango 22-76).

Un 83.3% de los pacientes presentaba psoriasis y un 16.7% artritis psoriásica. En un 29.2% se prescribió la dosis de 90 mg.

El 79.2% presentaba la pauta habitual de mantenimiento recogida en ficha técnica (administración cada 12 semanas). En 1 paciente se realizó intensificación del tratamiento con acortamiento de la pauta posológica (cada 8 semanas) y en 4 se alargó el intervalo (en 2 casos cada 13 semanas, en 1 cada 14 semanas y en 1 cada 16 semanas).

El 87.5% continúa en la actualidad con el tratamiento con ustekinumab. En cuanto a la administración de tratamientos biológicos en líneas anteriores, el 70.8% había sido tratado previamente con adalimumab, un 45.8% había recibido etanercept y en un 4.2% se había administrado secukinumab.

El motivo del cambio de tratamiento a ustekinumab fue en la mayoría de los casos respuesta insuficiente o pérdida de respuesta al tratamiento previo (87.5%), mientras que en 3 pacientes (12.5%) fue reacción adversa a la terapia anterior. De los 3 pacientes en los que se suspendió ustekinumab, en 2 el motivo fue respuesta insuficiente al tratamiento y en 1 instauración de un período de descanso.

Se evaluó la consecución de PASI 75 y de PASI 90 en los 13 pacientes de los que se disponía de un valor registrado de PASI al inicio de ustekinumab y tras haber completado al menos 16 semanas de tratamiento. La mediana de PASI basal en estos pacientes fue de 12, consiguiéndose una mediana de PASI 2 a las 16 semanas; 11 pacientes alcanzaron el valor de PASI 75 y 7 pacientes el de PASI 90.

Ustekinumab ha mostrado unos buenos resultados de efectividad en estos pacientes, basándonos en los valores de alcance de la respuesta PASI 75 y PASI 90 y en el mantenimiento del tratamiento en la actualidad en la mayoría de los pacientes, habiéndose suspendido por respuesta insuficiente en una pequeña proporción. Serán necesarios estudios posteriores con un mayor tamaño de muestra para ratificar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1295. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE UN PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA DE LEVOSIMENDAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA****AUTORES**

ESTEBAN CARTELLE H, GÓMEZ OTERO I, RODRÍGUEZ PRADA M, VARELA ROMÁN A, ZARRA FERRO I, LAMAS DÍAZ MJ
COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. AVDA. DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad, seguridad y coste de un programa de administración ambulatoria de levosimendan en uso fuera de ficha técnica en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICa) atendidos en un hospital de día de Cardiología (HDC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyen pacientes que recibieron alguna dosis de levosimendan en el HDC de nuestro centro desde su apertura (12 meses). La pauta de tratamiento es una perfusión a 0,2mcg/kg/minuto durante 6h, cada 2 semanas las 7 primeras dosis (fase de inicio, FI). Los pacientes que obtengan beneficio clínico en la FI, continúan con administraciones mensuales de la misma dosis (fase de mantenimiento, FM). La preparación del fármaco se realizó en el Servicio de Farmacia (SF) para optimizar el aprovechamiento de las dosis (6,25mg/250ml de Glucosa 5%).

Datos clínicos obtenidos del programa de historia clínica electrónica. Datos económicos extraídos del aplicativo informático de gestión del SF. Se analizaron datos basales demográficos, antropométricos, analíticos, ecográficos, clínicos y funcionales del paciente. Variables de efectividad: NT-pro-BNP, creatinina sérica, clase NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y apreciación subjetiva del paciente en cada visita. Variables de seguridad: reacciones adversas (RA) observadas durante la infusión y las detectadas en visitas de seguimiento. Seguimiento evolutivo hasta fin de tratamiento/exitus.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trataron 8 pacientes: 75% varones, mediana de edad 73,5 años (64-83). FEVI inicial < 40%: 75% de pacientes, 40-49%: 12,5% de pacientes y > 50%: 12,5%. Clase NYHA inicial II-III el 75% de pacientes, clases NYHA IIIb-IV el 25% restante.

Todos bajo tratamiento médico óptimo según las guías europeas de IC. Mediana de tiempo de seguimiento: 97 días (14-365). Hubo 3 exitus, 1 suspensión de tratamiento por ineficacia, otra por estabilización. 3 pacientes continúan en FM.

Análisis de eficacia: se evaluaron pacientes que completaron la FI (n=5). Reducción de NT-proBNP en 4 pacientes (80%), mejoría de función renal en 2 (40%), mejoría de la FEVI en 1 (20%), mejoría de clase NYHA en 3 (60%) y mejoría sintomática subjetiva tras varias dosis en 4 (80%). Un paciente no mejoró en ningún parámetro y se retiró por falta de eficacia.

Análisis de seguridad: se incluyeron todos los pacientes (n=8). La RA más frecuente fue hipotensión (50% de pacientes), la mayoría asintomáticas, motivando disminución de la velocidad de infusión. En 2 casos fue sintomática (mareo) y obligó a parar la infusión. Un paciente acudió a Urgencias tras la primera dosis por aletargamiento y somnolencia que se atribuyó al aumento de la respuesta diurética. No otras RA. Coste teórico de los viales de levosimendan utilizados: 33.269€ (55 dosis administradas). Coste real del programa de Levosimendan en 12 meses: 17.542 €. El ahorro debido al fraccionamiento de dosis en el SF asciende a 15.727 €.

Conclusiones

Levosimendan contribuye a mejorar síntomas y parámetros analíticos en los pacientes con IC avanzada. La percepción subjetiva de beneficio por los pacientes es alta. La tolerabilidad es buena, siendo la principal RA la hipotensión, sobre todo durante la administración del fármaco. El coste se reduce un 48% gracias al fraccionamiento en el SF.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA**1317. APREMILAST: NUEVA ALTERNATIVA ORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS****AUTORES**

GONZÁLEZ LOZANO E, GARCÍA SOLER JI, SÁEZ GARRIDO M, LAORDEN CARRASCO A, RUIZ JIMENEZ MDM, VICENTE SÁNCHEZ S, MENÉNDEZ NARANJO L, AROCAS CASAÑ V
H. C. U. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar las características de uso y seguridad de apremilast en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (APS) y/o psoriasis. Apremilast es un nuevo inmunosupresor de administración oral que al inhibir la fosfodiesterasa-4 intracelular disminuye la expresión de varias citocinas inflamatorias implicadas en la APS y psoriasis, siendo una opción de tratamiento incluso en pacientes con patología infecciosa u oncológica, en los que los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) están contraindicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario desde marzo de 2016 a abril de 2018 que incluyó a todos los pacientes que iniciaron tratamiento ambulatorio con apremilast en ambas indicaciones. La información se obtuvo del módulo de dispensación a pacientes externos del servicio de farmacia y de la revisión de la historia clínica electrónica. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, motivo de inicio de tratamiento, duración del tratamiento, causa de suspensión del tratamiento, medicamentos previos recibidos y reacciones adversas. Las reacciones adversas (RA) se clasificaron como leves si no requirieron medidas adicionales; moderadas si necesitaron tratamiento, reducción de dosis o monitorización; y graves aquellas que implicaron un ingreso o la suspensión del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 14 pacientes con una mediana de edad de 51 años (rango intercuartílico (RI): 41-55) de los cuales 9 (64%) fueron mujeres. Ocho pacientes presentaban APS y 6 psoriasis. Los motivos de inicio fueron: fracaso/progresión a FAME



(7 pacientes), contraindicación de FAME por neoplasia (3), contraindicación de FAME por hepatopatía (2) y por presentar un estado no tan avanzado de la enfermedad como para requerir biológico (2). La mediana de duración del tratamiento fue de 51 días (RI: 11-240) para los pacientes que suspendieron el tratamiento (6 pacientes) antes del periodo de estudio. Los restantes 8 pacientes que continúan con el tratamiento tienen una mediana de duración de 255 días (RI: 92-568). Los motivos de suspensión del tratamiento han sido: Dos pacientes por ineficacia, 2 por efectos adversos (náuseas y vómitos que requirieron ingreso), 1 por mejoría sustancial de la enfermedad y 1 por renuncia voluntaria.

Se describieron un total de 11 RA en 5 pacientes (36%), llegando a aparecer hasta 4 RA simultáneamente en 1 paciente. De las 11 RA, 4 fueron consideradas leves, 5 moderadas, y 2 graves. Las RA registradas fueron: Náuseas (3 pacientes), cefalea (3), diarrea (1), infección de tracto urinario (1), vómitos intensos (1), epistaxis nasal (1) y mialgias en miembros inferiores (1). Un paciente presentó una reducción temporal de dosis (durante 7 días) por náuseas y cefalea. La mediana del tiempo de aparición de las RA fue de 14 días (RI: 7-108).

Conclusiones

Estos resultados sugieren que apremilast parece una alternativa eficaz y segura en los pacientes con pocas alternativas terapéuticas como aquellos que han fracasado a los FAME o éstos están contraindicados. Debido a la alta incidencia de RA, son necesarios más estudios para evaluar la toxicidad de este tratamiento en la práctica clínica. Este estudio presenta como limitaciones el reducido número de pacientes y el breve periodo de tratamiento con apremilast.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1322. EXPERIENCIA CON PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

AUTORES

JIMÉNEZ PICHARDO L, PUIVECINO MORENO C, VÁZQUEZ VELA V, ALCALÁ SOTO Á, VARAS PEREZ A, GOMÉZ GERMÁN P, GOMEZ DE TRAVECEDO Y CALVO MT
HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA. CARRETERA DE CIRCUNVALACIÓN S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Revisar las condiciones de uso, eficacia y seguridad de pirfenidona desde su inclusión en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes tratados con pirfenidona desde marzo 2016 hasta abril 2018. Para revisar las condiciones de uso se evalúa la adecuación de las prescripciones a los criterios aprobados para su utilización en el hospital: pacientes con FPI leve-moderada candidatos o no a trasplante pulmonar, que cumplan todos los siguientes requisitos: Capacidad Vital Forzada (CVF) entre 50-80%; patrón de la enfermedad no obstructivo con una relación de Volumen Expiratorio Forzado(VEF1)/CVF > 0,7-0,8; Capacidad de Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) entre 35-90% y distancia recorrida en 6 minutos (PM6M) al menos de 150 metros. La eficacia se mide a los 6 y 12 meses, analizando la capacidad de pirfenidona en retrasar el deterioro de la función pulmonar. Si la reducción de CVF > 10% o de DLCO \geq 15% respecto al basal se considera falta de respuesta. La seguridad se midió con el registro de reacciones adversas. Otros datos de interés: edad, sexo, duración del tratamiento, dosis en el momento del estudio y condición de fumador/no fumador. Fuente: programa de dispensación a pacientes externos (PRISMA®) e historia clínica electrónica de los pacientes (DIRAYA®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

10 pacientes (9 hombres) han sido tratados con 2403 mg/día pirfenidona (edad media de 61,8 años). La mediana de duración de tratamiento fue de 10.5 meses. 6/10 pacientes eran exfumadores, el resto no había fumado nunca. Casi todos los pacientes cumplía la mayoría de los requisitos para el inicio de tratamiento con pirfenidona, pero sólo 3 pacientes los cumplían todos. 2 pacientes con CVF basal fuera de rango (49% y 82%), 6 pacientes con DLCO basal fuera de rango y 1 paciente con PM6M < 150 metros. Eficacia mediante CVF: 4 pacientes había mejorado y uno había empeorado a los 6 meses, de ellos 2 mantenían la mejoría a los 12 meses y uno empeoró. En ningún caso la reducción de CVF fue > 10%. En 5 pacientes no disponemos de datos (3 porque aún no habían transcurrido 6 meses de tratamiento y en 2 pacientes no se registraron datos en la historia clínica digital). No se puede evaluar la eficacia según DLCO pues no se registraron datos posteriores al nivel basal. Un paciente falleció debido a infección respiratoria complicada a pesar de haber notado menos disnea y mejoría para las actividades básicas de la vida diaria. Seguridad: 6 pacientes referían buena tolerancia, 1 paciente fotosensibilidad y 3 sufrían trastornos gastrointestinales (náuseas, molestias gástricas y reflujo gastroesofágico). A pesar de estar establecidas las condiciones de uso de pirfenidona en el hospital, sólo en el 30% de los casos se cumplen todos los requisitos exigidos. Los pacientes de los que disponemos datos están respondiendo al tratamiento con pirfenidona, con reacciones adversas manejables. Sería necesario trasladar a los prescriptores la importancia que tiene el registro y seguimiento de los parámetros funcionales mencionados.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1338. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE: RESULTADOS EN SALUD.

AUTORES

GARCÍA GUTIÉRREZ MDM, GARCIA REBOLLEDO E, FERNANDEZ ROMAN AB, HERRERO MUÑOZ N, GARCIA GIL M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRDA. CALLE CAMINO DEL MOLINO 2. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de grupos apareados en un hospital de segundo nivel, donde se evaluaron pacientes tratados con mepolizumab desde marzo 2017 hasta abril 2018.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes diagnosticados de asma eosinofílica refractaria grave que iniciaron mepolizumab. Según protocolo del centro, los pacientes debían presentar niveles de eosinófilos en sangre \geq a 500 células/ μ l ó \geq 400 células/ μ l y más de una exacerbación grave en los últimos 12 meses antes de iniciar tratamiento. Se excluyeron los pacientes con duración de tratamiento inferior a 4 meses.

La variable principal de efectividad medida fue la diferencia de la tasa anualizada de exacerbaciones graves durante el tratamiento con mepolizumab y la tasa de exacerbaciones graves presentadas un año antes de comenzar el tratamiento. Se definió exacerbación grave como el empeoramiento del asma que requirió el uso de corticoides sistémicos (CS) o el aumento de la dosis de mantenimiento al doble durante al menos tres días en ambos casos.

Las variables secundarias fueron: la dosis de CS, el Volumen Espiratorio Forzado el primer segundo (FEV1) y el número de eosinófilos en sangre, recogidas antes de comenzar y durante el tratamiento (último valor disponible).

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene® y Horus®) y del aplicativo de farmacia (Farmatools-Dominion®).

Se registraron sexo, fecha de nacimiento, fecha de inicio y fin del tratamiento, dosis de CS, eosinófilos en sangre, FEV1, número de exacerbaciones graves y efectos adversos.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t-Student para grupos apareados (Stata 14) asumiendo un error alfa del 5% bilateral. El resto de datos se analizaron de forma descriptiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 15 pacientes en tratamiento con mepolizumab, 12 cumplieron criterios de inclusión. 75% fueron mujeres, mediana de edad 58,79 años (IC95% 53,25-63,22). La media de duración de tratamiento fue 9,71 meses (SD: 1,81)

La media de exacerbaciones en un año antes del tratamiento fue 1,23 (SD: 1,51) y la media de la tasa anualizada durante el tratamiento fue 2 (SD: 2,09), siendo la variación -0,77 (IC95%(-2,14)-0,59; p=0,24).

La media de CS antes del tratamiento fue 38,33 (SD: 62,10) y durante fue 43,33 (SD: 40,85), siendo la diferencia 0,75 (IC95% (-39,87)-(29,87); p=0,75).

La media de eosinófilos antes fue 0,11 (SD: 0,06) y con mepolizumab fue 0,50 (SD: 0,33), siendo la diferencia de medias -0,40 (IC95%(-0,56)-(-0,23); p < 0,05).

La FEV1 media pre-tratamiento fue 90,78% (SD: 25,92) y la última disponible 79,32 % (SD: 22,41), con una variación de 11,46 % (IC95% (-1,55)-(24,47); p=0,07).

En cuatro pacientes (26,7%) se suspendió por falta de efectividad, tras 10,4 meses de media de tratamiento.

No se registraron efectos adversos.

Conclusiones

El tratamiento con mepolizumab disminuye el número de exacerbaciones graves, el número de eosinófilos y la dosis de CS y aumenta el FEV1. A excepción del número de eosinófilos, los resultados no fueron significativos. Hay un porcentaje elevado de fracaso terapéutico.

Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para evaluar la efectividad.

El tratamiento con mepolizumab es seguro.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1350. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ALEMTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

AUTORES

LAMAS LÓPEZ M, FERNANDEZ GONZALEZ A, FRA YAÑEZ J, GONZALEZ SANCHEZ N, PUENTE MARTINEZ P, ORALLO LUNA C

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. CAMINO DE HEROS, Nº4. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de alemtuzumab en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EMRR tratados con alemtuzumab desde Febrero 2016 hasta Diciembre 2017.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, años desde el diagnóstico, puntuación en la escala expandida del estado de discapacidad (EDSS) y tratamientos previos.

Para evaluar la eficacia se comparó el número de brotes por año previo al inicio del tratamiento y tras el inicio del mismo, realizando la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para datos apareados. La seguridad se evaluó mediante el registro de reacciones adversas medicamentosas (RAM).

El esquema de administración consistió en un curso inicial de 12mg/día (5 días), y doce meses después, un segundo curso de 12mg/día (3 días). Antes de cada administración, según se especifica en la ficha técnica de alemtuzumab, se realizó un pretratamiento con corticoesteroides, antihistamínicos y antipiréticos.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y el análisis estadístico se realizó con SPSS-Statistics®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 11 pacientes (8 mujeres y 3 hombres) con una mediana de 41 [30-57] años.

La mediana de años desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 7 [2-14] años, con una mediana de puntuación EDSS de 2,5 [1-6]. Los pacientes habían recibido una mediana de 2 [1-5] terapias previas: INF β -1a subcutáneo (27,4%),

natalizumab (27,4%), acetato de glatirámico (18,2%), fingolimod (9%), teriflunomida (9%) y dimetil fumarato (9%). 7 pacientes habían recibido los dos cursos de tratamiento con alemtuzumab completando el tratamiento.

La mediana de brotes por año antes del inicio del tratamiento fue de 0,5 [0,14-1,5]. Tras el inicio de alemtuzumab la mediana de brotes por año fue de 0,3 [0-1], siendo esta disminución estadísticamente significativa.

El 72,7% de los pacientes sufrieron algún tipo de RAM post-infusional: cefalea (46,7%), prurito (26,7%), rash (13,3%) y febrícula (13,3%). Otras RAM posteriores fueron: hipotiroidismo autoinmune (9%) y candidiasis oral (9%).

Alemtuzumab ha disminuido la aparición de brotes, por ello se sitúa como una opción eficaz para el tratamiento de la EMRR. Sin embargo, la población a estudio fue reducida y sería necesario un mayor período de seguimiento para poder analizar la efectividad a largo plazo.

A pesar del alto porcentaje de RAM, la mayoría se trataban de reacciones post-infusionales, por lo que alemtuzumab se trata de una alternativa para el tratamiento de la EMRR con un perfil aceptable de RAM.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1351. UTILIZACIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA PCSK-9 EN PRACTICA CLÍNICA REAL

AUTORES

VARELA SANJURJO V, VEIGA VILLAVERDE AB, GONZALEZ FREIRE L, GARCIA MAYO ME, GIMENEZ CANDELA RM, BOULLOSA LALE S, CRESPO DIZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. AREA SANITARIA PONTEVEDRA-SALNES. FUNDACION BIOMEDICA GALICIA SUR. MOURENTE, S/N. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad en la práctica clínica real de los inhibidores de la PCSK9 (iPCSK9), evolocumab y alirocumab, en los pacientes a tratamiento por hipercolesterolemia primaria atendidos en el servicio de farmacia de nuestro Área Sanitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal de cohorte histórica de los pacientes que iniciaron tratamiento con iPCSK9 en el periodo Diciembre 2016-Noviembre 2017 y continúan a tratamiento en Abril 2018.

Como material y fuente de datos se utilizaron los registros electrónicos de historia clínica y de dispensación a pacientes externos.

Se incluyeron pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HCFH) e hipercolesterolemia con enfermedad cardiovascular establecida (HCECV), con al menos 6 meses de tratamiento con iPCSK9.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tratamiento hipolipemiente previo y concomitante a iPCSK-9, niveles de colesterol LDL (cLDL) y colesterol total (cTotal) al inicio y al final del periodo de estudio, tiempo de tratamiento, nivel objetivo de cLDL y reacciones adversas (RA).

La efectividad se evaluó como % de reducción de las cifras de cLDL y cTotal desde el inicio hasta los 6, 9 y 12 meses o más de tratamiento.

La seguridad se valoró en función de las RA comunicadas por sospecha de la utilización de iPCSK9.

Los resultados se compararon con los ensayos pivotaes (EP).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 30 pacientes, 13 mujeres (43,3%) y 17 hombres, con una mediana de edad de 60 años (29-75). Tenían HCFH 15 (50%), el otro 50% HCECV.

En cuanto a la terapia hipolipemiente previa, 5(16,6%) pacientes recibían una estatina, 6(20%) ezetimiba, 14(46,6%) ambos tratamientos, 3(10%) otros hipolipemiantes y 2(6,6%) ningún tratamiento. El 36,7% eran intolerantes a estatinas. La mediana de tiempo de tratamiento fue de 12 (6-19) meses.

El objetivo de cLDL a alcanzar era < 70mg/dL en 17 pacientes y < 100mg/dL en 13. Se alcanzó en el 63% de los pacientes. La reducción media de cLDL y cTotal en los pacientes que llevaban 12 o más meses a tratamiento con iPCSK9 fue de 89,7 mg(52% respecto al valor basal) y 90,1mg(35%) respectivamente, en los que llevaban 9 meses fue de 105,2 mg (64,7%) y 95,0 mg (40,46%) y para los que llevaban 6 meses de 32,3 mg(24%) y 40,0 mg (10,1%).

En cuanto al perfil de seguridad los resultados fueron similares a los obtenidos en los EP. Se encontraron RA en el 15,6% de los pacientes (5), de las cuales el 60% (3) fueron infecciones respiratorias de las vías altas, el 20% (1) lesión local en el lugar de administración y 20% (1) astenia tras la primera dosis que cedió espontáneamente.

Conclusiones

Los inhibidores PCSK9 mostraron ser efectivos en la reducción de los niveles de cLDL y cTotal en el periodo de estudio, alcanzando objetivo terapéutico en más de la mitad de los pacientes y con bajo perfil de RA.

A diferencia de los EP en los que se observa efecto máximo entre las 4-12 semanas en nuestro grupo de pacientes se observó una reducción máxima de los niveles de cLDL y cTotal a los 9 meses.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1387. EVALUACIÓN DEL USO Y EFICACIA DE MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE

AUTORES

SANTAMARÍA RODRÍGUEZ S, LÓPEZ BOUZO L, MAJUELOS AICART L, GOITIA BARRENETXEA L, SÁNCHEZ LÓPEZ E, QUESADA MARQUÉS V, RAMOS GIL MÁ, OLIVA HERNÁNDEZ L
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN. BARRANCO DE LA BALLENA, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Evaluar el uso de mepolizumab, su adaptación a las recomendaciones del Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) y su eficacia en los pacientes con tratamiento superior a 6 meses en un hospital de tercer nivel.

El IPT recomienda mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave (AERG) que presenten recuentos de eosinófilos mayor a 500/ μ l o menor a 500/ μ l pero con más de dos exacerbaciones graves en el último año que requieran el uso de más de 2 ciclos de corticoides orales o sistémicos o aumento de la dosis de mantenimiento del mismo durante al menos 3 días, o más de 1 exacerbación grave que requiera hospitalización o ventilación mecánica. En pacientes con AERG, que además sea mediada por IgE, candidatos a recibir mepolizumab u omalizumab, se recomienda la selección según criterios de eficiencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes tratados con mepolizumab entre noviembre 2016 y abril 2018.

Se utilizó el programa de seguimiento de la historia clínica electrónica y el programa de dispensación de fármacos para recoger los siguientes datos: sexo, edad, número de dosis recibidas, recuento de eosinófilos previo al tratamiento, exacerbaciones previas al inicio de mepolizumab en pacientes con recuento de eosinófilos menor de 500/ μ l y respuesta clínicamente relevante tras 6 meses de tratamiento (estimada según la necesidad de rescates con corticoides o visitas a urgencias según se define en los ensayos clínicos), tratamientos suspendidos y tratamiento previo con omalizumab en función de la determinación de IgE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 42 pacientes (31 mujeres y 11 hombres) cuya mediana de edad fue 53,5 años (22 - 86 años) que recibieron una media de 8 dosis (2-17). El 66,7% (28) de los pacientes presentó un recuento de eosinófilos previo al tratamiento mayor a 500/ μ l. Del 33,4% (14) de pacientes restantes, 8 presentaron más de 2 exacerbaciones asmáticas, 2 se encontraban controlados con corticoides orales permanentes y en 4 no se pudo obtener datos.

Evaluamos la respuesta en 22 pacientes que han recibido más de 6 meses de tratamiento. De éstos, 6 han tenido que ir a urgencias en al menos una ocasión y 5 han recurrido al uso de corticoides de rescate.

De los 42 pacientes, 6 han suspendido el tratamiento, 5 por falta de respuesta y 1 por síndrome gripal de elevada duración.

Previo a mepolizumab, 18 pacientes habían recibido omalizumab. De los pacientes que no se trataron con omalizumab (en total 24), 11 tuvieron un título IgE > 76 UI/ml y en 1 no se determinó.

- En nuestro hospital, en la mayoría de los pacientes se siguieron las recomendaciones del IPT para el tratamiento con mepolizumab.

- Aproximadamente, la mitad de los pacientes en los que se evaluó la eficacia han mostrado una buena respuesta a mepolizumab.

- Sería adecuado que en todos los pacientes se determinase IgE para seleccionar mepolizumab u omalizumab según criterios de eficiencia ya que no existen datos suficientes para la recomendación de un tratamiento sobre otro en AERG que además sea mediada por IgE.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1401. EVALUACIÓN DEL USO DE EVOLOCUMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

ROMERO HERNÁNDEZ I, REYES MALIA M, RAMOS LÓPEZ EM, VILLALON MIR MS
HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES. C/JUAN DEL REY CALERO S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de evolocumab en el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar y dislipidemia mixta en un hospital comarcal y compararlos con los obtenidos en los ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para analizar el tratamiento con evolocumab en las indicaciones establecidas en el protocolo de utilización hasta febrero de 2018 en nuestro hospital. Datos registrados: edad, sexo, indicación, tratamiento concomitante, dosis, valores de colesterol total (CT), colesterol-HDL (C-HDL), colesterol LDL (C-LDL) y triglicéridos (TG) antes del inicio con evolocumab y tras 12 semanas de tratamiento, así como efectos adversos y tolerancia al fármaco. Fuentes de información: impreso de solicitud de tratamiento e historia clínica digital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio iniciaron evolocumab nueve pacientes, excluyéndose uno del estudio por no haber llegado a las 12 semanas de tratamiento. La dosis inicial fue de 140 mg/14 días vía subcutánea en todos los casos, modificándose uno de ellos posteriormente a cada 28 días. De los ocho pacientes incluidos, 5 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 64 años (49-80): uno tenía indicación en hipercolesterolemia familiar y siete estaban indicados en dislipidemia mixta en pacientes con cardiopatía isquémica crónica revascularizada. No se había conseguido alcanzar los niveles objetivo de C-LDL con la dosis máxima tolerada de estatinas en un paciente, y 6 pacientes eran intolerantes a las estatinas. Dos pacientes tenían tratamiento concomitante: uno con estatinas más ezetimiba y otro con estatinas. Los valores medios de los parámetros analíticos previos al inicio del tratamiento fueron (mg/dl): CT: 213 (127-291), C-HDL: 38 (30-53), C-LDL: 136 (79-190) y TG: 210 (113-491). Los valores tras 12 semanas de tratamiento fueron: CT: 165 (88-243), C-HDL: 41 (33-49), C-LDL: 89 (28-162) y TG: 195 (93-511). La reducción observada ha sido de 22.5% en CT, 34.6% C-LDL, y 7.1% en TG, y un aumento de 7.9% en C-HDL. Observamos resultados acordes a los resultados obtenidos en ensayos clínicos, aunque ligeramente inferiores (LAPLACE-2, RUTHERFORD-2) CT: -41-42%, C-HDL: 6-8%, C-LDL: -61-72%, y TG: -17-22%. No se ha notificado ninguna reacción adversa al tratamiento.

Un paciente inició tratamiento sin cumplir el requisito de C-LDL > 100 y dos pacientes no obtuvieron un descenso de C-LDL por debajo de 100. En los pacientes de este estudio, la reducción de C-LDL es inferior a la encontrada en los



ensayos clínicos, en los que siempre se observó una reducción mayor al 50%. Es necesario hacer un seguimiento de los pacientes en tratamiento con evolocumab para asegurar un uso de acuerdo al protocolo establecido y a la evidencia científica disponible de forma eficiente.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1403. ESTUDIO PILOTO DE LA ADECUACION POSOLÓGICA AL INGRESO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR.

AUTORES

ÁLVAREZ NÚÑEZ N, ALVAREZ FERNANDEZ I, LOPEZ SUAREZ D, GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, DEL POZO RUIZ J, GUERRA GONZALEZ M, MARTINEZ ALVAREZ E, TEJADA GARCIA M
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIV. DE LEON. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Comprobar la adecuación del régimen de dosificación de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) al ingreso en pacientes diagnosticados de fibrilación auricular no valvular (FANV) con tasa de filtración glomerular (TFG) < 60mL/min.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio piloto trasversal (al ingreso) de mes y medio de duración en hospital de tercer nivel.

Pacientes diagnosticados de FANV en tratamiento con ACOD (rivaroxaban/dabigatrán/apixaban /edoxaban) y TFG < 60mL/min. Los criterios utilizados para definir una correcta posología se basan en fichas técnicas y en el documento del Ministerio de Sanidad “Criterios para el uso de ACOD en prevención del ictus y embolia en FANV”:

Rivaroxabán. Dosificación habitual en FANV: 20mg/24h; reducción-15mg/24h con TFG entre 15-50mL/min.

Dabigatrán. Dosificación en FANV: 150mg/12h; reducción-110mg/12h si TFG entre 15-50mL/min, > 80 años o tratamiento con verapamilo.

Edoxaban. Dosificación: 60mg/24h; reducción-30mg/24h si TFG entre 15-50mL/min, peso≤60kg o tratamiento con ciclosporina/dronedarona/eritromicina/ketoconazol.

Apixaban. Dosificación 5mg/12h; reducción-2,5mg/12h si TFG entre 15-29mL/min o si se cumplen dos de los tres criterios siguientes: edad≥80 años, peso≤60kg o creatinina≥1,5mg/dL.

Se analizaron las variables: sexo, edad, peso, dosis, secuencia horaria, tratamiento concomitante, creatinina y TFG.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica y de registros de dispensación de. Para el análisis de datos se utilizó Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 38 pacientes (20 varones, 18 mujeres). La media de edad fue 81,03±9,80 años.

El valor medio de creatinina fue 1,42±0,43 y el de TFG 44,42±11,57.

Tras analizar la distribución de pacientes por anticoagulante 11 presentaban dosis no adecuadas (7 sobredosificados y 4 infradosificados).

- Rivaroxabán (n=9): De los 5 pacientes con dosis de 15mg/24h todos estaban bien dosificados. De los 4 que reciben dosis de 20mg/24h, uno requirió reducción por TFG=33mL/min.

- Dabigatrán (n=4): 1 paciente con dosis de 110mg/12h bien dosificado. De los 3 pacientes con dosis de 150mg: a uno se le prescribió una vez al día (en domicilio c/12); 2 eran > 80 años, modificándose las prescripciones tras intervención farmacéutica. Ninguno tomaba verapamilo.

- Edoxabán (n=8). De los 3 pacientes con dosis de 30mg/24h, uno estaría infradosificado por no presentar ningún criterio de reducción de dosis. De los 5 pacientes que reciben dosis de 60mg, 3 estarían sobredosificados por TFG entre 15-50mL/min. Ninguno tomaba ninguno de los medicamentos que requieren reducción de dosis.

- Apixabán (n=17). De los 10 pacientes con dosis de 5mg/12h, uno estaría sobredosificado por TFG de 26mL/min. De los 7 pacientes con dosis de 2,5mg: 5 estarían bien dosificados (2: TFG entre 15-29mL/min; 2 > 80 años y peso < 60kg; 1 > 80 años y creatinina > 1,5mg/dL); 2 infradosificados (uno cumplía sólo el criterio de edad ≥80 y el otro no cumplía ningún criterio de reducción de dosis).

Los ACOD son fármacos tomados durante largos periodos, requieren ajustes por edad, peso o TFG, factores que se modifican desde la prescripción inicial.

Este pequeño estudio pone de manifiesto que puede existir un porcentaje importante de pacientes tratados con dosis de ACOD inadecuadas, sirviendo de partida para un estudio posterior extensivo a toda la población de pacientes tratados con ACOD, que permita evaluar la situación real y posibles medidas correctoras.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS/ENFERMEDADES CRÓNICAS/ADHERENCIA

1410. DATOS DE VIDA REAL EN EL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIAS INTESTINALES CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA FUERA DE FICHA TÉCNICA

AUTORES

VILLA DEL BOSQUE G, ORTEGA VALIN L, ALVAREZ NÚÑEZ N, DOMINGUEZ CARBAJO AB, FERRERAS LOPEZ N, GONZÁLEZ GONZALEZ MA, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIV. DE LEON. ALTOS DE NAVAS, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

El sangrado gastrointestinal por angiodisplasias intestinales (AI) genera gran morbimortalidad entre los pacientes. La comorbilidad que presentan es alta y las primeras líneas de tratamiento fracasan, por lo que se recurre a terapias fuera de ficha técnica con escasa evidencia.

Se pretende evaluar los resultados de la práctica clínica habitual con el uso de análogos de somatostatina (AS) en AI. Se busca establecer algún factor predictor de éxito terapéutico (FPET).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo entre 2013-2017. Se incluyeron pacientes adultos con sangrado gastrointestinal atribuible a AI en tracto gastrointestinal refractarios o no candidatos a terapia con hierro intravenoso, tratamiento endoscópico o quirúrgico. Todos los pacientes estaban en tratamiento con octreótido/lanreótido. Se analizaron las variables ingresos y transfusiones con intención de identificar criterios objetivos de éxito terapéutico. Para establecer FPET, se analizaron: edad, comorbilidades, localizaciones de las lesiones y presencia de anticoagulación o antiagregación concomitante. Se estableció como criterio de éxito, la persistencia del primer tratamiento pautado durante al menos seis meses. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y de registros de dispensación de farmacia. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007 y la calculadora epidemiológica del Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, 25 hombres (58,1%) y 15 mujeres (34,9%). La media de edad fue $82 \pm 6,2$. El número inicial de pacientes era 55, se excluyeron 12: 7 por traslado, 3 por fallecimiento antes del inicio de tratamiento, 1 la primera semana y 1 por iniciar el tratamiento con la talidomida. La media de comorbilidades relacionadas directamente con AI fue $7,28 \pm 2,1$. Insuficiencia renal: 20(46,5%), insuficiencia cardíaca: 25(58,1%), patología valvular: 20(46,5%), fibrilación auricular 21(48,8%) y cirrosis 4(9,3%). El número de pacientes que ha recibido anticoagulación/antiagregación en de 25(62,5%). El porcentaje de pacientes con localizaciones múltiples fue 75% y aisladas 25%. Duración del 1er tratamiento: $10,15 \pm 7,17$ meses. Se considera éxito: pacientes que mantienen el primer tratamiento durante al menos 6 meses, N=30 (75%). Fracaso. N=10: Muerte, 5 pacientes murieron por causas relacionadas con las AI en el periodo de seis meses pos-tratamiento; cambios de tratamiento 1, suspensión 4. Media de ingresos los 3 meses ($p=0,174$) pre-tratamiento: 1,19; post-tratamiento: 1,03. A los 6 meses ($p=0,088$) pre-tratamiento: 1,86; post-tratamiento: 1,48. Media de transfusiones los 3 meses ($p=0,001$) pre-tratamiento: 6,65; post-tratamiento: 3,38. A los 6 meses ($p=0,053$) pre-tratamiento: 8,90; post-tratamiento: 6,45. Para establecer FPET, se analizaron: edad ≥ 80 años, OR(IC 95%) 1.00 (0.21-4.77); nº comorbilidades directamente relacionadas ≥ 3 , OR(IC 95%) 1.78 (0.39-8.27); nº comorbilidades totales ≥ 7 , OR(IC 95%) 1.00 (0,23-4.31); localizaciones múltiples de lesiones, OR(IC 95%) 1.41 (0,29-6.94) y presencia de anticoagulación/antiagregación, OR(IC 95%) 2.00 (0.47-8.56). Un elevado porcentaje de pacientes alcanzan el éxito terapéutico, si bien el criterio establecido es subjetivo y cuestionable. Sólo la reducción del número de transfusiones parece apoyar de forma objetiva este hallazgo. Hay una notable mortalidad entre los pacientes tratados. Ninguno de los factores estudiados mostró una relación significativa con el resultado terapéutico obtenido posiblemente por el reducido número de casos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

22. BENEFICIO EN SUPERVIVENCIA GLOBAL DEL GEMTUZUMAB OZIGOMICINA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CD33+ DE NOVO SEGÚN REANÁLISIS BASADO EN EL MÉTODO AUC

AUTORES

CALZADO GÓMEZ G, ALEGRE DEL REY EJ, DÍAZ NAVARRO J, SALMERÓN NAVAS FJ, BRICEÑO CASADO P, GIL SIERRA D, CAMEÁN CASTILLO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. HUERTOS RANCHAL, MARIA JESÚS. CTRA. N-IV KM. 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Según los resultados del ensayo pivotal ALFA-0701, de Gemtuzumab Ozogamicina (GO) a bajas dosis en LMA CD33+ de novo, excluyendo síndromes mielodisplásicos, en combinación con citarabina (AraC) y daunorrubicina (DNR) (esquema 3+7) comparado con el régimen tradicional 3+7, el beneficio en SG, variable secundaria del ensayo, alcanza diferencia entre medianas de 14.8 meses (HR 0.69 IC95%(0.49-0.98)). Sin embargo, la representación de Kaplan-Meier muestral que la diferencia de medianas puede estar sobrestimando el beneficio. El objetivo de nuestro estudio es reanalizar el beneficio incremental de la adición de GO según el método AUC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las curvas se tomaron de los resultados del ensayo pivotal. El método gráfico basado en AUC, se aplicó a la curva Kaplan-Meier de SG. La aplicación de este método validado se basa en el cálculo de AUC tras un corte vertical realizado en el último punto donde presenten al menos 10 pacientes en cada grupo o 30 en total. Se usó Photoshop CS6 para el cálculo de AUC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mediana de seguimiento del estudio original fue de 20 meses. El punto de corte de referencia para el reanálisis se hizo en el mes 30, con 16 pacientes a riesgo en brazo control y 25 en brazo de GO. Quedaron incluidos en la observación los eventos del 48% de los pacientes (pte incluir pace n % según calculo pixles). Se obtuvieron 3,2 meses de beneficio incremental al añadir GO al régimen tradicional. Si se excluye el 20% de pacientes con peor pronóstico que no obtienen ningún beneficio, la ganancia de SG de los pacientes restantes sería de 5.5 meses, calculado por AUC.

La utilización del análisis basado en AUC, muestra un menor beneficio clínico respecto a los resultados publicados del ensayo pivotal (3.2 vs 14.8 meses). El reanálisis solo pudo considerar eventos en el 48% de los pacientes incluidos; el resto carecía de datos fiables debido a la inmadurez del estudio. Para una valoración más fiable sería necesario un periodo mayor de seguimiento. Sin embargo, los datos de AUC, muestran la sobreestimación que supone la diferencia de medianas en este caso, probablemente debido a la forma de las curvas de SG, que se separan en el punto medio. La menor ganancia en SG calculada por AUC puede tener implicaciones en la evaluación del beneficio clínico y en la determinación del precio de este nuevo medicamento

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

25. EVOLUCIÓN DEL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN ESPONDILOARTRITIS ESTA ÚLTIMA DÉCADA. CUANTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN DICHA EVOLUCIÓN

AUTORES

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ MÁ, VILLAMAÑÁN BUENO E, JIMÉNEZ NÁCHER I, MORENO RAMOS F, PLASENCIA RODRÍGUEZ C, Balsa Criado A, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. Pº DE LA CASTELLANA 261. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la evolución del coste por paciente/año y del coste por paciente/año/medicamento en pacientes diagnosticados de espondiloartritis en tratamiento con medicamentos biológicos, así como analizar y cuantificar los factores que influyeron en la evolución de dichos costes tales como la optimización de medicamentos biológicos mediante la monitorización de niveles de fármaco en sangre, el uso de biosimilares, y los descuentos oficiales y obtenidos tras procedimientos negociados. Además, evaluar parámetros clínicos de actividad propios de la enfermedad en dichos pacientes a lo largo del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, realizado en un hospital terciario español. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de espondiloartritis axial radiológica y no radiológica en tratamiento con biológicos desde 2009 a 2017. Los datos económicos se obtuvieron del programa de prescripción/dispensación de medicamentos a pacientes externos FarmaTools2.5® del Servicio de Farmacia. Los cálculos se realizaron en base a la metodología establecida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Los datos clínicos de actividad de la enfermedad se extrajeron de la base de datos del Servicio de Reumatología.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 129, 215 y 251 pacientes en 2009, 2013 y 2017, respectivamente. El gasto anual en espondiloartritis aumentó de 1.214.734€ en 2009, 1.284.168€ en 2013 a 1.496.316€ en 2017. El coste paciente/año disminuyó de 11.604€ en 2009, 8.513€ en 2013 a 7.077€ en 2017. Los fármacos más costo-efectivos en 2017 fueron infliximab, etanercept y secukinumab alcanzando un coste paciente/año/medicamento de 5.359€, 6.184€ y 6.709€, respectivamente.

La competencia establecida por la introducción de nuevos biológicos en el mercado condujo a mayores descuentos y bonificaciones en la adquisición de dichos medicamentos a lo largo de los años. Así, en 2017 se alcanzaron descuentos del 14% y 29,5% en etanercept y su biosimilar; 11,5%, 17,8%, 17,9%, 19,8% en adalimumab, certolizumab, golimumab y secukinumab, respectivamente, así como un 24,6% y 43,1% en infliximab y su biosimilar.

A lo largo del estudio aumentó el porcentaje de pacientes con terapias optimizadas del 8,9% en 2010 al 43,0% en 2017. El porcentaje de pacientes optimizados fueron 73,2% con infliximab, 46,4% con adalimumab, 40,0% con etanercept y 39,2% con golimumab, con diferencias estadísticamente significativas en los parámetros clínicos analizados en grupo de pacientes optimizados versus no optimizados ($p < 0.001$).

Debido a todo lo expuesto anteriormente, el ahorro anual en 2017 fue de 979.240€. Dicho valor se desglosa en 638.916€ debido a la optimización de dosis y/o pautas de administración de biológicos, 186.327€ correspondiente al 7,5% del descuento oficial implementado por el Real Decreto-Ley 4/2010 y 153.997€ obtenidos en procedimientos negociados y bonificaciones.

La disminución del coste de adquisición de biológicos a lo largo del periodo de estudio mediante descuentos oficiales y procedimientos negociados, junto a la optimización de terapias mediante la monitorización de niveles plasmáticos de fármacos biológicos, han dado lugar a un descenso considerable en el coste anual por paciente, a pesar del aumento en el número de pacientes tratados y el gasto anual a lo largo del estudio. La optimización de los tratamientos fue el factor que contribuyó en mayor medida a dicho descenso.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

57. REGISTRO DE ENSAYOS CLÍNICOS EN BASES DE DATOS DE ACCESO PÚBLICO

AUTORES

ROSÓN SÁNCHEZ E, PÉREZ GONZÁLEZ C, SÁENZ DE TEJADA M, TALLÓN MARTÍNEZ JC, PÉREZ MORALES A, LARROSA ESPEJO I, HERNANDO LLORENTE G, MARTÍNEZ SESMERO JM
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. CALLE DEL PROF MARTÍN LAGOS, S/N. MADRID

OBJETIVOS

La inscripción de los ensayos clínicos (EECC) autorizados en España en el Registro Español de Estudios clínicos (REec) fue puesta en marcha por la AEMPS en mayo de 2013 y posteriormente regulada por el Real Decreto 1090/2015 (entrada en vigor 24/12/15).

La normativa aplica a los EECC con medicamentos de uso humano autorizados por la AEMPS desde el 1 de enero de 2013, a excepción de los EECC de fase I con población no pediátrica. A nivel internacional, también están disponibles otras bases de datos como Clinical Trials (CT) y EU Clinical Trials register (EUCTR).



La existencia de estos recursos facilita el acceso a la información de EECC tanto a profesionales sanitarios como a la población general.

Determinar el porcentaje de inclusión en el REec de los EECC con medicamentos llevados a cabo en un hospital de tercer nivel, y su registro en otras bases de datos de EECC como Clinical Trials (CT) y EU Clinical Trials register (EUCTR).

Describir el diseño y características de los EECC incluidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los EECC con medicamentos iniciados en un hospital de tercer nivel desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de marzo de 2018. Se obtuvieron los siguientes datos a partir de los programas informáticos disponibles (pKENSAYOS y GIDEC), protocolos de los EECC y registros: fase, tipo de promotor, ámbito nacional/internacional, controlado/no controlado, servicio implicado y registro en REec, CT y EUCTR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 223 EECC.

Principalmente se trataba de EECC de fase III (51,1%), seguidos de fase II (32,7%), fase I (8,0%), fase IV (6,7%), fase I-II (0,9%) y fase II-III (0,9%).

En su mayoría fueron EECC controlados (81,6 %) e internacionales (87,4%).

En cuanto al servicio implicado, los estudios corresponden a Oncología (41,2%); Neurología (7,2%); Digestivo (5,4%); Cardiología (5%); Farmacología (4,5%); Pediatría (4,0%); Infecciosas (3,6%); Oftalmología (3,6%); y otros servicios (25,5%).

En relación al registro en el REec, CT y EUCTR, el 87,4% de los EECC constaba en las tres bases de datos.

El 5,8% de los ensayos (13) no estaban registrados en ninguna de las tres.

En el REec, 20 ensayos no estaban registrados (9,0%). De estos, 15 ensayos eran de fase I no pediátricos sin obligatoriedad de registro y los 5 restantes fueron de fase II (2), III (2) y de fase II/III (1), sin características comunes entre ellos.

La mayor parte (97,7%) de los EECC con obligatoriedad de ser registrados en el REec están incluidos.

El acceso público de profesionales y población general a las bases de datos de EECC facilita la transparencia y accesibilidad a la información. Los EECC incluidos en CT y EUCTR están redactados en un lenguaje técnico y más dirigido a profesionales sanitarios. La aparición de REec favorece la autonomía de los pacientes gracias al idioma del contenido y a su sencillo e intuitivo acceso a la información de los EECC. La no inclusión de los EECC va en contra de los principios científicos, éticos y legales al no poder el paciente acceder a ellos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

85. ELABORACIÓN DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE CENTROS SOCIO-SANITARIOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES

ALVAREZ SANCHEZ MJ, BUJAN DE GONZALO L, CEA PEREIRA L

SUBDIRECCION XERAL DE FARMACIA. SERVICIO GALEGO DE SAUDE. SAN LAZARO S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Disponer de un instrumento para optimizar y homogeneizar la prestación farmacéutica en centros socio-sanitarios incluidos en el Programa de atención farmacéutica (PAF) de la comunidad adaptando los recursos farmacoterapéuticos a este ámbito asistencial.

DISEÑO

Creación de un grupo de trabajo integrado por catorce farmacéuticos que desarrollan su actividad en el ámbito socio-sanitario, dos por cada área sanitaria de la comunidad. El proyecto se coordinó desde servicios centrales y contó con la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica (CACFT) como grupo revisor externo.

CIRCUITO Y ETAPAS

La necesidad de disponer de una guía farmacoterapéutica de residencias socio-sanitarias (GFTRSS) común surge dentro del marco del PAF que se proporciona actualmente a 107 centros, dando cobertura al 52,7% de las plazas residenciales existentes en la comunidad.

El grupo de trabajo definió los criterios de selección de principios activos:

indicación en patologías prevalentes,

eficacia demostrada y perfil de seguridad conocido,

menor incidencia de reacciones adversas y/o interacciones con los medicamentos más utilizados en esta población,

pautas posológicas cómodas que favorezcan la adherencia y dosis idóneas para las características especiales de estos pacientes,

adecuación de formas farmacéuticas a posibles incapacidades físicas del anciano (alteraciones de la deglución, sondas de nutrición enteral...),

medicamentos que maximizan eficiencia y resultados en salud.

De manera general, se excluyeron aquellos medicamentos que deberían evitarse en personas mayores por resultar ineficaces o presentar un riesgo innecesario frente alternativas más seguras, según criterios explícitos de consenso (Criterios Beers, STOPP-START).

Se consensuaron los siguientes contenidos: dosis, forma farmacéutica, vía administración, observaciones (medicamentos de estrecho margen terapéutico, estupefaciente, psicotropo, diagnóstico hospitalario, medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos...), enlaces de interés (alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, informes de posicionamiento terapéutico, dictámenes de la CACFT...), período de validez, condiciones especiales de conservación y consejos de administración. Además, se incluyeron introducciones por grupo terapéutico y tablas de equivalentes.



En la elaboración de la GFTRRSS se establecieron las siguientes etapas:

- 1ª) revisión y selección consensuada de principios activos y presentaciones.
- 2ª) redacción y puesta en común de los contenidos adicionales.
- 3ª) fase de alegaciones por la CACFT y aprobación posterior.
- 4ª) maquetación y corrección de erratas por el grupo coordinador.
- 5ª) autorización de la comisión de publicaciones de la consejería.

IMPLANTACIÓN

La guía fue difundida entre todos los equipos directivos y equipos multidisciplinares implicados en la atención socio-sanitaria, implantándose con éxito en el 100% de los centros incluidos en el PAF.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se incluyeron 263 principios activos, 359 presentaciones de medicamentos, 43 tablas de alternativas terapéuticas equivalentes y 4 anexos.

Se editó en formato on-line, con navegabilidad web y accesibilidad a través de la intranet/ internet.

En cuanto a las limitaciones, es imprescindible su mantenimiento y actualización continua conforme a la evidencia científica disponible.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Constituye una nueva GFTRRSS de referencia, siendo una herramienta práctica y útil para los profesionales sanitarios, facilitando la conciliación de tratamientos, garantizando la continuidad entre niveles asistenciales, contribuyendo a la seguridad, sirviendo de ayuda para la correcta conservación y administración de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

74. EVALUACIÓN DE PETICIONES DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO Y EN SITUACIONES ESPECIALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

MARIN GORRICHIO R, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, NUÑEZ RODRIGUEZ J, GONZALEZ PEREZ Y, CASAJUS NAVASAL A, CALVO ARAGÜETE ME
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar y estudiar las peticiones de medicamentos de alto impacto y en situaciones especiales que requieren autorización previa a la dispensación en un hospital de tercer nivel.

Describir la creación de un grupo de evaluación de medicamentos en la comunidad autónoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 13 meses de duración. Se evaluaron todas las peticiones recibidas desde el 1 de marzo de 2017 al 31 de marzo de 2018. Estas peticiones se clasificaron en peticiones de alto impacto económico y por otro lado en peticiones de uso compasivo de medicamentos en investigación, en medicamentos extranjeros y en medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas ("off label") según el Real Decreto (RD) 1015/2009 de 19 de junio.

Se obtuvieron datos de: servicio peticionario, medicamento, tipo de petición, indicación, autorización o denegación. Se recogieron de la historia clínica y de la base de datos creada en formato Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo del 1 de marzo de 2017 al 31 de marzo de 2018 se recibieron un total de 521 peticiones de alto impacto y 56 de medicamentos en situaciones especiales. Ésto supuso una media de $43,41 \pm 9,89$ (24-58) peticiones de medicamentos al mes incrementando el número de peticiones en los últimos meses.

Se estudió el porcentaje de peticiones de alto impacto según el servicio peticionario, siendo de mayor a menor: oncología 182 peticiones (34,93%), hematología 84(16,12%),reumatología 63 (12,09%), digestivo 48 (9,21%), dermatología 45 (8,64%),neurología 26 (4,99%),alergología 22 (4,23%),neumología 21 (4,03%),oftalmología 8 (1,54%), oncología-radioterápica 6 (1,15%),urología 6 (1,15%),paliativos 4 (0,76%),medicina interna 3 (0,58%), pediatría 2 (0,39%) y psiquiatría 1 (0,19%). Los medicamentos más solicitados en el hospital durante este periodo de tiempo han sido: Adalimumab (68 peticiones), Nivolumab (41 peticiones) y Etanercept (35 peticiones). De todas las peticiones de alto impacto el 93%(483) fueron autorizadas y el 7% (38) restante denegadas.

Respecto a las 56 peticiones de medicamentos en situaciones especiales, 44 (78,57%) fueron "off label", 10 (17,85%) de uso compasivo y 2 (3,58%) de medicamentos extranjeros. Se estudió el porcentaje de este tipo de peticiones según el servicio peticionario, de mayor a menor: oncología 11 peticiones (19,65%), hematología 6(10,72%),reumatología 6(10,72%), digestivo 6(10,72%), paliativos 5 (8,93%),oftalmología 4(7,14%), medicina interna 4 (7,14%), nefrología 4(7,14%), neurología 3 (5,36%), dermatología 2 (3,57%),cardiología 2(3,57%),alergología 1(1,78%),psiquiatría 1(1,78%), infecciosas 1(1,78%). De todas las peticiones de medicamentos en situaciones especiales, el 98,2%(55) fueron autorizadas y el 1,8% (1) restante denegadas.

Conclusiones

El porcentaje de peticiones autorizadas de medicamentos de alto impacto y en situaciones especiales es alto y existe un claro incremento de éstas debido a la aparición continua de nuevos fármacos innovadores de alto impacto. Oncología y hematología constituyen los servicios que más medicamentos de este tipo solicitan.

Es necesario potenciar la realización de protocolos en el hospital para facilitar estos procesos. Por ello, para garantizar un uso racional del medicamento, mayores niveles de transparencia en la toma de decisiones y una utilización segura, basada en la evidencia y coste-efectiva para el hospital se ha creado recientemente un grupo de trabajo de evaluación de medicamentos del área de la comunidad autónoma.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**77. ANÁLISIS DEL USO DE TOCILIZUMAB FUERA DE INDICACIÓN EN ORBITOPATÍA DE GRAVES****AUTORES**

MARIN GORRICO R, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, NUÑEZ RODRIGUEZ J, GONZALEZ PEREZ Y, CASAJUS NAVASAL A, CALVO ARAGÜETE ME
HOSPITAL SAN PEDRO. PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Describir la utilización del medicamento tocilizumab en uso fuera de indicación “off label” en pacientes con orbitopatía de la enfermedad de Graves (OG).
Analizar la efectividad y seguridad del tratamiento en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado desde marzo de 2017 a marzo de 2018 en pacientes con orbitopatía de Graves moderada-severa refractarios a megadosis de corticoides y que recibieron tratamiento con tocilizumab fuera de indicación. Se analizaron los primeros casos tratados en un hospital de tercer nivel con este medicamento y se recogieron datos de edad, sexo, servicio peticionario, tratamiento previo recibido, dosis de tocilizumab, número de ciclos administrados, duración del tratamiento, escala CAS (puntuaje de actividad clínica) antes del inicio y tras el tratamiento, niveles de TSI (anticuerpos antireceptores de la TSH) y de toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 3 pacientes que recibieron tratamiento con tocilizumab durante el periodo de estudio. Las tres pacientes eran mujeres y la edad media fue $46 \pm 8,66$. El 66,6%(2) de las peticiones recibidas fueron del servicio de oftalmología y el resto de endocrinología. Todas las pacientes recibieron previamente tratamiento con antitiroideos (tiamazol) en combinación con hormona tiroidea y además tandas de corticoides en dosis altas tanto por vía oral como intravenosa. Frente a la ineficacia de estos tratamientos las 3 pacientes están recibiendo tocilizumab, una ha recibido 9 ciclos hasta la fecha, otra 4 y otra 2 ciclos. El número de ciclos medio recibido es $5,5 \pm 4,9$. En nuestro estudio dos pacientes han recibido dosis de 8mg/kg y una de 4mg/kg, cada 4 semanas vía intravenosa.

Para analizar la efectividad del tratamiento se ha evaluado la puntuación en la escala CAS antes y después del tratamiento. Una paciente antes del inicio presentaba CAS 3/7, y tras 2 dosis CAS 2/7, tras 5 dosis CAS 1/7. Otra paciente antes del inicio presentaba CAS 5/7, tras 1 dosis CAS 3/7, tras 2 dosis CAS 1/7 y la otra antes del inicio presentaba CAS 7/7, tras 1 dosis CAS 5/7, tras 2 dosis CAS 4/7, tras 3 dosis 3/7 y tras 4 dosis 2/7. Un valor de $CAS \geq 3/7$ supone enfermedad ocular activa. El tiempo medio en normalizarse el CAS en las pacientes ha sido de $3 \pm 1,41$ ciclos. Todas las pacientes tras el tratamiento han presentado mejoría de la diplopía, retracción variable y reducción de los anticuerpos antireceptores de la TSH.

La tolerabilidad al tratamiento en general ha sido buena, solamente una paciente ha requerido retraso del tratamiento una semana por neutropenia. Otra paciente como efecto adverso ha presentado astenia y otra hipotiroidismo iatrogénico.

Conclusiones

La orbitopatía de Graves es la manifestación extratiroidea más frecuente en la enfermedad autoinmune del tiroides. La OG grave y refractaria a tratamientos convencionales como corticoides no tiene actualmente más alternativas de tratamiento. El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL6 que constituye una gran opción en esta patología usado como “off label”. En nuestros pacientes ha demostrado ser efectivo y con un perfil de seguridad bueno y bien tolerado.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**92. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA A TRAVÉS DE RECETA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****AUTORES**

SANCHEZ CUENCA MJ, ROMERO CANDEL G
HOSPITAL DE HELLIN. C/ JUAN RAMON JIMENEZ S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar el perfil de prescripción farmacológica a través de receta en un Servicio de Medicina Interna

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las prescripciones en receta realizadas a todos los pacientes atendidos en este servicio tanto al alta como en la consulta durante un periodo de 8 meses a través del Programa de Explotación de datos de Prescripción en Receta

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Los cinco grupos de fármacos más prescritos por este Servicio (en cuanto a numero de envases) fueron:

- H02A2. Glucocorticoides, 341 envases
- J03D. Otros quimioterápicos, 282 envases
- B04A. Preparados hipolipemiantes/antiateromatosos, 257 envases
- C02E. Hipotensores de acción sobre el sistema Renina-Angiotensina, 218 envases
- C07A. Bloqueadores beta-adrenérgicos, 216 envases

Sin embargo, los grupos de fármacos que suponen un mayor importe total, así como el porcentaje del importe total fueron los siguientes:

- B01A. Anticoagulantes orales (12,63%)
- B01A2. Anticoagulantes inyectables (10,69%)
- X0000. Productos dietoterapicos (7,38%)
- A10B. Antidiabeticos orales (6,55%)
- M05A. Otros preparados del Aparato Locomotor (5,85%)

Dentro del grupo de anticoagulantes orales, la distribución de prescripción fue la siguiente:

- Apixaban, 49,7%
- Dabigatran, 12,2%
- Rivaroxaban, 17,7%
- Edoxaban, 20,2%

Dentro de este grupo, el fármaco de menor coste medio fue edoxaban: 81,3€/envase.

Dentro del grupo de anticoagulantes inyectables, el 95% de los envases prescritos fueron de enoxaparina, y el resto (5%) de nadroparina. La diferencia de coste medio por envase entre ambos fármacos fue considerable: 102,2 € mayor enoxaparina con respecto a nadroparina.

Dentro del grupo de los antidiabéticos orales el fármaco de mayor prescripción fue la linagliptina, con un coste medio de 59,9€. El fármaco de mayor coste de este grupo fue Duloglutida (151,9€/envase).

Dentro del grupo de otros preparados del aparato locomotor cabe destacar el impacto económico que supone la prescripción de Denosumab, con un coste medio por envase de 225,5 €.

En cuanto al grupo de preparados hipolipemiantes, la distribución fue como sigue a continuación:

- Atorvastatina, 50,8 %
- Simvastatina, 17,2%
- Atorvastatina+ezetimiba, 9,4%
- Pravastatina+Fenofibrato, 8,2%
- Otros, 14,4%

La especialidad de mayor coste dentro de este grupo fue la asociación: atorvastatina+ezetimiba, 82,1 €/envase.

Finalmente, dentro del grupo de broncodilatadores y otros antiasmáticos, el porcentaje de prescripción fue el siguiente:

- Salbutamol+ipatropio, 34,2%
- Olodaterol+tiotropio, 26,5%
- Salbutamol, 21,9%
- Ipatropio, 17,4%

El fármaco de mayor coste de este grupo fue la asociación: Indicaterol+glicopirronio, 86 €/envase.

De forma global considerando todas las prescripciones el fármaco de mayor coste por envase fue Teriparatida: 405,3 €/envase.

Conclusiones

Se puede apreciar que dentro de un mismo grupo farmacológico existe una gran disparidad de fármacos prescritos, existiendo a su vez grandes diferencias en cuanto a coste medio por paciente. Esto hace necesario establecer estrategias de priorización de fármacos en función de su relación coste beneficio, de manera que se prescriban mayoritariamente aquellos fármacos más eficientes, evitando así sobre costes innecesarios.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

94. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ANTICOAGULANTES EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES

SANCHEZ CUENCA MJ, RODRIGUEZ MARTIN B, ROMERO CANDEL G
HOSPITAL DE HELLIN. C/ JUAN RAMON JIMENEZ S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de utilización de nuevos anticoagulantes orales en comparación con acenocumarol, así como evaluar su repercusión económica en nuestra área.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las prescripciones de anticoagulantes orales durante un periodo de 8 meses en el área de nuestra Gerencia Integrada. Para ello se extrajeron los datos de prescripción en receta del Programa de Explotación de Datos en Receta. El periodo de estudio fue desde Enero hasta Agosto de 2017, detallado por paciente y fármaco incluyendo número de envases prescritos de cada fármaco y coste promedio por paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 1689 pacientes del estudio el 59,08% de ellos tenían prescrito acenocumarol y el resto (40,92%) alguno de los nuevos anticoagulantes. Dentro de los nuevos anticoagulantes, la distribución por paciente fue la siguiente:

- Dabigatran: 17,22%
- Rivaroxaban: 27,21%
- Edoxaban: 5,21%
- Apixaban: 50,36%

En cuanto a dabigatran, la mayoría de los pacientes estaban con la dosis de 110mg (70,58%); rivaroxaban, la dosis mayoritaria fue la de 20mg (75%), mientras que para edoxaban fue la de 60mg (77,77%) y para apixaban la dosis de 5mg (60,34%).



En referencia al coste promedio por paciente y mes (según consumo de las diferentes dosis) la diferencia entre ellos sería el siguiente:

-Acenocumarol: 1,73 €

-Nuevos anticoagulantes orales: 67,24 €. Distribuido según los diferentes anticoagulantes nuevos quedaría de la siguiente manera:

-Dabigatran: 70,81 €

-Rivaroxaban: 73,59 €

-Edoxaban: 68,85 €

-Apixaban: 70,77 €

El coste global para el periodo de 8 meses fue de 391.138 € para el conjunto de los nuevos anticoagulantes frente a 13.872 € para acenocumarol.

Conclusiones

La utilización de nuevos anticoagulantes en la actualidad llega a ser cercana al 50% de los pacientes anticoagulados, y se prevé que esa cifra siga en aumento de forma progresiva debido a las ventajas que presentan en cuanto a perfil de seguridad y en cuanto a comodidad para el paciente. Sin embargo, este uso creciente va acompañado también de un importante aumento del coste de la utilización de anticoagulantes, pasando de un coste medio por paciente de 1,73€ al mes a un coste entre 68-73€ según especialidad. Dentro de los nuevos anticoagulantes es el apixaban el más utilizado (superior al 50%) con respecto a los otros 3 fármacos. Encontramos además ciertas diferencias de coste medio de unos fármacos a otros. Por tanto, sería necesario establecer algoritmos de prescripción para seleccionar de manera adecuada uno u otro fármaco basado en criterios de eficiencia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

110. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS Y DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES

VILLACAÑAS PALOMARES MV, DE LA MAZA URIARTE I, MARTÍNEZ DE ARRIBA R
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CARRETERA ORÓN, S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Tras la reciente creación del grupo PROA (programa de optimización del uso de antimicrobianos) en el centro, se estipuló la necesidad de conocer la situación actual en el consumo de antimicrobianos para poder identificar los puntos de mejora y diseñar un plan de actuación.

Objetivos: Análisis del consumo de antimicrobianos con el objetivo de planificar y diseñar las acciones más adecuadas del programa de optimización del uso de antimicrobianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo del consumo de antimicrobianos de un hospital de 114 camas de las cuales 108 disponen de sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria.

Se incluyeron para su análisis las prescripciones de los subgrupos químicos desde el J01AA al J01XA en el periodo 2013 a 2017 de todos los servicios del hospital.

Las unidades de medida fueron la DDD/100 estancias. Dichos datos fueron extraídos del programa informático Farmatools® y de los informes anuales de admisión del centro. Se diseñó una hoja de recogida de datos para facilitar su análisis con las siguientes variables: año, DDD/100 estancias por principio activo y por subgrupo químico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número total de DDD/100 estancias del grupo J01 prescritas en los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 fueron de 113,8; 117; 109,8; 105,9 y 103,8 respectivamente. El principal subgrupo químico consumido fue el J01CR (penicilinas, incl. inhibidores de beta-lactámicos) cuyo consumo fue disminuyendo de 41,33 en 2013 a 32,9 en 2017. Tras él, se encuentran los subgrupos J01MA (fluorquinolonas antibacterianas) y J01DC (cefalosporinas de segunda generación) con un consumo en 2017 de 25,7 y 8,8 respectivamente.

Aunque la evolución del consumo general es descendente, los grupos de J01DH (carbapenemes), J01FA (macrólidos), J01DC, J01DD (cefalosporinas de tercera generación), J01FF (lincosamidas) y J01DB (cefalosporinas de primera generación) han presentado una variación incremental del 48,2%, 35,2%, 31,2%, 13,3%, 12,4% y 12,1%, respectivamente en los últimos dos años.

Con el fin de contribuir a la mejora del uso de antimicrobianos, pero con la problemática de disponer de limitados recursos humanos y materiales, se decide seleccionar como primera diana de actuación del PROA pacientes con diagnóstico de sepsis que presenten tratamiento con alguno de los siguientes subgrupos químicos: J01DH, por ser el que mayor aumento ha experimentado en los últimos dos años y J01CR por ser el subgrupo más prescrito. Las intervenciones planificadas fueron: revisión de la duración del tratamiento, desescalado antimicrobiano, ajuste posológico por función renal y prescripción inadecuada según indicación y/o antibiograma.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

189. COSTES DIRECTOS EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON BIOLÓGICOS: ESTUDIO DE VIDA REAL

AUTORES

MARTINEZ LOPEZ DE CASTRO N, SAMARTÍN UCHA M, ÁLVAREZ PAYERO M, MARTÍN VILA A, PIÑEIRO CORRALES G, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ M, MACEIRAS PAN F, PEGO REIGOSA JM
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. CLARA CAMPOAMOR 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

La artritis reumatoide (AR), la espondilitis anquilosante (EA) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades autoinmunes, inflamatorias y crónicas con un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes. Las terapias biológicas (TBs) han provocado un cambio radical en el curso de estas enfermedades, pero con un alto impacto económico. El conocer el coste de las TBs y los recursos hospitalarios utilizados en la práctica clínica habitual nos permite establecer estrategias de priorización de gasto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con artropatías inflamatorias crónicas (AIC): AR, EA y APs que iniciaron TB (abatacept, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, tocilizumab y ustekinumab) a partir del 1 de enero de 2009 hasta enero de 2017 con seguimiento en el Servicio de Reumatología de más de 6 meses. Variables demográficas: edad y sexo; relacionadas con la AIC y sus comorbilidades: datos clínicos y analíticos (PCR, VSG, hemoglobina, DAS y BASDAI) y años de evolución de la enfermedad; variables sobre las TBs: posología, tratamientos concomitantes, adherencia, número de líneas y efectos adversos; variables de costes (costes directos): se utilizó la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS). El coste total fue la suma del coste farmacológico (precio venta laboratorio) real (según dispensaciones de Farmacia) y el coste no farmacológico (ingresos hospitalarios, pruebas de imagen y visitas al Servicio de Urgencias, consultas de especialistas, consultas de Farmacia y Hospital de Día). Se aplicaron las tarifas de la legislación autonómica. Se realizó un análisis multivariante de los posibles factores asociados a un menor gasto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 362 pacientes y 478 líneas de TB, 1,7 líneas/ paciente (DE 1,1). El coste total que supusieron las AICs fue: 11.722.373,3 €. El coste no farmacológico fue: 2.065.792,6 € (15,0 % del coste total). La media de coste total por paciente/ año fue: AR (n=123): 11.887,3 € (DE 2.693,0 €), EA (n= 76): 11.059,4 € (DE 2.293,9 €) y APs (n=63): 11.558,9 € (DE 2.127,3 €). La media de coste no farmacológico por paciente/ año fue: AR (n=123): 1.699,0 € (DE 1.977,9 €), EA (n= 76): 1.095,5 € (DE 1.142,7 €) y APs (n=63): 1.015,8 € (DE 697,7 €); p=0,022. El etanercept y el golimumab fueron los fármacos con un menor coste real por paciente/ año: 9.358,0 € (DE 2.106,9 €) y 9.643,0 € (DE 1.488,7 €) respectivamente. El coste real de las TB fue hasta un 18% menor que el teórico. Los factores que se correlacionaron con menor gasto total fueron: TB subcutáneas, TB "optimizadas" y fármacos anti- TNF.

Conclusiones

El coste de las AIC según la perspectiva del SNS es similar, aunque la AR es la enfermedad con mayor consumo de recursos hospitalarios no farmacológicos. El coste real de las TBs varía respecto al teórico e influye de forma significativa en el coste total de las AIC. Este estudio tiene limitaciones como su diseño retrospectivo, ser uni- céntrico y que no se han tenido en cuenta los descuentos comerciales.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

191. RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES EN PACIENTES HEMOFÍLICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

HERRERA HIDALGO L, VILLANUEBA BUENO C, RODRIGUEZ PEREZ AA, MONTECATINE ALONSO E, VILLALBA MORENO AM, GUIADO GIL AB, MUÑOZ BURGOS M, DESONGLES CORRALES T
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. C/ MANUEL SIUROT SN. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar los costes evitados en factores de la coagulación atribuibles a la inclusión de pacientes hemofílicos en ensayos clínicos (EC) con anticuerpos monoclonales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del ahorro derivado de la inclusión de pacientes hemofílicos en EC con anticuerpos monoclonales (2016-2017). Se seleccionaron los EC con anticuerpos monoclonales cuya medicación fue gestionada por el Servicio de Farmacia y con al menos un paciente incluido. Se recogieron los siguientes datos: diagnóstico, presencia de anticuerpos inhibidores de factores, fecha de inclusión, tiempo en ensayo, tratamiento con factores de la coagulación profiláctico o a demanda previo al ensayo, coste anual del tratamiento previo, tratamiento de rescate fuera del protocolo de ensayo en caso de eventos hemorrágicos con factores de la coagulación durante el periodo de ensayo y su coste. Se calculó el ahorro estimado en el periodo de tratamiento dentro ensayo en función del coste de haber mantenido la terapia previa. Las fuentes de información fueron la historia clínica electrónica, los programas de prescripción, dispensación y gestión (Athos™ Prisma y Athos™ Stock) y el programa de gestión informatizada de ensayos y comités (GIDEC).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 15 pacientes incluidos en EC, 14 diagnosticados de Hemofilia A grave y 1 de Hemofilia B, 5 de ellos presentaban anticuerpos inhibidores de factores. 8 pacientes se encontraban en tratamiento profiláctico y 7 a demanda antes de entrar en ensayo. El coste anual medio del tratamiento previo con factores de la coagulación fue de 101.637,67±89.017,49 euros/paciente (43.982,79-344.161,35). El coste del tratamiento de rescate fuera del protocolo de ensayo en caso de eventos hemorrágicos con factores de la coagulación durante el periodo de ensayo fue 34.980,72 euros. La duración media del tratamiento de ensayo fue de 0.79±0.44 años (1.83-0.28). El ahorro total anual estimado en factores de la coagulación fue de 1.823.510,32 euros y el ahorro anual medio fue de 98.895,80±87.622,74 euros/paciente (43.982,79-332.235,85).

Conclusiones

La realización de ensayos clínicos en pacientes hemofílicos en nuestro hospital proporciona beneficios económicos importantes y permite el acceso a los pacientes a tratamientos innovadores. Los costes evitados suponen un gran impacto en el gasto farmacéutico con repercusiones para el hospital y el sistema sanitario en conjunto.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

236. ENSAYOS CLÍNICOS CON MEDICAMENTOS ANTITUMORALES: CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE SU COMPLEJIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

MULLERA MARTÍ M, FARRÉ AYUSO E, GÓMEZ PÉREZ B, CODINA JANÉ C
HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA. CARRER DE VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Clasificar los medicamentos en investigación de los ensayos clínicos (EC) de onco-hematología según sus características, establecer una escala de complejidad según la perspectiva del servicio de farmacia y determinar su complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo, de los EC onco-hematológicos iniciados en 2016 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron las características de los EC (especialidad médica, fase de investigación, patología tratada y tipo de terapia). Se enumeraron todas las actividades llevadas a cabo por la unidad de ensayos clínicos del Servicio de Farmacia, desde la recepción hasta la dispensación del medicamento en investigación utilizando como referencia la tabla realizada por Calvin-Llamas et al., 2012. Se consensuó con cinco farmacéuticas del área de EC una puntuación del 1 (menos complejo) al 4 (más complejo) para cada actividad. Para asignar las puntuaciones se consideró la dedicación (personal laboral y tiempo) empleada para cada una. Se determinó una puntuación y complejidad para cada EC. Se establecieron rangos de complejidad a partir de las características comunes de cada EC. Se calculó la complejidad global, por especialidad médica, patología y fase.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se iniciaron 72 EC en 2016, el 65% correspondían al servicio de oncología, el 43% eran fase III. El mieloma múltiple fue la enfermedad hematológica con más EC (15%). El cáncer de mama y pulmón fueron las patologías oncológicas con más EC (13 y 10% respectivamente). El 87,4% de los tratamientos se clasificaron como inmunoterapia o terapia dirigida. Sesenta y cuatro estudios cumplían criterios de inclusión. Se establecieron tres rangos de complejidad: EC de baja complejidad (< 20 puntos): ensayos sin número de kit, abiertos, fase II/III, dosificados por SC o dosis fijas, de una rama de tratamiento, con una sola presentación IV que viene o no reconstituida. En segundo lugar, EC de moderada complejidad (21-40 puntos): medicación oral que requiere atención farmacéutica, gestión de devoluciones y registro de adherencia, medicación numerada por kit, fase I o doble ciego, más de 2 ramas de tratamiento, requieren control de stock y petición de la medicación, tareas adicionales (ej: verificación del kit en IWRS), con más de una presentación. Y, por último, EC de alta complejidad (> 40 puntos): ensayos con medicación oral e IV, con medicación IV no aportada, en parte, por el promotor, con más de 2 ramas de tratamiento, numerado por kit, medicación de temperatura ambiente y nevera. La complejidad global fue moderada (37,4; SD=8,6). La leucemia mieloide aguda fue la patología hematológica más compleja (47,4; SD=7,2). Respecto a los EC de oncología, los del sistema nervioso central fueron los más complejos (46,5; SD= 7,5). Todas las fases de los EC fueron de complejidad moderada. La mayoría de EC incluyeron medicamentos oncológicos (inmunoterapia y terapias dirigidas) en fase III. Las patologías más estudiadas fueron el cáncer de mama, pulmón y mieloma múltiple. Las complejidades fueron: baja (EC abiertos, una rama de tratamiento), moderada (EC orales, doble ciegos) y alta (EC oral e IV, más de dos ramas de tratamiento). La complejidad global resultante fue moderada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

249. DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM: REPERCUSIÓN CLÍNICA Y ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES

MARIN MARIN M, ALZUETA ISTURIZ N, GASCON VILLACAMPA A, PIO ASIN M, CASTRESANA ELIZONDO M
HOSPITAL REINA SOFIA. CARRETERA TARAIZONA KM 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto económico y la repercusión en la práctica clínica que supuso el desabastecimiento de piperacilina tazobactam (PTZ) durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado durante el tiempo que afectó el desabastecimiento en nuestro centro (15 de julio a 10 de Octubre de 2017).

Ante esta situación, la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica del hospital estableció un protocolo de actuación proponiendo alternativas a PTZ en las distintas patologías en las que habitualmente se utiliza este fármaco, siendo éstas las siguientes: cefepime, ceftazidima, cefotaxima, ceftriaxona, meropenem, ertapenem e imipenem.

En un primer momento, PTZ fue importada a través de la aplicación de gestión de medicamentos en situaciones especiales de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), pero debido al incremento de su coste, se restringió su uso a aquellos casos en los que no hubiera alternativa terapéutica disponible.

Desde el Servicio de Farmacia, se revisaron los tratamientos antibióticos prescritos por el Servicio de Medicina Interna (mayor prescriptor de PTZ del hospital) durante ese tiempo obteniendo datos de consumo en términos de dosis diarias definidas (DDD) y se compararon con los consumos de esos mismos tratamientos durante el mismo periodo del año anterior. Así mismo se evaluó el coste económico de dichos tratamientos en ambos periodos.

Para la extracción de dichos datos económicos se utilizó el programa informático de gestión económica SAP®, así como el programa de validación de prescripciones, FarHo®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron los consumos de las alternativas propuestas (7 antibióticos) durante los mismos periodos de los años 2016 y 2017 observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en todos los antibióticos prescritos [ceftriaxona (3.268 DDD vs. 56 DDD), ceftazidima 1 g (1.820 DDD vs. 1456 DDD), meropenem (1.688 DDD vs. 508 DDD), ceftazidima 2 g (804 DDD vs. 0 DDD) y cefotaxima (764 DDD vs. 0 DDD)], a excepción de imipenem (386 DDD vs. 484 DDD). El uso de otras alternativas a la PTZ supuso un incremento del coste de 1.241,36 €.

El coste de PTZ (normalizado por consumo de DDD) tramitado como medicamento extranjero supuso un incremento importante respecto al precio nacional (0,19 €/DDD en 2016 vs. 1,99 €/DDD en 2017).

Conclusiones

El papel del Servicio de Farmacia es clave en la gestión de desabastecimientos de medicamentos con el fin de garantizar un uso eficiente basado en la evidencia.

Un abordaje multidisciplinar, desde la Comisión de infecciones de nuestro centro, cambiando los protocolos de política antibiótica del mismo ha permitido adecuar las prescripciones a esta situación.

La adaptación de los protocolos a las alternativas disponibles sumado a la tramitación de PTZ por medicamentos extranjeros, ha supuesto un impacto económico importante.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

279. COMPARACIÓN INDIRECTA DE CABOZANTINIB Y PAZOPANIB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA RENAL METASTÁSICO EN PRIMERA LÍNEA

AUTORES

SALGUERO OLID A, FÉNIX CABALLERO S, ALEGRE DEL REY EJ, DOMÍNGUEZ LÓPEZ M, BULO CONCELLÓN R, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, MARTÍNEZ BAUTISTA MJ, MANZANO MARTIN MV
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21. CÁDIZ

OBJETIVOS

Establecer si cabozantinib y pazopanib pueden declararse alternativas terapéuticas equivalentes (ATE) en eficacia en el tratamiento del carcinoma de células renales avanzado o metastásico (CCRm) en primera línea, a través de una comparación indirecta (CI) frente a un comparador común (sunitinib).

MATERIALES Y MÉTODOS

Cabozantinib fue aprobado inicialmente en 2016 para pacientes con CCRm en segunda línea tras fracaso al tratamiento con una terapia previa dirigida al factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). En diciembre de 2017, la Administración de Alimentos y Medicamentos americana (Food and Drug Administration, FDA) aprobó el uso del fármaco como tratamiento de primera línea para pacientes con CCRm. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando como descriptor cabozantinib AND renal cancer. Se incluyeron los ensayos clínicos (EC) en CCRm en pacientes que no hubieran recibido terapia previa, con población y duración similares y con la misma variable. Como variable principal para la comparación se tomaron los resultados de supervivencia global (SG), por tratarse de una variable final de relevancia clínica. A pesar de las dudas metodológicas de homogeneidad de los estudios pivotaes, se efectuó una CI de cabozantinib y pazopanib mediante el método de Bucher (calculadora ITC, Indirect Treatment Comparisons, de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Tomamos como valor delta (Δ), máxima diferencia que consideramos clínicamente irrelevante, el valor publicado en la Guía ESMO-MCBS, HR=0,65. Con este valor, se comparó cabozantinib frente a pazopanib en SG y se analizaron los resultados gráficamente, observando si los intervalos de confianza (IC95%) se encontraban dentro del intervalo $\pm\Delta$. Para el posicionamiento de los fármacos, se aplicó la metodología definida en la Guía ATE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron dos EC, cabozantinib y pazopanib frente a un comparador común, sunitinib. Ambos estudios presentaron similitudes en cuanto a su metodología, aunque los pacientes incluidos en el ensayo de cabozantinib frente a sunitinib presentaban un riesgo pronóstico y Performance Status (PS) peor que los incluidos en el de pazopanib. Aplicando la metodología anteriormente descrita, se obtuvo un valor HR de cabozantinib frente a pazopanib de 0,88 (IC 95% 0,54-1,44, $p > 0,05$). Según la Guía ATE, la eficacia comparada de cabozantinib y pazopanib presentó un posicionamiento C (probable equivalencia clínica). El IC95% sobrepasó el margen de equivalencia, aunque solo una pequeña parte se

encontraba fuera del mismo. Según el algoritmo, no podrían considerarse ATE debido a que un peor resultado supondría un perjuicio grave/irreversible para el paciente. Se utilizó la calculadora de Shakespeare para calcular la probabilidad de no sobrepasar el valor Δ , que fue del 88,7% (alta probabilidad de considerar las diferencias clínicamente irrelevantes). Según el algoritmo de posicionamiento terapéutico, no podríamos considerar ATE a pazopanib y cabozantinib, aunque se recomienda disponer de una comparación directa de ambos fármacos para ensayar la equivalencia, ante las dudas metodológicas de homogeneidad de los estudios pivotaes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

292. ANÁLISIS DE COSTES DEL RECONDICIONAMIENTO NECESARIO PARA ATENDER LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

AUTORES

MARTINEZ CASAL X, RODRIGUEZ SANCHEZ JL, OTERO ESPINAR F, LAMELA LAGO M, GONZALEZ NIETO M
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA. PASEO DO ALCALDE PEPE SÁNCHEZ, 7. A CORUÑA

OBJETIVOS

Analizar cuantitativamente los recursos económicos necesarios en el reacondicionamiento de las especialidades farmacéuticas (EF) prescritas para llevar a cabo la prestación farmacéutica ambulatoria en un centro sociosanitario (css) de 150 plazas donde están institucionalizados residentes pluripatológicos, polimedicados con un elevado grado de dependencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de costes según la naturaleza de los mismos. Criterio inclusión: EF incluidas en la financiación de la seguridad social, destinadas a pacientes pertenecientes al servicio público de salud institucionalizados en el css durante 2017. Se registraron los diferentes tipos de costes.

1. Coste de amortización: costes relacionado con la depreciación de la Máquina reenvasadora (MR): Auto-Print II 9300 unit dosage packaging system. Se estima para su cálculo una vida útil de 15 años.
2. Costes de materias primas: costes de papel térmico y papel celofan ambar utilizados por la MR (datos facilitados por el proveedor). Se deberá obtener el nº de reenvasados y el nº de unidades reenvasadas. Se asumirá una pérdida inherente al propio proceso de reenvasado (15%).
3. Costes de personal: Para ello se calculará el “nº de horas de trabajo de reenvasado” empleadas en la actividad de reenvasado (a través de un método de elaboración propia) y el “coste (euros/hora)” del personal técnico/a en farmacia (personal estatutario sanitario no facultativo, c2).
4. Otros costes: No se tienen en cuenta en el cálculo por no proceder, los costes financieros, de distribución, de reparación ni de mantenimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el año 2017 han sido institucionalizados en el css un total de 224 residentes (145 al inicio del año + 79 ingresos nuevos; índice de rotación de 54,48%).

Coste de amortización: Teniendo en cuenta un año de amortización de la reenvasadora, el coste total de la misma en el año 2017 ha sido de 963,63 euros.

Coste materias primas: Se reenvasaron 110.878 unidades farmacéuticas (coste de adquisición: de las unidades que precisaron reenvasado: 19.924 euros), en 688 envasados diferentes. Se consumieron 5913 metros de cada tipo de papel (incluye 20% de papel desperdiciado durante el reenvasado). En total 1475,13 euros.

Coste de personal: se hace uso de una velocidad de reenvasado calculada por un procedimiento propio de nuestro servicio de farmacia (=50 comprimidos/78,93 segundos). Teniendo en cuenta el nº total de unidades reenvasadas, se obtiene un total de 113,57 horas de técnico de farmacia (6815 min). Coste euros/min técnico farmacia: 0,20 euros/minuto. Coste en personal = 1362,89 euros/año. Coste total del proceso = 3801,65 e.

Conclusiones

Resulta interesante conocer el sobregasto anual que conlleva la tarea de reacondicionamiento (3801,65e/año) para garantizar la trazabilidad de las unidades farmacéuticas dispensadas para atender las necesidades farmacoterapéuticas de un CSS de estas características, o lo que es lo mismo, se necesita un 19% más de gasto sobre el coste de adquisición de dichas especialidades que han precisado reacondicionado (19.924e) para poder dispensar los tratamientos de forma individualizada sin tener que disminuir calidad y seguridad del proceso.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

302. ANÁLISIS DEL USO DE RITUXIMAB Y RITUXIMAB BIOSIMILAR FUERA DE INDICACIÓN AUTORIZADA

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, NÁJERA PÉREZ MD, GÓMEZ GIL A, SORIA SOTO M, CLAVIJOS BAUTISTA S, FERNÁNDEZ ZAMORA C, ARRIBAS DÍAZ B
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la utilización del tratamiento con Rituximab (RTX) en diferentes usos fuera de indicación autorizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (enero 2016-marzo 2018). Se incluyeron solicitudes de uso de RTX en indicación fuera de ficha técnica (FFT) aprobadas por el Servicio de Farmacia y siguiendo los trámites de la comisión de farmacia y terapéutica de la Región de Murcia.

Las variables recogidas fueron: servicio, indicación, evidencia, eficacia y reacciones adversas. Los grados de evidencia se basaron en “GRADE for practice guidelines” de UpToDate® (mayor evidencia 1A y menor 2C). La eficacia se valoró de acuerdo con la respuesta establecida en la bibliografía que avalaba la solicitud. Se recogieron datos de programas Oncofarm® y Selene®. Los datos se recogieron de manera anonimizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se tramitaron 28 solicitudes de uso de RTX FFT; 9 Hematología (32,14%), 7 Neurología y 7 Reumatología (25%), 4 otros (14,28%).

Se aprobaron 25 solicitudes para 16 indicaciones, 3 Púrpura Trombocitopénica trombótica (PPT) (2A), 4 Esclerosis Múltiple asociada a Neumonía intersticial no especificada (NINE) (1B) 4 esclerosis múltiple (1C), 2 Epsteinbar Post Alo – TPH (2B). Los restantes fueron usados en 12 indicaciones; 1 con nivel de evidencia 1C y 2A, 3 con 2B, 7 con 2C. La mayoría de las solicitudes presentaban evidencia 2C (28%). Se rechazaron tres solicitudes, dos por falta de evidencia sostenible y otra por la situación basal del paciente.

Dos tratamientos autorizados no se administraron por fallecimiento del paciente. 18 pacientes fueron tratados con rituximab y 5 con rituximab-biosimilar.

En cuanto a la eficacia, en la PPT se obtuvo respuesta en los tres pacientes (plaquetas $337500 \pm 86602,54$ /microlitro), aunque uno de los pacientes sufrió una recidiva, repitiendo el tratamiento. En la esclerosis múltiple asociada a NINE la situación clínica se mantuvo estable en 3 pacientes, y se obtuvo respuesta en uno, con una mejora de la capacidad vital forzada. En la esclerosis múltiple no se redujeron las lesiones, pero mantuvieron estabilidad clínica. En ambos pacientes con Epsteinbar Post Alo–TPH se obtuvo respuesta con negativización del virus. En el resto de las patologías se obtuvo respuesta en 5 de ellas, estabilidad clínica en uno, tres sin respuesta y uno no evaluable.

En global, se llegó a la respuesta esperada en 11 (48%) pacientes, y no se logró en 12 (52%), aunque muchos, aún sin respuesta esperada, mantuvieron estabilidad clínica (65%).

Las reacciones adversas se dieron en 5(27,7%) pacientes en tratamiento con rituximab, con reacción a la infusión (11%), elevación de las transaminasas, tos, cansancio y citopenia (5,5%). En cuanto a rituximab-biosimilar aparecieron efectos adversos en el 80%, autolimitados y asociados a la infusión.

Conclusiones

En nuestro hospital, RTX se utilizó FFT principalmente en neurología, reumatología y hematología. El grado de evidencia fue en general bajo (28% grado 2C). Se alcanzó respuesta aproximadamente en la mitad de los pacientes y las reacciones adversas acontecidas fueron de carácter leve. Dado que se trata de fármacos usados FFT es importante una mayor evaluación para relacionar la eficacia con la evidencia de las solicitudes, con el objetivo de optimizar el tratamiento en este tipo de patologías.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

304. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO, UTILIZANDO EL ENTORNO DE PROGRAMACIÓN R

AUTORES

GIMENO BALLESTER V, TRIGO VICENTE C, AIBAR ABAD P, ARIAS SÁNCHEZ A, PEREIRA BLANCO O, OLIER MARTÍNEZ P, GASSO SÁNCHEZ A, ABAD SAZATORNIL R
HOSPITAL MIGUEL SERVET. ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

La inclusión de las terapias dirigidas al control inmune ha supuesto una revolución en términos de eficacia y seguridad en el tratamiento oncológico. Sin embargo, su incorporación a la práctica clínica habitual requiere realizar un análisis de la eficiencia de las alternativas terapéuticas disponibles.

Evaluar la eficiencia del uso de pembrolizumab en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado no tratados previamente, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y valorar la idoneidad del uso de R para la realización de un análisis coste-efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha diseñado un modelo de Markov para simular la progresión de una cohorte de pacientes con CPNM avanzado previamente no tratado con expresión de PD-L1 de al menos el 50%. Se incluyeron tres estados de salud: en tratamiento, post-progresión y muerte. Partiendo de los datos del estudio KEYNOTE-024, se utilizó la metodología propuesta por Guyot et al. para recrear las curvas Kaplan-Meier. Posteriormente, se seleccionó la función de supervivencia que mejor se ajustaba a nuestros datos para calcular las probabilidades de transición. Se incluyeron costes de monitorización, reacciones adversas y de una línea de tratamiento posterior. Las utilidades se obtuvieron del trabajo realizado por Huang et al.

El análisis se realizó desde la perspectiva del SNS, con un umbral coste-efectividad de 24.000 euros y un tasa de descuento del 3%. Todo el modelo se realizó con el programa estadístico R®, utilizando el paquete flexsurv para las modelizaciones y el paquete heemod para la realización del coste-efectividad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En comparación con docetaxel, pembrolizumab obtuvo un coste por AVAC (año de vida ajustado por calidad) de 106.916€ (IC95%: 105.341 €/AVAC a 107.380 €/AVAC), con una diferencia de eficacia de 0,98 AVACs y de costes de 104.631 €.

El coste farmacológico ascendió a 139.941 € con pembrolizumab y a 29.605€ el brazo de docetaxel. Para un umbral de 24.000€, la probabilidad de ser coste efectivo fue del 0%, siendo necesario un descuento del 70% para que sea coste-efectivo. Los factores que más influencia presentan en la eficacia y en el consumo de recursos son las curvas de supervivencia global y de supervivencia libre de progresión, respectivamente. El uso de R-statistics requirió una curva de



aprendizaje elevada pero una vez superada permitió realizar en análisis coste-efectividad con flexibilidad. El cálculo del caso base fue rápido, sin embargo el modelo probabilístico necesitó 2 horas aproximadamente. La utilización de pembrolizumab en pacientes con CPNM avanzado no tratados previamente, resulta ineficiente, aplicando un umbral coste-efectividad de 24.000 euros desde la perspectiva del SNS. La adecuada selección de las curvas de supervivencia tiene una importancia crítica en la determinación del ratio coste-efectividad. La realización de análisis coste-efectividad en R[®] permite trabajar de manera gratuita e íntegramente en una plataforma, evitando los errores de copiado entre programas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

306. SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE ENSAYOS CLÍNICOS CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES CON UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

AUTORES

MONTERO PASTOR B, MUÑOZ GARCÍA M, CARRETERO ACCAME ME, PUEYO LÓPEZ C, ROJO SANCHÍS AM, VICENTE OLIVEROS N, PALOMAR FERNÁNDEZ C, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CARRETERA DE COLMENAR VIEJO KM 9,100. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la satisfacción de los pacientes onco-hematológicos incluidos en Ensayos Clínicos (EECC) con antineoplásicos orales (ANEO) con un programa de Atención Farmacéutica (AF) individualizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado realizado en el Área de EECC del Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015.

Se asignó a los pacientes al grupo Intervención (programa de AF individualizada) o al grupo Control mediante una aleatorización simple.

Criterios de inclusión: pacientes onco-hematológicos incluidos en EECC con ANEO que iniciaron tratamiento o lo hubieran iniciado en un periodo inferior a 6 meses antes del periodo de inclusión, que recogieron ellos o su cuidador habitual el tratamiento en el Servicio de Farmacia.

Se evaluó la satisfacción de los pacientes sobre el Área de EECC mediante un cuestionario entregado en la primera visita tras la inclusión. El cuestionario constó de 22 preguntas agrupadas en cinco bloques (zona y proceso de dispensación, habilidades del personal, confianza y ayuda a los pacientes, explicaciones y evaluación del estado de la salud del paciente y satisfacción general). Cada ítem del cuestionario se puntuó de 1 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo) obteniendo una puntuación global con la que se calculó el Índice de Satisfacción (IS).

El IS se definió como el porcentaje de la puntuación obtenida en el test respecto a la máxima puntuación del cuestionario (110 puntos).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 115 pacientes, 56 fueron asignados al grupo Intervención y 59 al grupo Control. Se entregaron 115 encuestas, devolviéndose cumplimentadas el 89,6% (103). El porcentaje de respuesta en el grupo Intervención fue de 89,3% (50) y en el grupo Control de 89,8% (53).

El IS fue 82,4% en el total de la muestra. El IS en el grupo Intervención fue estadísticamente superior que en el grupo Control (86,9% vs. 78,2%; $p < 0,001$).

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para la puntuación de los bloques correspondientes a "habilidades del personal" (5,00 puntos vs. 4,25), "explicaciones sobre el tratamiento y evaluación del estado y evaluación del estado de salud" (5,00 vs. 4,20) y "satisfacción general" (4,67 vs. 4,00), siendo superior en el caso de los pacientes asignados al grupo Intervención ($p < 0,001$). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de los bloques "zona y proceso de dispensación" (3,58 vs. 3,16) y "confianza y ayuda prestada a los pacientes" (4,25 vs. 4,00) ($p > 0,001$).

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el Servicio de Farmacia es elevada, siendo mayor en aquellos pacientes que recibieron una AF individualizada.

Las principales diferencias encontradas están relacionadas con la información proporcionada sobre el tratamiento, siendo mayor la satisfacción en el grupo Intervención.

Los aspectos peor valorados están relacionados con la zona y proceso de dispensación.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

332. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE ENSAYOS CLÍNICOS QUE ACUDEN AL ÁREA DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

FARRÉ AYUSO E, MULLERA MARTÍ M, SOLER BLANCO N, GÓMEZ PÉREZ B, CODINA JANÉ C
HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA. VILLARROEL 170, 08036. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar y analizar el grado de satisfacción de los pacientes participantes en ensayos clínicos (EC) que vienen a recoger medicación al Área de Dispensación Ambulatoria del Servicio de Farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en pacientes atendidos por el personal de EC en el Área de Dispensación Ambulatoria de un hospital de tercer nivel durante abril 2018. Se diseñó una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria, con 7



preguntas en las que se valoró con una escala (rango de 1 a 10 puntos) diferentes ítems relacionados con la accesibilidad al Área de Dispensación Ambulatoria, la comodidad y tiempo de espera hasta dispensación, la confidencialidad, la calidad de la atención e información proporcionada y el grado de satisfacción general. Se calculó la media y la desviación estándar para cada respuesta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los pacientes entregaron cumplimentadas 32 encuestas. La dificultad que tuvo el paciente la primera vez que vino para encontrar la farmacia ambulatoria (1=poco; 10=mucho) se valoró con una media de 2,9 (SD:2,83). No obstante, 7 pacientes puntuaron este ítem con un valor de 5 o superior. La comodidad de la sala de la zona de espera (1=poco; 10=mucho) se ha valorado con un 6,0 (SD:3,0). Respecto al tiempo de espera (1=poco; 10=mucho), el promedio ha sido de 5,2 (SD:2,74). La atención del personal (1=Muy mala; 10=Excelente) y la adecuación de la información proporcionada (1=poco; 10=mucho) fue valorada con una media de 9,6 (SD:0,72) y 9,1 (SD:1,18), respectivamente. En cuanto a la pregunta sobre si se considera que se respetó la confidencialidad en el momento de la dispensación (1=poco; 10=mucho), se obtuvo una media de 9,4 (SD:0,77). Finalmente, en cuanto al grado de satisfacción que tiene con el servicio prestado en el Área de EC/Medicamentos en Investigación del Servicio de farmacia (1=poco; 10=mucho), se obtuvo una promedio de 8,9 (SD:1,12).

En base a estos resultados, como acciones de mejora, se podría valorar aumentar la señalización y las indicaciones para acceder a la farmacia que se proporcionan desde los diferentes servicios así como mejorar la sala de espera, especialmente teniendo en cuenta que el tiempo de espera (entendido como el tiempo desde que los pacientes cogen turno hasta que se les entrega la medicación) puede ser prolongado. Durante el mes de abril el tiempo de espera fue de: 0-7min: 11,0%; 7-14min: 39,0%; 14-21min: 30,8%; 21-28min: 11,0%; > 28min: 8,2%. Estos tiempos son heterogéneos y, en ocasiones, largos, debido a que los procedimientos de dispensación de un área de EC son complejos (búsqueda manual de kits concretos entre un número elevado de unidades, registro en los sistemas de contabilidad y en la receta del fármaco dispensado, anotación de datos en la medicación dispensada, entre otros procesos específicos de cada protocolo).

En conclusión, aunque algunos pacientes consideraron que el tiempo de espera fue elevado, en general, valoraron positivamente la atención e información proporcionada así como la confidencialidad en el momento de la dispensación. No obstante, el acceso y la zona de espera son puntos a mejorar.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

336. EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE RESLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE CON FENOTIPO EOSINOFÍLICO.

AUTORES

MORA HERRERA C, VARAS PEREZ A, VAZQUEZ VELA V
HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA. AV/REINA SOFIA,S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

El asma grave no controlada (AGNC) es definido como la enfermedad asmática que persistente, mal controlada pese a recibir tratamiento combinado de glucocorticoides inhalados y b2-adrenérgicos de acción prolongada (LABA), a dosis elevadas en el último año, o bien glucocorticoides orales durante al menos 6 meses del mismo periodo. Las nuevas líneas de investigación se centran en estudiar anticuerpos monoclonales que actúan contra IL-5 en los eosinófilos y basófilos. Los objetivos de este estudio son: Evaluar la efectividad del reslizumab, anticuerpo monoclonal anti-IL-5, en pacientes adultos con AGNC, en un hospital de segundo nivel. Según ficha técnica, indicado como tratamiento adicional en pacientes adultos con asma eosinofílica grave insuficientemente controlada con el tratamiento con corticosteroides inhalados en dosis altas más otro medicamento para el tratamiento de mantenimiento .

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se seleccionaron pacientes adultos seguidos en Hospital de día tratados con reslizumab desde noviembre/2017 hasta la actualidad abril/2018. Las fuentes de información consultadas fueron: módulo de prescripción-dispensación a pacientes en hospital de día APD-Prisma, y Diraya, se recogieron las variables demográficas y clínicas, indicación, pauta, duración del tratamiento, tratamientos previos. Los objetivos secundarios del estudio fueron evaluar la eficacia a largo plazo del reslizumab evaluado mediante pruebas de función pulmonar, incluido el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1), porcentaje de FEV1 previsto, capacidad vital forzada (FVC) y flujo espiratorio forzado al 25% al 75% de la FVC (MMEF 75/25), medidas de eosinófilos. Se consideró como efectividad la mejoría clínica, permitiendo mantener o disminuir la pauta, e ineffectividad como la suspensión del tratamiento debido a falta de respuesta o intolerancia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 5 pacientes fueron tratados en el periodo de estudio, con una edad media de 60,6 años, siendo mujeres el 80%. Todos los pacientes fueron diagnosticados de AGNC. En cuanto a los tratamientos previos, el 60% estuvo en tratamiento con omalizumab. Todos los pacientes estaban en tratamiento con corticoides. Aprobado su utilización por comité de biológicos. La dosis y frecuencia media del tratamiento con reslizumab fue de 180 mg cada 4 semanas. En cuanto a la evaluación de la función pulmonar; a las 24 semanas los valores de eosinófilos pasaron de 1024 / μ L a 124 / μ L. En cuanto a la función pulmonar, a las 24 semanas, la evolución media de FVC previo pasó de 78,04% a 96%, FEV1 de 56,68 % a 81,075%, la FEV1/FVC de 45,25% a 66,9%, MMEF 75/25 de 25,03% a 50, respectivamente. Las exacerbaciones clínicas del asma no se definieron durante el estudio. La dosis de corticoides se redujo en todos los pacientes.

Conclusiones

Puesto que las opciones terapéuticas en los pacientes con asma mal controlada, especialmente en el asma grave, son limitadas, sería deseable disponer de nuevos tratamientos selectivos y clínicamente eficaces en los distintos



fenotipos de asma. Hasta la fecha han mostrado una buena eficacia clínica, logrando disminuir la dosis de corticosteroides orales, mejorando la calidad de vida y el control de la enfermedad, así como cierta mejoría de la función pulmonar.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

401. OBLIGATORIEDAD DE PUBLICAR RESULTADOS DE ENSAYOS CLÍNICOS, CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, MARTÍNEZ COMENDADOR S, PAREJA RODRIGUEZ DE VERA A, RUIZ GÓMEZ A, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, DE LA CRUZ MURIE P, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

El sesgo de publicación de resultados de ensayos clínicos (EECC) es un hecho bien documentado y hasta ahora la legislación no era clara al respecto. De modo general, la nueva normativa dice que se deben publicar los resultados en la Red Española de Ensayos Clínicos (REEC) antes de un año desde la finalización del EC.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el cumplimiento del promotor con su obligación de publicar los resultados de los EECC en REEC, según el nuevo Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio observacional y transversal con fecha de corte de datos 11/04/2018, se ha utilizado como fuente de datos la REEC.

Para poder medir el cumplimiento de la publicación de ensayos clínicos, se han obtenido y comparado dos datos:

1. Número de EECC con obligación de publicar resultados en REEC: aquellos finalizados entre el 13/01/2016 (fecha de entrada en vigor del nuevo RD) y el 11/04/2017 (que finalizaron hace más de un año).
2. Número de EECC que han publicado resultados en REEC: para la obtención de este dato aplicamos los mismos criterios anteriores y vemos los que realmente han publicado resultados.

También analizamos las características generales de los EECC que han publicado sus resultados: tipo de promotor, fase y área terapéutica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la REEC se encontraron 3441 EECC en la fecha de corte de datos, de los cuales habían finalizado 1150.

De los 1150 ensayos finalizados, 195 ensayos clínicos deberían haber publicado ya sus resultados, de los cuales han publicado resultados 138. Por lo tanto, el 71% de estos EECC ha cumplido con la normativa.

De los 138 que cumplen con la normativa, 72 fueron de fase III (52,17%), 56 de fase II (40,58%), 7 de fase IV (5,07%) y 3 de fase I (2,17%).

El promotor fue la industria para 121 ensayos clínicos (87,68%) e independiente en 17 (12,32%).

La distribución por área terapéutica fue: 19 EECC de medicina interna, 18 de oncología, 18 de reumatología, 13 de neurología, 13 de hematología, 11 de neumología, 8 de endocrino, 7 de nefrología y 31 en el resto de áreas.

Basándonos en la cantidad de datos encontrados en REEC, podemos afirmar que es una herramienta útil para encontrar información de ensayos clínicos.

La entrada en vigor del nuevo Real Decreto parece intentar solventar el sesgo de publicación, no obstante vemos que solamente el 71% de los EECC cumplen con la normativa. Los ensayos que más han publicado sus resultados tienen promotor comercial y son fase III. Las áreas terapéuticas con más resultados publicados, son medicina interna, reumatología y oncología.

El incumplimiento de la normativa supone una pérdida de datos para la comunidad científica, por lo que se debería de tomar medidas para prevenir esta pérdida.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

421. EFECTO HIPOGLUCEMIANTE DEL TRAMADOL EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS

AUTORES

MARTÍNEZ DE LA TORRE F, CARO TELLER JM, CANALES SIGUERO MD, ARRIETA LOITEGUI M, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AV. DE CÓRDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar si tramadol presenta efecto hipoglucemiante en pacientes diabéticos durante su estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de casos-control de ocho meses de duración (julio 2017-enero 2018). El grupo de estudio eran pacientes en tratamiento con metamizol + tramadol vs pacientes en tratamiento con metamizol (grupo comparador). Se analizó tanto la glucemia previa al comienzo del tratamiento analgésico como las posteriores (primeras 72h) en ambos grupos.

Se incluyeron todos los pacientes adultos, diabéticos en tratamiento con insulina glargina durante su ingreso en el hospital.

Se excluyeron los pacientes en tratamiento con glucocorticoides sistémicos, enfermedad renal crónica, náuseas y vómitos, dieta absoluta en el periodo analizado y que previamente a su ingreso estuvieran con tramadol y/o metamizol. También se excluyeron todos aquellos que previa a la administración de la analgesia presentaran hipoglucemia.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, aclaramiento renal, glucemia basal previa a la administración de analgesia

(GpreA) y glucemia de 72h tras la primera dosis de analgesia (tramadol + metamizol vs metamizol). A partir de ellas se calculó la media de la glucemia postadministración (GpostA) así como la glucemia nadir (GN) en 72h. Se estimó la diferencia con la glucemia previa a la administración de analgesia.

Las variables se recogieron a través de la historia clínica electrónica integrada con la prescripción electrónica y el visor HORUS® de Atención Primaria. El estudio de asociación entre las variables cuantitativas se calculó mediante la prueba t de student. Los datos se analizaron con ApacheOpenOffice 4.1.5™ y STATGRAPHICS Cenrurion XVI Versión16.2.04.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 88 pacientes, 54 recibieron analgesia solo con metamizol (M) de los cuales el 51,8% fueron hombres (n=28), con una media de edad de 70,3 ($\pm 12,9$) y con una GpreA de 171,9 ($\pm 58,9$). En el grupo que recibió como analgesia tramadol más metamizol (TM) se incluyeron 34 pacientes, 32,4% fueron hombres (n=11), con una media de edad de 73,6 ($\pm 13,8$) y una media GpreA de 189,0 ($\pm 85,2$) (P=0,268).

Tras la primera administración de la analgesia, la glucemia media fue 186,8 ($\pm 49,7$) para M y 188,1 ($\pm 51,8$) para TM (P=0,0902). La media de GN para M y TM fue 138,3 ($\pm 42,7$) y 134,3 ($\pm 38,4$) respectivamente (P=0,661).

La media de diferencia entre GpostA y GpreA fue de 14,9 ($\pm 51,8$) para M y -0,85 ($\pm 79,2$) para TM (P=0,264). En cuanto a la diferencia entre GN y GpreA, la media fue -33,6 ($\pm 52,3$) en M y -54,7 ($\pm 79,2$) en TM (P=0,136).

Uno de los pacientes con TM tuvo un pico hipoglucémico (glucemia < 70mg/dL).

Las glucemias medias obtenidas tras la administración de analgesia en ambos grupos no presentan una diferencia significativa. Puede observarse una disminución mayor de la glucemia tras la administración de la analgesia en el grupo tramadol más metamizol aunque no es estadísticamente significativa.

El estricto control de las glucemias durante el ingreso puede ser el motivo de la baja incidencia de hipoglucemia. En cualquier caso, serían necesarios estudios con mayor número de pacientes y que contemplen el ámbito domiciliario para determinar la incidencia y magnitud reales del efecto hipoglucémico del tramadol en diabéticos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

443. COMPARACIÓN ENTRE ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K Y ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA: IMPACTO ECONÓMICO EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES

CABALLERO REQUEJO C, GIL CANDEL M, ONTENIENTE CANDELA M, SALAR VALVERDE I, INIESTA NAVALÓN C, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVD. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el impacto en el gasto farmacéutico en un área de salud tras la aparición de los anticoagulantes de acción directa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 2 años (2016-2017), realizado en un área de salud que atiende a una población de unos 200.000 habitantes. Se midió el gasto anual en dispensaciones de fármacos anticoagulantes orales (ACO), tanto antagonistas de la vitamina K (AVK), acenocumarol y warfarina; como anticoagulantes de acción directa (ACOD), dabigatran, rivaroxaban, apixaban y edoxaban. Para ello, se obtuvieron el número recetas dispensadas de cada principio activo del programa de gestión de recetas ADN® y su precio de facturación, y se calculó el porcentaje de incremento interanual del gasto. El coste anual de la monitorización del INR por paciente según la técnica empleada en el área estudiada se estimó en 320 euros anuales según el estudio de De Solà-Morales Serra¹, sumándose al gasto en dispensaciones de AVK para calcular el coste por paciente anticoagulado/año.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se dispensaron 66.844 recetas de ACO en el área. El 50,2% fueron mujeres, y la media de edad fue de 76 \pm 11,6 años. En el año 2016 se dispensaron anticoagulantes orales a 4026 pacientes y durante 2017 a 4146 pacientes, lo que supuso un aumento de población anticoagulada del 2,98%. El gasto total en dispensaciones de ACO durante el 2016 fue de 732.320 euros frente a 925.017 euros en el año 2017, lo que supuso un incremento interanual del gasto total del 26,3%. La distribución del gasto en 2016 fue de 67.044 euros en AVK (9,16%) frente a 665.276 euros en ACOD (90,84%), mientras que en 2017 fue de 66.317 euros en AVK (7,17%) frente a 858.700 euros en ACOD (92,83%).

En el año 2016, 3275 pacientes de los 4026 (81,35%) fueron anticoagulados con AVK, por lo que el coste anual estimado de monitorización de INR fue de 1.048.000 euros. En el año 2017, 3177 pacientes de los 4146 (76,63%), fueron anticoagulados con AVK, lo que supuso un coste anual estimado de monitorización de INR de 1.016.640 euros. El coste por paciente anticoagulado/año en 2016 fue de 442,2 euros (340,47 euros en AVK frente a 885,85 euros en ACOD) mientras que en 2017 fue de 468,32 euros (340,87 euros en AVK frente a 886,17 euros en ACOD).

En la actualidad el gasto de anticoagulación oral por paciente sigue aumentando, ya que la introducción consecutiva en el mercado de los distintos tipos de ACOD ha supuesto un gran impacto económico por su elevado precio de facturación. Pese al coste de monitorización del INR anual en los pacientes tratados con AVK, el coste por paciente anticoagulado/año sigue siendo menor en este grupo de pacientes.

1 1. Oriol de Solà-Morales Serra, Josep M^a Elorza Ricart. Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; Julio de 2003)

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**455. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS EN LINFOMA FRENTE A LA UTILIZACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS ACTUALES****AUTORES**

SÁEZ FERNÁNDEZ EM, JIMÉNEZ CABRERA S, CASTAÑO RODRÍGUEZ B, MARTÍN GARCÍA-SANCHO A, GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ NC, MORENO GÓMEZ AM, GARCÍA GARCÍA MP, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Objetivo: El linfoma es un tipo de neoplasia hematológica primaria de células linfoides. La elevada incidencia y el mal pronóstico de algunos subtipos justifica el interés por encontrar nuevos esquemas de tratamiento, que modifiquen favorablemente el curso clínico de la enfermedad.

La participación del hospital en los ensayos clínicos en curso permite recibir medicamentos aportados por el ensayo que sustituyen a los esquemas de tratamiento estándares, los cuales tienen generalmente un alto coste. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto económico derivado de la participación de pacientes con linfoma en ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico de los pacientes con linfoma que recibieron medicación en ensayo clínico durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel.

Para estimar el impacto económico, en primer lugar se recabó información sobre los ensayos clínicos y los pacientes incluidos en los mismos mediante el programa informático de gestión Pk-ensayos®.

A continuación, para cada paciente, se estudió con los médicos responsables de cada ensayo la alternativa terapéutica que se hubiera utilizado en el caso de no haber sido reclutado el paciente en el ensayo clínico correspondiente.

Finalmente se calculó el coste de dicha alternativa, considerando el precio del medicamento/s en el centro a diciembre de 2017, la dosis prevista y el número teórico de ciclos que hubiera recibido el paciente durante el período de inclusión en el ensayo clínico, hasta 31 de diciembre de 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

En el año 2017 se disponía de 64 ensayos clínicos abiertos en el hospital para el tratamiento del linfoma. En el periodo del estudio, un total de 47 pacientes participaron en 20 ensayos clínicos (17 para linfoma no Hodgkin y 3 para enfermedad de Hodgkin).

Los pacientes incluidos en estos ensayos habrían recibido los siguientes esquemas terapéuticos de no haber sido incluidos en los ensayos: R-GEMOX (rituximab + gemcitabina + oxaliplatino) ± dexametasona (n=9), nivolumab (n=5), R-CHOP (rituximab + ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona) ± rituximab de mantenimiento (n=5), rituximab + bendamustina (n=5), abstención terapéutica (n=4), rituximab + lenalidomida (n=4), ibrutinib (n=3), R-ESHAP (rituximab + etoposido + metilprednisolona + citarabina + cisplatino) (n=2), R-CHOP alternante con R-DHAP (rituximab + cisplatino + citarabina + dexametasona) (n=1), lenalidomida (n=1), brentuximab-vedotin (n=1), idelalisib (n=2), pralatrexate (n=1), PREBEN (pixantrona, rituximab, etoposido, bendamustina) (n=1), CHOP (n=2), rituximab + fludarabina + ciclofosfamida (n=1).

El ahorro total para el centro ascendería a 1.389.648,23€, teniendo en cuenta los esquemas y número teórico de ciclos recibidos por cada paciente.

Conclusiones

La participación en ensayos clínicos para el linfoma, además de ofrecer la posibilidad de acceder a nuevas opciones de tratamiento, puede representar una importante reducción del gasto farmacéutico en los centros y facilitar el acceso a otros medicamentos innovadores de elevado coste. Estas ventajas probablemente puedan ser extrapoladas a otras patologías lo que ayudaría aún más a la sostenibilidad del gasto sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**465. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE ACIDO HIALURONICO PARA INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR EN GONARTROSIS SINTOMÁTICA****AUTORES**

RUIZ MARTIN DE LA TORRE R, JIMENEZ GARCIA D, ACAL GUTIERREZ P, DURAN SANCHEZ E, MONGE BERRUEZO MI, AGUADO BARROSO P
HOSPITAL VIRGEN ALTAGRACIA. AVDA. EMILIANO GARCIA ROLDAN, 2. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Evaluar la eficiencia de ácido hialurónico tras infiltración intraarticular en gonartrosis en el área sanitaria de referencia, en pacientes atendidos por el servicio de rehabilitación durante un periodo de estudio de 7 años (2011-2017).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el área sanitaria de referencia, en pacientes atendidos por el servicio de rehabilitación, con un tamaño muestral de 31 pacientes (n=31) durante un periodo de estudio de 7 años (2011-2017) con una edad mayor de 18 años, con una mediana de edad de 62.8 años diagnosticados de gonartrosis sintomática de rodilla, siendo el 58.06 % mujeres y el 41.93 % hombres. Para la valoración de la eficacia del tratamiento se empleó como referencia la escala visual analógica (EVA), valorada antes de la infiltración y a las 8 semanas de la misma, y el índice radiológico Kellgren y Lawrence (IRKL), previo a la infiltración; Todos los pacientes mostraron una valoración del dolor previa a la infiltración de mayor de 3 y todos habían recibido al menos 1 infiltración intraarticular.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados muestran en cuanto al número de infiltraciones recibidas lo siguiente: un 87,09% de los pacientes recibieron 1 infiltración, un 3.22% recibieron 2 infiltraciones, otro 3.22 % 3 infiltraciones y un 6.45 % 4 infiltraciones durante el periodo de estudio. No se observó asociación entre el número de infiltraciones con el sexo ni con la edad. Se establecieron 3 grupos de pacientes: Grupo A (pacientes con mejoría del EVA ≥ 4), Grupo B (pacientes con mejora en el EVA entre 1 y 3 puntos) y Grupo C (pacientes sin cambios de EVA). En el Grupo A (n=11, 35.48 %), la media de edad fue de 54,63 años, y el IRKL medio de 2.41; El Grupo B (n=14, 45.16%) muestra una media de edad de 65.57 años y un índice IRKL medio de 2.58; Por último el Grupo C (n=6): la media de edad fue de 71.33 años y el IRKL medio de 3,71.

Conclusiones

En cuanto a la escala EVA, los pacientes del grupo A son los que tuvieron mejores resultados en cuanto a la valoración de la escala EVA (mejoría EVA ≥ 4), siendo el grupo de edad más joven y con un IRKL menor, mientras que los peores resultados se obtuvieron en la población más mayor y con un IRKL mayor. Los pacientes de mayor edad son aquellos con mayor comorbilidades asociadas y por tanto peor estado de salud basal al inicio de estudio. Podemos concluir que el ácido hialurónico puede ser efectivo para mejorar la calidad de vida en gonartrosis de rodilla pero es necesario realizar una adecuada selección de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

474. USO DE RITUXIMAB FUERA DE FICHA TÉCNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

VICENTE SANCHEZ S, VALDERREY PULIDO M, SAEZ GARRIDO M, MATEO CARMONA J, TOMAS LUIZ A, GONZALEZ LOZANO E, AROCAS CASAÑ V

HSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA MADRID-CARTAGENA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso del anticuerpo rituximab en condiciones distintas a las establecidas en ficha técnica. Describir el impacto económico derivado del uso de rituximab fuera de indicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todas las solicitudes de rituximab fuera de ficha técnica recibidas en el hospital, durante un período de tiempo de 3 años (2015-2016-2017). Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, rituximab tiene indicación en: Linfoma No Hodgkin, Leucemia linfática Crónica, Artritis Reumatoide, Granulomatosis con poliangiítis y poliangiítis microscópica. Se registraron variables como edad y sexo del paciente, indicación por la que se solicita el fármaco, servicio médico solicitante, tipo de evidencia, y coste del tratamiento (€).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 53 solicitudes de rituximab durante el período de estudio (13 en 2015, 25 en 2016, y 15 en 2017) lo que supuso un 11,9% del total de los medicamentos solicitados fuera de ficha técnica. Un 60% fueron mujeres y la edad media fue de 41(± 22) años. La distribución de las solicitudes según servicios médicos fue: Neurología (30%), Oncología infantil (16%), Nefrología (16%), Reumatología (14%), Cardiología (10%), Hematología (6%), Dermatología (2%), Nefrología infantil (2%), Medicina Interna (2%) y Reumatología infantil (2%). Se solicitó el uso de Rituximab en 25 patologías diferentes. Las patologías en orden decreciente fueron Lupus Eritematoso Sistémico (5), Virus Epstein Barr (5), Esclerosis Múltiple (4), Anemia hemolítica autoinmune (3), Desensibilización de trasplante cardiaco (3), Miastenia gravis (3), Neuromielitis óptica (3), Síndrome nefrótico (3), Encefalitis autoinmune (3), Ataxia cerebelosa (2), Enfermedad de injerto contra huésped (2), Púrpura Trombocitopenica Idiopática (2), Rechazo agudo humoral (2), Vasculitis (2), Alosensibilización de anticuerpos HLA (1), Colagenopatía (1), Crioglobulinemia mixta esencial (1), Dermatitis atópica grave (1), Fibrosis mediastínica y retroperitoneal idiopática (1), Linfoma de burkitt (1), Polineuropatía desmielinizante (1), Rhupus (1), Sarcoidosis (1), Síndrome de Stiff Person (1) y Uveítis (1). El tipo de evidencia encontrada fue: serie de casos (66%), fase II (18%), fase III (10%), observacional retrospectivo (6%). El coste medio por tratamiento y el coste global de rituximab fuera de ficha técnica fue 4.914 € y 63.884 € en el año 2015, 5.680 € y 142.010 € en el año 2016 y 7.032 € y 105.485 € en el año 2017 respectivamente. El coste medio por tratamiento en el período total de estudio fue 5.875 € y el gasto global fue de 311.379 €.

El número de solicitudes para el uso de rituximab supone más del 10% del total de los medicamentos solicitados en condiciones distintas a las establecidas en ficha técnica. Rituximab es solicitado por diversas especialidades, debido a su utilidad en un número elevado de patologías distintas. Las enfermedades en las que el uso de rituximab se encuentra más extendido son las enfermedades de tipo neurológico. El uso de rituximab fuera de ficha técnica supone un impacto económico importante dentro del gasto farmacéutico hospitalario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

485. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEPOLIZUMAB Y OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE PERSISTENTE EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, LÓPEZ CÁRDENAS MT, GALVÁN BANQUERI M, DÍAZ ACEDO R, GUZMÁN RAMOS MI, CANTILLANA SUÁREZ MG

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA



OBJETIVOS

Describir la población de pacientes en tratamiento con mepolizumab y omalizumab en la Unidad de Neumología y evaluar la adecuación de la prescripción a criterios aprobados en Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) en un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo. Se analizaron las prescripciones de mepolizumab y omalizumab en asma grave persistente en la Unidad de Neumología en enero 2017-febrero 2018. Variables basales recogidas: edad, sexo, tabaquismo, años de enfermedad, duración del tratamiento, tratamiento basal anterior, volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF1), recuento de eosinófilos (mepolizumab) e IgE (omalizumab) y exacerbaciones graves (ingresos/visitas a urgencias).

Adecuación de las prescripciones; serán candidatas a tratamiento con mepolizumab adultos con asma eosinofílica grave que cumplan los criterios:

1. Enfermedad “mal controlada” incluso recibiendo combinación de corticoides inhalados a dosis elevadas junto a agonista- β 2 de larga duración (LABA) el último año, o corticoesteroides orales (CSO) al menos 6 meses del mismo período. “Mal control” definido si se objetiva alguno de estos ítems:

-Test de control del asma (ACT) < 20 o cuestionario de control del asma (ACQ) > 1,5.

- ≥ 2 exacerbaciones graves o recibir ≥ 2 ciclos de CSO de ≥ 3 días cada uno el año anterior.

- ≥ 1 hospitalización por exacerbación, ingreso en UCI o ventilación mecánica en el año anterior.

-VEF1 < 80% tras broncodilatador.

2. Nivel de eosinófilos > 300 células/ μ L.

Omalizumab: adultos con asma alérgica grave persistente (IgE > 75 U/mL) con VEF1 < 80% y exacerbaciones graves (> 2 ingresos o > 3 visitas no programadas a consulta/urgencias) a pesar de tratamiento con: corticoides inhalados a dosis altas más LABA, de base; antileucotrienos, teofilina y CSO de mantenimiento.

La información se obtuvo de la historia clínica digital. Datos procesados mediante Excel® versión 14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 19 pacientes (cuatro mepolizumab y 15 omalizumab). Edad mediana 53 años (rango 28-74). El 84,2% mujeres. 14 no fumadores, cuatro exfumadores y un fumador. Años de enfermedad 18 (3-50). Duración de tratamiento 13,5 meses (3-94,5). El 94,7% tratados previamente con corticoides inhalados/orales, 73,7% LABA, 89,5% agonista- β 2 de corta duración, 78,9% antileucotrienos, 5,3% teofilina y 31,6% omalizumab. El VEF1 mediano fue 59,7% (35-103,4). Valores del recuento de eosinófilos (mepolizumab) e IgE (omalizumab): 710 cél/mL (530-750) y 350 U/mL (180-829), respectivamente. El 47,4% y el 73,7% sufrieron > 1 ingreso anual o > 1 visita a urgencias el año anterior, respectivamente. Los cuatro pacientes con mepolizumab cumplieron el 100% de criterios de prescripción (individuales y en global). De los 15 pacientes con omalizumab, 9 se adecuaron a la prescripción, uno no se adecuó [por no cumplir el requisito de VEF1 < 80% (fue de 87%)] y 5 no pudieron ser evaluados por falta de datos.

El perfil de paciente en tratamiento por asma alérgica refractaria es: mujer de edad media, no fumadora y con mediana de 18 años desde el diagnóstico, refractaria a alternativas terapéuticas.

La adecuación a la prescripción es buena, así como el porcentaje de adecuación a cada uno de los criterios. Este trabajo constituye el punto de partida para la evaluación de resultados en salud de ambos fármacos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

487. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB Y OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE PERSISTENTE EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL

AUTORES

SERRANO GIMÉNEZ R, LÓPEZ CÁRDENAS MT, GALVÁN BANQUERI M, GUZMÁN RAMOS MI, CANTILLANA SUÁREZ MG, DÍAZ ACEDO R

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.. AVDA. BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento con mepolizumab y omalizumab en la Unidad de Neumología de un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo. Se analizaron las prescripciones de mepolizumab y omalizumab en asma grave persistente en un hospital de especialidades para el periodo de enero 2017-febrero 2018. Se revisó la evaluación clínica de los pacientes en la consulta primera consulta (suele ser en torno a los 4 meses) y a los 12 meses para valorar si existía respuesta adecuada, definida como: al menos un 50% menos de exacerbaciones de asma que necesitan corticosteroides sistémicos, reducción clínicamente significativa del uso continuo de corticosteroides orales (CSO) o mejora del control del asma. Respecto a la seguridad, se recogieron los eventos adversos (EA).

La información se obtuvo de la historia clínica digital. Datos procesados mediante Excel® versión 14.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 19 pacientes, cuatro con mepolizumab y 15 con omalizumab.

Los resultados de efectividad para mepolizumab fueron:

-En la primera visita, se pudo evaluar a tres pacientes (el restante no, por tiempo de tratamiento insuficiente). Todos presentaron reducción de al menos un 50% en las exacerbaciones. Dos pacientes redujeron el uso de CSO. Dos pacientes refirieron mejora de control del asma, mientras que el otro se mantuvo con enfermedad estable.

-En la visita de los 12 meses, no se pudo evaluar ningún paciente (tiempo de tratamiento insuficiente).

Para omalizumab:

-En la primera visita, 14 pacientes presentaron reducción de al menos un 50% en las exacerbaciones y uno presentó aumento de exacerbaciones. Seis pacientes redujeron el uso de CSO, dos no lo redujeron y el resto no fue evaluable por falta de datos. 12 pacientes refirieron mejora de control del asma, otro enfermedad estable y en otro empeoró la enfermedad.

-En la visita de los 12 meses, se pudo evaluar a 11 pacientes (a tres no, por tiempo de tratamiento insuficiente). De éstos, nueve presentaron reducción de al menos un 50% en las exacerbaciones y dos presentaron aumento de exacerbaciones. Cuatro pacientes redujeron el uso de CSO, tres no lo redujeron y cuatro no fueron evaluables por falta de datos. Tres pacientes refirieron mejora de control del asma, seis se mantuvieron con enfermedad estable y en dos empeoró la enfermedad.

En relación a los EA, un 50% (n=2) de los pacientes en tratamiento con mepolizumab presentaron EA (dolor musculoesquelético y sudoración profusa). Con omalizumab, el 33,3% (n=5) presentaron EA. Fueron: dolor musculoesquelético, pirexia, somnolencia, infecciones respiratorias y broncoespasmo. En ningún caso fue necesario suspender el tratamiento.

Tanto mepolizumab como omalizumab tienen una efectividad aceptable. No obstante, sería necesario revisar a los pacientes que no cumplen alguno de los criterios de respuesta clínica para valorar su suspensión.

Respecto a la seguridad, ambos presentaron eventos adversos siendo la mayoría de ellos coincidentes con los descritos en ficha técnica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

501. IMPACTO ECONÓMICO Y EVOLUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS CON AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB

AUTORES

NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, MARIN GORRICO R, GONZÁLEZ PÉREZ Y, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, RAMÍREZ VILARIÑO G, CALVO ARAGÜETE ME, HURTADO GÓMEZ MF
HOSPITAL DE SAN PEDRO. C/ PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto económico, así como la evolución en el tiempo del uso de inyecciones intravítreas con aflibercept y ranibizumab en un hospital de tercer nivel, y la comparación del gasto con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo, de 2 años de duración, del número de inyecciones intravítreas de aflibercept y ranibizumab administradas por el servicio de oftalmología de un hospital general de 600 camas, y su impacto económico. Se recogió, del programa de prescripción electrónica, número de pacientes, número de inyecciones intravítreas de aflibercept y ranibizumab administradas, así como su coste durante los años 2016 y 2017.

Se han utilizado los datos de consumo nacional aportados por el Ministerio de Sanidad (MSSSI).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período del estudio se ha tratado a 1.286 pacientes, a los que se les ha administrado un total de 5.389 inyecciones; en un ojo o en ambos en función de la afectación. Siendo el coste total de las unidades empleadas de 2.204.650€. De estas, un 57,3% (3.088) fueron de aflibercept y el 42,7% (2.301) restante de ranibizumab.

En el año 2016 se trataron 529 pacientes, de los cuales un 43,29% (229) recibieron inyecciones de aflibercept y el 56,71% restantes recibieron ranibizumab. Esto supuso un total de 1.000 inyecciones de aflibercept con un coste de 612.313€ siendo el PVF por unidad de 612€, y 981 de ranibizumab con un coste de 338.908€ siendo el PVF por unidad de 345,47€.

Mientras que, en el año 2017, el número de pacientes tratados aumento a 757. Un 55,09% (417) fueron tratados con aflibercept, gastando un total de 2.088 inyecciones obtenidas a partir de 1.460 unidades (70% reciclaje) con un coste de 893.977€ siendo el PVF por unidad de 428€. El 44,91% (340) restantes, recibieron 1.320 unidades de Ranibizumab lo cual supuso un gasto de 359.452€ siendo el PVF por unidad de 272€.

Si analizamos estos datos vemos un incremento del gasto en el año 2017 del 46% en aflibercept y de un 6,06% en ranibizumab con respecto al 2016.

Si extrapolamos los gastos del SNS de aflibercept a nuestra Comunidad Autónoma (0,7% población), hemos gastado 3,5 veces más que la media nacional durante 2016 y 4,1 veces más en 2017. Y con respecto a ranibizumab hemos gastado 3,6 y 1,3 veces más que la media nacional durante 2016 y 2017, respectivamente.

Conclusiones

La inyección intravítrea es una técnica mínimamente invasiva utilizada en el tratamiento de numerosas enfermedades vitreoretinianas, que en los últimos años se ha visto potenciada por la aparición de nuevos fármacos lo que ha traído consigo un incremento en el número de pacientes e inyecciones por paciente.

Debido al llamativo desvío de consumo de nuestra Comunidad Autónoma con respecto al resto del SNS y al incremento en el año 2017, se está trabajando junto al servicio de oftalmología, para establecer protocolos de utilización de estas terapias que garanticen su correcta utilización, así como medidas de seguimiento más estrechas que permitan cuantificar la eficacia y seguridad de este tipo de terapias.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

515. ESTUDIO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO RAS NATIVO

AUTORES

GIL SIERRA MD, LÓPEZ VALLEJO JF, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, BRICEÑO CASADO MDP, MARTÍNEZ DÍAZ C, RÍOS SÁNCHEZ E, DÍAZ NAVARRO J, BORRERO RUBIO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665;. CÁDIZ

OBJETIVOS

La evidencia científica ha demostrado equivalencia en eficacia y seguridad de cetuximab y panitumumab para tratamiento del cáncer colorrectal metastásico EGFR+ RAS-nativo tras quimioterapia. El objetivo de este estudio es realizar un análisis de costes entre cetuximab y panitumumab en este contexto clínico usando datos descritos en bibliografía y datos de vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal EGFR+ RAS-nativo que recibieron cetuximab y/o panitumumab tras quimioterapia durante 3 años (mayo 2015-abril 2018). Se obtuvieron los siguientes datos del programa de Oncología (Farmis® Oncofarm) y de la Historia Clínica Única Digital de Andalucía (Diraya®): duración del tratamiento con cetuximab/panitumumab de cada paciente (equivalente al tiempo hasta progresión), peso y superficie corporal (SC). Para valorar costes se usaron presentaciones de 100 mg de cada fármaco con máximo aprovechamiento de viales y los esquemas: a) cetuximab: dosis de carga de 400 mg/m² seguido de dosis de mantenimiento de 250 mg/m² semanal y b) panitumumab: 6 mg/kg de peso bisemanal. No se tuvieron en cuenta discontinuaciones del fármaco. Se realizó una comparación directa de costes entre cetuximab y panitumumab para cada paciente según supervivencia libre de progresión (SLP) descrita en bibliografía (basada en evidencia científica) y tiempo hasta progresión observado (datos de vida real), calculándose el ahorro que se hubiera podido obtener al seleccionar la alternativa terapéutica de menor coste según peso y SC. Por último, se relacionaron los costes basados en evidencia científica frente a los estimados según datos de vida real.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mejor evidencia disponible mostró una SLP de 111 días para pacientes tratados con cetuximab y de 86,1 días para pacientes tratados con panitumumab. Para hacer la comparación directa de costes se tomó como valor la SLP de cetuximab. Fueron incluidos 39 pacientes, 25 (64,1%) con cetuximab y 14 (35,9%) panitumumab. La mediana de la duración de tratamiento observado fue 165 (1-989) días. Los pacientes presentaron una mediana de peso de 69 (44-113) kg y una mediana de SC de 1,81 (1,38-2,07) m². El coste de cetuximab fue 1,74€/mg y de panitumumab fue 3,48 €/mg. Según SLP descrita en bibliografía, la selección de la alternativa terapéutica de menor coste en función del peso y SC hubiera proporcionado un ahorro total de 57483,38€. Según los datos de vida real, la optimización del fármaco más económico usando peso y SC en la comparación directa de costes hubiera ahorrado 97409,86€. Ante la estrategia de optimización según peso y SC, los datos de vida real estimaron un ahorro de 39926,48€ superior al calculado según evidencia científica. Conclusiones: 1. Durante el período de estudio, la aplicación de la comparación directa de costes entre cetuximab y panitumumab en pacientes EGFR+ RAS-nativo tras quimioterapia según la evidencia científica disponible hubiera reportado un importante ahorro económico. 2. Tras la realización de la misma estrategia usando los datos de vida real estimamos un mayor ahorro económico que el calculado según SLP descrita en bibliografía.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

522. AHORRO ECONÓMICO DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN EN ENSAYOS CLÍNICOS DE CÁNCER DE PULMÓN

AUTORES

TRISTANCHO PEREZ A, GUZMAN RAMOS MI, ARTACHO CRIADO S, DIAZ ACEDO R, CANTILLANA SUAREZ MG, SERRANO GIMENEZ R, JIMENEZ GALAN R, MARQUEZ SAAVEDRA E

H.U.NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA DE SEVILLA-CADIZ S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

El número de ensayos clínicos (EECC) en cáncer de pulmón (CP) en los últimos años se ha incrementado en nuestro centro, suponiendo un 41% del total de ensayos en los que participa el servicio de oncología médica. El objetivo de este estudio es cuantificar los costes evitados en medicamentos oncológicos debido a la inclusión de pacientes en EECC de CP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los costes evitados en medicamentos de pacientes incluidos en EECC de CP durante el último año (01/abril/17 – 31/marzo/18) en un hospital de especialidades. Se seleccionaron aquellos pacientes en tratamiento activo en EECC de CP en el periodo a analizar.

Se definió como “coste evitado o ahorro” el ahorro económico que se obtiene de la participación de un paciente en un ensayo debido a que éste recibe gratuitamente la medicación y no recibe el tratamiento estándar que habría recibido en caso de no participar en el ensayo. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, características antropométricas, histología y ciclos recibidos en el ensayo. Se consideró cisplatino más pemetrexed (con pemetrexed en mantenimiento) como terapia estándar en primera línea (1L) de CP no microcítico (CPNM) adenocarcinoma y nivolumab en segunda línea (2L), cisplatino más gemcitabina en 1L en CPNM epidermoide, afatinib en 1L en CP mutado EGFR y topotecan en 2L de CP microcítico. Para la extracción de los datos se utilizó el programa de prescripción oncológica (Farmis-Oncofarm®). Se calculó para cada paciente el coste del número de ciclos que habría recibido del tratamiento estándar, en base al número real de ciclos recibidos o a la mediana del número de ciclos del ensayo pivotal en caso de que el número real la superara. Se tuvo en cuenta el aprovechamiento de restos de viales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 21 pacientes en tratamiento activo en 9 EECC de CP. El 76% (16) fueron hombres, con una media de edad de 65 años (± 10). De los ensayos identificados, 3 eran en CPNM adenocarcinoma en 1L (n= 8 pacientes), 1 en CPNM adenocarcinoma en 2L (n= 4 pacientes), 2 en CPNM epidermoide en 1L (n=2 pacientes), 1 en CP microcítico 2L (n=2 pacientes), 1 en CP mutado EGFR en 1L (n=1 paciente) y 1 incluía pacientes con CPNM adenocarcinoma y epidermoide en 1L (n=4 pacientes). La mediana de ciclos recibidos por paciente fue de 9 (2-19).

El coste total evitado en medicación fue de 263.518 €. La mediana de ahorro por paciente fue de 7399 € (365-24.276). El 98% (257.930 €) del ahorro total fue debido a pacientes incluidos en ensayos de CPNM adenocarcinoma.

Conclusiones

La realización de EECC en hospitales no solo permite el acceso de los pacientes a tratamientos innovadores, sino que también supone un considerable ahorro económico para el sistema sanitario en su conjunto por los costes evitados en medicamentos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

558. SITUACIÓN DEL PERSONAL FARMACÉUTICO EN EL ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA

AUTORES

SÁENZ DE TEJADA LÓPEZ M, SUÑÉ MARTÍN P, GÓMEZ PÉREZ B, REDONDO CAPAFONS S, GONZÁLEZ PÉREZ C, FERRER ARTOLA A, GIRÁLDEZ QUIROGA M, CARRETERO ABASCAL JM
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. PROF. MARTIN LAGOS, S/N. MADRID

OBJETIVOS

El Servicio de Farmacia (SF) es el responsable de la recepción, custodia y dispensación de la medicación en investigación empleada en ensayos clínicos (EECC). La elevada exigencia de los promotores en la gestión de muestras hace necesaria la dedicación de personal farmacéutico con una alta especialización, siendo necesario disponer como mínimo de la especialidad en farmacia hospitalaria.

El objetivo del estudio es analizar la situación del personal farmacéutico dedicado a los EECC en los SF

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta "ad hoc" con cuestiones relevantes para conocer el estado de la situación de los farmacéuticos en las áreas de EECC de los SF. Las variables fueron: nº de camas del hospital, nº de ensayos activos, nº de farmacéuticos dedicados a EECC y titulación, tipo de contrato (hospital o fundación), tiempo dedicado a las actividades del área (completo o parcial) y responsable de dichas tareas en el SF.

Se analizó la relación entre el nº de farmacéuticos y el nº de camas de los hospitales y el nº de EECC mediante coeficiente de correlación de Pearson.

La encuesta se envió a través de la lista SEFH.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 50 encuestas recibidas, 6 no se han podido evaluar por problemas técnicos. La mediana del número de camas de los hospitales es de 700 (rango 45-1400) y la mediana de ensayos en ellos es de 127 (rango 3-579).

Existe una asociación moderada entre el nº de farmacéuticos y el nº de camas del hospital ($r=0,46$; $p < 0,05$) y algo más elevada con el nº de EECC ($r=0,69$; $p < 0,05$).

De los 106 farmacéuticos con dedicación en EECC, el 81,1% (n=86) son especialistas en farmacia hospitalaria. La mediana de farmacéuticos por hospital es de 2 (rango 1-9). La dedicación del 56,6% (n= 60) de los farmacéuticos es a tiempo parcial. El 48,1% (n=51) están contratados por las fundaciones para la investigación de los centros.

De los 31 centros en los que las fundaciones gestionan contratos de farmacéuticos, en 10 hay límite del tiempo de contratación entre 1 y 5 años, y en 9 casos se desconoce.

Teniendo en cuenta los tiempos de dedicación al área de EECC (porcentaje de la jornada dedicada a EECC), el ratio de EECC por farmacéutico es de 125,4 (rango 10 -360).

Como responsable de los EECC en el SF figura un farmacéutico contratado por el hospital en el 77,3% (n=34) de los centros, 4 de los cuales (11,8%) con dedicación a tiempo completo.

Los centros reconocen la complejidad de las actividades del área de EECC, quedando de manifiesto en el elevado porcentaje de especialistas en Farmacia Hospitalaria dedicados a esta área.

Pese a ello, el nº de farmacéuticos contratados por las fundaciones es muy elevado aunque algo inferior al de los contratados por hospitales. Pero considerando la dedicación a tiempo completo, el porcentaje asciende al 89%.

Del personal contratado por el hospital, en muy pocos casos la dedicación es a tiempo completo. Dado que la responsabilidad en los centros recae fundamentalmente en personal contratado por el hospital, resulta contradictorio la baja cifra de farmacéuticos responsables con dedicación a tiempo completo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

590. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEPOLIZUMAB Y EVALUACIÓN DE SU PERFIL DE SEGURIDAD

AUTORES

GARCÍA SOLER JI, MATEO CARMONA J, MENÉNDEZ NARANJO L, GONZÁLEZ LOZANO E, RUIZ JIMÉNEZ MDM, LAORDEN CARRASCO A, VICENTE SÁNCHEZ S, AROCAS CASAÑ V
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID- CARTAGENA, S/N. MURCIA



OBJETIVOS

Mepolizumab ha sido autorizado en el tratamiento del asma eosinofílica refractaria grave en pacientes adultos. En este estudio se pretende evaluar el perfil de prescripción de mepolizumab y la adecuación de su prescripción a los criterios de uso establecidos en el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) así como describir su perfil de seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con mepolizumab desde julio de 2017 a marzo de 2018. El IPT recomienda la utilización del fármaco en asma eosinofílica grave en dos escenarios diferentes; pacientes que presenten recuentos de eosinófilos iguales o superiores a 500/ μ L o en aquellos que con niveles inferiores a 500/ μ L hayan tenido más de dos exacerbaciones graves en el último año que requieran el uso de más de dos ciclos de corticoides orales o sistémicos o aumento de la dosis de mantenimiento, más de una exacerbación grave que requiera hospitalización, ingreso en UCI o ventilación mecánica. Además si el asma estuviese mediado por IgE la decisión sería tomada por criterio de eficiencia entre omalizumab y mepolizumab. Se consideraron pacientes candidatos al tratamiento con omalizumab aquellos pacientes no refractarios al fármaco cuyos niveles de IgE fuesen superiores a 76 UI/ μ L según lo indica su ficha técnica. Durante el periodo del estudio se revisaron los siguientes datos: sexo, edad, número de dosis recibidas, niveles de eosinófilos al inicio y durante el tratamiento y la aparición de reacciones adversas. Se recogieron los niveles previos de IgE y si existía tratamiento previo con omalizumab.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hubo un total de cinco pacientes con una edad media de 52 \pm 8,96 años; tres de ellos eran mujeres. Los pacientes recibieron una mediana de 6 dosis (P25=2, P75=6). Cuatro pacientes (80%) presentaron niveles de eosinófilos superiores a 500/ μ L mientras que un paciente con niveles inferiores a 500/ μ L llegó a tener seis exacerbaciones anuales que requerían el uso de corticoides sistémicos. Cuatro pacientes (80%) eran refractarios a omalizumab y presentaban niveles elevados de IgE. El paciente que no había sido tratado con omalizumab presentó niveles de IgE de 72 UI/ μ L. En cuatro pacientes se pudo determinar el nivel de eosinófilos a los tres meses siendo inferior al inicial en tres pacientes (75%). En cuanto a la aparición eventos adversos tras el inicio del tratamiento, un paciente presentó molestias abdominales y otro sufrió una infección respiratoria que requirió hospitalización. En nuestro centro todos los tratamientos iniciados con mepolizumab se adecúan a lo indicado en IPT y la mayoría de ellos se incluyen dentro del primer escenario. Hasta el momento no ha habido ninguna interrupción del tratamiento, pero sería necesaria una mayor experiencia para evaluar seguridad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

592. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACION

AUTORES

ECHARRI ARRIETA E

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CHOUFANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La utilización de antipsicóticos de inyectables de larga duración para el tratamiento de mantenimiento de pacientes con E Paranoide ha supuesto una alternativa para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con Esquizofrenia pero también un impacto presupuestario que ha justificado la aplicación de medidas que aseguren su uso adecuado. Se propone una aproximación farmacoeconómico basada en la hipótesis de que los resultados clínicos son equivalentes entre las presentaciones que existen actualmente de aripiprazol y paliperidona en el mercado (minimización de costes) en una muestra de pacientes ambulatorios con diagnóstico de Trastorno del espectro de la Esquizofrenia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han obtenido los datos de dispensación (unidades de dispensación) de los medicamentos: ARIPIPRAZOL inyectable mensual 300 mg (AM300), ARIPIPRAZOL inyectable mensual 400 mg (AM400), PALIPERIDONA inyectable mensual 150 mg (X150), PALIPERIDONA inyectable mensual 100 mg (X100), PALIPERIDONA inyectable trimestral 525 mg (T525) y PALIPERIDONA inyectable

trimestral 350 mg (T350) correspondientes a seis meses de pacientes incorporados al programa de dispensación especial de inyectables de larga duración establecido en la Comunidad Autónoma.

A partir de los datos de dispensación y aplicando el valor del PVL como valor de adquisición se han calculado: la relación de unidades de inyectable necesarias para tratar a cada paciente en el periodo de estudio, la pauta posológica media para cada presentación, el coste por paciente/mes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han analizado las dispensaciones realizadas a 388 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o trastorno del espectro de la Esquizofrenia. La distribución por principio activo es de 39% aripiprazol (n=151) y 61% paliperidona (n=237).

Las pautas posológicas calculadas en el periodo de estudio son: AM300 28 días, AM400 31,3 días, X150 31,4 días, X100 26,2 días, T525 79,8 días y T350 83 días.

El calculo del coste por paciente y mes arroja los siguientes datos: AM300 257 euros, AM400 233 euros, X150 411 euros, X100 313 euros, T525 447 euros y T350 286 euros.

Se presenta un estudio económico de minimización de costes aplicado al uso de inyectables de larga duración en el tratamiento de mantenimiento de pacientes con Esquizofrenia Paranoide y Trastornos del espectro de la Esquizofrenia.

El método empleado no permite discernir dosificaciones superiores a las indicadas en ficha técnica y los resultados pueden reflejar un sesgo en el dato de la pauta posológica calculada porque en el análisis se han incluido pautas con

dosis superiores a las recomendadas. Adicionalmente el método de análisis farmacoeconómico de minimización de costes parte de la base que los únicos costes que se valoran son los de adquisición.

El tratamiento más eficiente desde el punto de vista de minimización de costes comparativo entre las presentaciones inyectables de larga duración de aripiprazol y paliperidona es ARIPIPRAZOL inyectable mensual 400 mg.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

609. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN, PERSISTENCIA Y COSTE ASOCIADO AL USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES

MERCADAL ORFILA G, MAESTRE FULLANA MA, VENTAYOL BOSCH P, SERRANO LÓPEZ DE LAS HAZAS JI, GÓMEZ LOBÓN A, ANOZ JIMÉNEZ L, FERNÁNDEZ CORTÉS F, JAUME GAYÀ M
HOSPITAL MATEU ORFILA. RONDA DE MALBUGER, 1. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Determinar el perfil de utilización de fármacos biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en la práctica clínica, su persistencia y la relación coste/persistencia durante un periodo de evaluación de 5 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en la totalidad de hospitales del sistema público de salud de una Comunidad Autónoma (CA) entre enero de 2011 y diciembre de 2015. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de AR no tratados previamente con fármacos biológicos, que recibieron como mínimo 6 meses de tratamiento con uno o más fármacos biológicos durante el periodo de estudio.

Se registraron variables demográficas, duración del tratamiento y datos de dispensación de farmacia.

Las tasas de persistencia se calcularon por el método de Kaplan-Meier teniendo en cuenta el número total de días en tratamiento.

El coste de cada tratamiento se estimó en función del número de unidades recogidas durante cada periodo de tiempo en relación con coste de compra (precio promedio proveedor). En el caso de que un medicamento fuera rescatado por un segundo o posterior tratamiento, el coste de estos rescates se imputaron al primer tratamiento recibido.

Finalmente, se compararon los costes del medicamento en función de la posología descrita en la ficha técnica con los costes de las dispensaciones reales registradas en el Servicio de Farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 214 pacientes (edad media 54,4 años; 71% mujeres), distribuidos como sigue: 62 iniciaron tratamiento con etanercept, 56 certolizumab pegol, 30 adalimumab, 19 tocilizumab intravenoso (IV), 4 tocilizumab subcutáneo (SC), 8 abatacept IV, 15 abatacept SC, 8 infliximab original (IV), 11 golimumab (SC), 1 rituximab (IV).

La persistencia al tratamiento global media fue de 22,7 meses:

32 meses etanercept, 28 golimumab, 26 certolizumab pegol, 25 adalimumab, 23 abatacept, 19 tocilizumab y 12 infliximab.

A 5 años menos del 20% de pacientes continúan con el biológico de inicio.

El mayor porcentaje de persistencia a 1 año fue para certolizumab pegol (69,1%), a 2 años para abatacept intravenoso (50%) y a 3 años para adalimumab (33%).

No obstante, el análisis Kaplan Meier no mostró diferencias estadísticamente significativas (logrank > 0,05) entre ninguno de los fármacos estudiados.

La menor relación coste-persistencia a 1 año fue para etanercept (38.552,32 €), y a 2 y 3 años para abatacept intravenoso (56.620,29 € y 134.409,6 € respectivamente).

No se analizaron los datos a 4 y 5 años, debido a la escasa muestra en ese momento temporal, que no permitió extraer datos concluyentes.

Conclusiones

En nuestra cohorte, aproximadamente 1 de cada 5 pacientes mantiene el biológico de inicio a los 5 años.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas de persistencia entre los diferentes fármacos biológicos, siendo la media 22,7 meses.

El fármaco con menor coste-persistencia a 1 año fue etanercept y a 2 y 3 años para abatacept intravenoso.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

621. TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: UTILIZACIÓN EN INDICACIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA

AUTORES

BARDAN GARCIA B, GRANERO LÓPEZ M, RODRÍGUEZ CARRACEDO J, RODRÍGUEZ PENÍN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. AVDA. DE LA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Analizar la utilización de toxina botulínica tipo A en indicaciones distintas a las autorizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Período: enero de 2015- marzo de 2018. En la Guía Farmacoterapéutica (GFT) de nuestra Área Sanitaria están incluidas tres especialidades farmacéuticas de toxina botulínica tipo A, una de ellas sin proteínas complejantes (SPC) e incluida a finales de 2010 únicamente para pacientes que presenten pérdida de eficacia con cualquiera de las otras dos especialidades. De la historia clínica electrónica y de la base de datos de dispensación de la toxina botulínica tipo A se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio prescriptor, indicación, especialidad farmacéutica prescrita, dosis y fechas de administración.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio fueron tratados 53 pacientes, edad media 53,7 años (9 a 91), 55% hombres. Servicios prescriptores: Rehabilitación, 25 pacientes (47,2%); Neurología, 20 (37,7%); Unidad del Dolor, 7 (13,2%); Dermatología, 1 (1,9%). Indicaciones: Sialorrea, 18 pacientes (34%) (asociada a Parkinson, 9; asociada a esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 4; asociada a otras patologías neurológicas, 5); espasticidad por esclerosis múltiple, 10 pacientes (18,9%); espasticidad por traumatismo craneoencefálico (TCE), 6 (11,3%); espasticidad por otras patologías, 7 (13,2%); dolor miofascial, 7 (13,2%); hiperhidrosis palmar, 2 (3,8%); distonía de miembro inferior, 2 (3,8%); neuralgia parestésica, 1 (1,9%). A 51 pacientes se les prescribió la misma especialidad farmacéutica de toxina botulínica, y solo se prescribió toxina botulínica SPC a 2 pacientes de Rehabilitación por aumento de dosis a 500 UI.

Dosis media por indicación: Sialorrea asociada a Parkinson, 148 UI; asociada a ELA, 111,1; asociada a otras patologías neurológicas, 152,5 UI; espasticidad por esclerosis múltiple, 300 UI; espasticidad por TCE, 225 UI; espasticidad por otras patologías, 308 UI; dolor miofascial, 100 UI; neuralgia parestésica, 158 UI; hiperhidrosis palmar y distonía de miembro inferior, 112,5 UI.

Número de administraciones por paciente y por indicación: Sialorrea asociada a Parkinson, 3,1; asociada a ELA, 2,25; asociada a otras patologías neurológicas, 4; espasticidad por esclerosis múltiple, 3; espasticidad por TCE, 2,7; espasticidad por otras patologías, 2,3; dolor miofascial, 1; neuralgia parestésica, 5; hiperhidrosis palmar, 1,5; distonía de miembro inferior, 1.

La frecuencia de administración fue mayor o igual a 3 meses para el 75,5% de los pacientes. El resto de los pacientes recibieron una administración única (dolor miofascial: los 7 pacientes; distonía de miembro inferior: los 2 pacientes; hiperhidrosis palmar: 1 paciente; espasticidad por otras patologías: 3 pacientes).

Conclusiones

La frecuencia de administración de toxina botulínica se ajusta a la recomendada en ficha técnica para indicaciones autorizadas.

Los resultados obtenidos sugieren realizar una revisión global (incluyendo la utilización en indicaciones autorizadas) de las especialidades farmacéuticas de toxina botulínica incluidas en la GFT y sus condiciones de utilización.

Sería conveniente consensuar con Rehabilitación y Neurología protocolos de utilización de toxina botulínica tipo A en las indicaciones fuera de ficha técnica con mayor número de pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

625. INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES TRATADOS CON CLEVIDIPINO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ECHEVERRÍA GORRITI A, IRIGOYEN RODRIGUEZ I, AQUERRETA GONZALEZ I, IDOATE GARCÍA A, ORTEGA ESLAVA A
CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PIO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de insuficiencia renal aguda (IRA) en pacientes tratados en la práctica clínica con clevidipino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes cuya hipertensión arterial fue tratada con clevidipino entre 2014 y 2016. De cada paciente, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, presencia de insuficiencia renal previa al tratamiento con clevidipino, tipo de cirugía, dosis de clevidipino administrada, tratamiento concomitante con fármacos nefrotóxicos (antiinflamatorios no esteroideos, diuréticos, aminoglucósidos, inhibidores del enzima convertidor de angiotensina y antagonistas de receptores de angiotensina II) y aparición de IRA en los primeros 30 días tras el tratamiento. La IRA se definió según los criterios AKI (Acute Kidney Injury) y según los criterios del ensayo clínico (ECLIPSE) con clevidipino (aumento de la creatinina sérica de al menos 0,7 mg/dL respecto a la creatinina preoperatoria, y un nivel postoperatorio de creatinina de al menos 2,0 mg/dL). Se compararon las características de los pacientes que desarrollaron IRA con las de los pacientes que no la desarrollaron mediante chi-cuadrado o U-Mann Whitney, utilizando el programa estadístico Stata 12.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Diecinueve pacientes recibieron tratamiento con clevidipino entre 2014 y 2016. Seis de ellos se excluyeron del estudio por no poderse valorar la función renal (de 4 no se disponía de la creatinina basal y 2 estaban en programa de hemodiálisis). Los 13 pacientes restantes tenían una mediana (rango) de edad de 69 años (52-93) y el 76,9% eran varones. El 61,5% padecían hipertensión arterial crónica, el 46,2% eran cardiopatas y un paciente (7,7%) era diabético. Tres pacientes presentaban insuficiencia renal previa. El 30,8% de los pacientes había sido sometido a cirugía cardíaca, el 23,1% a neurocirugía, otro 23,1% a cirugía urológica y el resto no fueron intervenidos quirúrgicamente. Cinco (el 38,5%) pacientes desarrollaron IRA según criterios AKI (AKI-1 en todos los casos). De ellos, únicamente uno presentaba insuficiencia renal crónica previa y sólo dos fueron sometidos a cirugía. Utilizando los criterios del ensayo ECLIPSE, un 7,7% desarrolló IRA.

En el grupo de los pacientes que desarrollaron IRA según criterios AKI, la mediana (rango) de velocidad máxima de infusión de clevidipino fue de 2,5 (0,5-8,0) mg/h, frente a 4 (1,3-8,0) mg/h en el resto de pacientes ($p=0,5$). No se observaron diferencias en el número de nefrotóxicos recibidos por los pacientes que desarrollaron IRA y los que no, pero sí se observaron diferencias en el porcentaje de pacientes que recibió diuréticos en estos grupos (100% vs 75%; $p=0,03$).

Conclusiones

La incidencia de IRA en los pacientes tratados con clevidipino en la práctica clínica, definida según los criterios del ensayo ECLIPSE, fue del 8%, similar a la encontrada en dicho ensayo. Sin embargo, la incidencia de IRA, definida según



los criterios AKI, habitualmente utilizados en la práctica clínica, fue del 38%. Conocer los efectos adversos de los medicamentos en el contexto real con los criterios habitualmente utilizados es importante para tomar las medidas oportunas en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

628. OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA INDUCIBLE

AUTORES

GRANERO LOPEZ M, RODRIGUEZ CARRACEDO J, BARDAN GARCIA B, RODRIGUEZ PENIN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. CTRA. CATABOIS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de omalizumab (OMA) en pacientes con urticaria crónica inducible (UCIn).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con OMA en UCIn en un hospital de segundo nivel. Período: agosto 2015-abril 2018. OMA es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado anti-IgE. Su empleo en urticaria crónica no espontánea es un uso fuera de ficha técnica, requiriéndose para su autorización por la Dirección del centro: informe del médico, del farmacéutico y consentimiento informado del paciente. Datos obtenidos de: registro de usos especiales del Servicio de Farmacia, historia clínica electrónica y programa de prescripción electrónica asistida. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, servicio prescriptor (SP), comorbilidades, tratamiento previo (TP), tiempo de evolución de la enfermedad (TEE), Ig E inicial (rango: 1,3-165 KU/L), UAS7 (urticary activity score; UAS7 > 16: urticaria severa), UCT (urticaria control test; UCT=16: control completo de la enfermedad), posología, respuesta al tratamiento y reacciones adversas (RA).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se describen 4 casos de UCIn:

Urticaria a frígore (tras exposición de la piel a bajas temperaturas): Varón, 11 años; SP: Pediatría; comorbilidades: asma, rinitis alérgica; TP: levocetirizina, ranitidina, montelukast, corticoides; TEE: 10 meses; Ig E inicial: 411 KU/L; posología: 300 mg/28 días; resolución completa de los síntomas sin recaída tras la suspensión después de 17 meses de tratamiento; no RA.

Urticaria solar (tras exposición a radiación solar, luz visible o radiación ultravioleta): Varón, 44 años; SP: Dermatología; TP: cetirizina, bilastina, montelukast; TEE: 15 meses; Ig E inicial: 124 KU/L; posología: 300 mg/28 días; respuesta parcial con recaída reciente que se trató con ebastina, cetirizina, montelukast, ranitidina e intensificación de la dosis de OMA (300 mg intercalados con 150 mg, cada 14 días), con mejoría del episodio; tratamiento en curso; RA: cuadro pseudogripal, irritación conjuntival y molestia orofaríngea.

Urticaria por presión retardada (tras aplicar presión variable sobre la piel, como permanecer sentado o usar ropa apretada): Mujer, 53 años; SP: Alergología; TP: cetirizina, montelukast, corticoides; TEE: 3 años; UAS7 inicial=15; UAS7=0 tras dos meses de tratamiento; posología: 300 mg/28 días; buena respuesta; tratamiento en curso; no RA.

Urticaria colinérgica (por aumento de la temperatura corporal, debido a ejercicio físico, ambiente caluroso o estrés emocional): Varón, 19 años; SP: Alergología; comorbilidades: rinitis; TP: bilastina, desloratadina, montelukast; TEE: 4 años; Ig E inicial: 135 KU/L; UAS7 inicial=12; UCT= 4 tras dos administraciones; posología: 300 mg/28 días; buena respuesta; tratamiento en curso; no RA.

Actualmente, Dermatología solicitó OMA en Urticaria acuagénica (tras la exposición al agua): Mujer, 40 años; comorbilidades: rinitis; asma, angioedema; TP: bilastina si prurito, montelukast, fluoxetina; TEE: 6 meses; Ig E inicial: 179 KU/L; UCT=1. Autorización pospuesta hasta valorar respuesta tras aumentar la dosis del antihistamínico hasta 4 veces la dosis estándar.

Conclusiones

- La peor respuesta obtenida, hasta el momento, en cuanto a efectividad y seguridad fue en urticaria solar.
- La posología se basó en todos los casos, en las recomendaciones para la urticaria crónica espontánea.
- Excepcionalmente la urticaria a frígore, resulta necesario valorar el efecto a largo plazo tras la retirada de la medicación.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

634. ANALISIS E IMPACTO ECONOMICO DE LA INTRODUCCIÓN DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

FERNÁNDEZ ALONSO E, ALONSO TRIANA YM, FUENTEALSAZ DEL BARRIO MV, MALDONADO DOMENECH A, LAHOZ ROMEO MC
HOSPITAL DE ALCAÑIZ. AV. DOCTOR REPOLLES 2. TERUEL

OBJETIVOS

La entrada de los biosimilares en el mercado de medicamentos biológicos supone una oportunidad para la sostenibilidad económica del sistema sanitario así como facilita el acceso de los pacientes a fármacos biológicos. Éstos representan parte importante del presupuesto farmacéutico hospitalario, por lo que el cambio a fármacos biosimilares supone una importante estrategia de gestión de los recursos.

Como objetivo se plantea analizar el impacto económico y perfil de seguridad que ha supuesto la introducción de Infliximab biosimilar en la Guía Farmacoterapéutica de nuestro Hospital. Del mismo modo, se analizó el perfil de prescripción y grado de inclusión en los diferentes servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo, que incluye todos los pacientes tratados con Infliximab biosimilar en el período comprendido entre Abril 2016 y Abril 2018. Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica de los pacientes, así como del programa informático de prescripción Farmatools®. Variables de estudio: Edad, sexo, dosis y nº de ciclos, servicio prescriptor y diagnóstico, si se trata de un switch desde una molécula de referencia, efectos adversos, y diferencia de costes biosimilar/original.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 18 pacientes con una media de edad de 43,3 años (20-67) siendo el 55,5% (10) hombres. Durante el período de estudio se utilizaron un total de 385 viales de Infliximab biosimilar. El consumo de éste fue del 10,15% en 2016 y del 76,47% en 2018 respecto al fármaco de referencia. Dermatología fue el servicio médico prescriptor por excelencia con el 61,1% (11) de los pacientes (el 100% de ellos con diagnóstico de psoriasis), seguido de Digestivo con el 33,3% (6) siendo la enfermedad de Crohn el diagnóstico en el 66,6% (4) de los casos y colitis ulcerosa en el 33,3% (2). Por último, Reumatología prescribió en el 5,5% (1) de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. En el 61,1% (11) de los casos se trató de un switch, todos ellos pertenecientes al servicio de Dermatología. El ahorro por vial fue de 157,08€ (395,26€ molécula referencia Vs 238,18€ Infliximab) suponiendo un ahorro total de 60.475,8€ que distribuido por servicios fue: Digestivo 31.258,92€, Dermatología 27.489€ y Reumatología 1.727,88€. Si durante el período de estudio todo el consumo de Infliximab hubiera sido biosimilar, el ahorro hubiera sido de 113.883€, que distribuido por servicios: Dermatología: 71.157,24€, Reumatología: 28.588,56€ y Digestivo: 14.137,20€. Dos pacientes suspendieron el tratamiento, uno por ineficacia y otro por reacción infusional (ya descrita en Infliximab de referencia).

La utilización de Infliximab biosimilar ha supuesto un ahorro considerable en el gasto farmacéutico hospitalario favoreciendo la sostenibilidad económica. El grado de inclusión en los servicios clínicos es cada vez mayor. El porcentaje de switch desde molécula de referencia es considerable, y además no parece incrementar los efectos adversos ni reducir la eficacia. El perfil de seguridad resulta favorable, por ello las dudas sobre la utilización de biosimilares deberían ir disminuyendo ante la evidencia demostrada en la práctica clínica real.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

639. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN OFTALMOLOGÍA

AUTORES

GRANERO LOPEZ M, GONZALEZ RODRIGUEZ A, BARDAN GARCIA B, RODRIGUEZ PENIN I
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. CTRA. CATABOIS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Ranibizumab (RANI) y Aflibercept (AFLI) son fármacos antiangiogénicos indicados en alteraciones visuales debidas a degeneración macular asociada a la edad, oclusión de la vena retiniana, edema macular diabético y neovascularización corioidea miópica. El objetivo del trabajo es valorar el ahorro económico que supone el fraccionamiento de los viales de RANI y AFLI, en comparación con las presentaciones comerciales de jeringa precargada y vial, respectivamente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Período: 2015-2017. La dosis de RANI recomendada es una inyección de 0,5 mg/0,05 ml y de AFLI 2 mg/0,05 ml (presentaciones comerciales (vial + aguja con filtro): 2,3 mg en 0,23 ml y 4 mg en 100 microlitros, respectivamente). El Servicio de Farmacia (SF) no dispone de la especialidad farmacéutica con RANI en jeringa precargada. El fraccionamiento de los viales se realizó en el SF en cabina de flujo laminar vertical (CFLV) y se estableció una estabilidad microbiológica de 3 días en frigorífico, asignándosele el nivel de riesgo más alto aplicando la Matriz de elaboración de preparados estériles incluida en la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos. Siguiendo las normas de trabajo, se lleva a cabo anualmente y coincidiendo con la formación de nuevo personal: validación de técnica aseptica mediante Media-fill test y check list del personal que elabora, y mensualmente: control microbiológico de la CFLV (cultivo aerobios en superficie y hongos y aerobios en aire ambiental). Se consensó con el Servicio de Oftalmología administrar el fármaco a todos los pacientes el mismo día de la semana.

Los datos fueron recogidos de: Servicio de Recursos Humanos, Supervisión de Recursos Materiales, historia clínica electrónica y programas de prescripción electrónica asistida y gestión del SF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del 1/1/2015 al 31/12/2017 se trataron 538 pacientes con RANI y 339 con AFLI. Se elaboraron 3117 jeringas de RANI (a partir de 1087 viales) y 2329 jeringas de AFLI (a partir de 715 viales), lo que supone un índice de jeringas/vial de 2,87 y 3,26, respectivamente. La diferencia de costes directos encontrada con la centralización del fraccionamiento de los viales en el SF fue: RANI: 700.614,98€ frente a 829.122€ (si se utilizase la presentación comercial en jeringa precargada), y AFLI: 437.801,65€ frente a 1.426.069,99€ (un vial por paciente), lo que supone un ahorro del 15% en el caso del RANI y del 69% para el AFLI. Los costes indirectos generados por la preparación en el SF fueron: elaboración por enfermería (hora estimada de trabajo: 15,85 €; preparación de aproximadamente 20 jeringas en 1 hora) y jeringas BD MicroFine 0,5 ml individualizadas por paciente (0,06 €/unidad). Por tanto, los costes indirectos serían: RANI 2657,2 € y AFLI: 1985,5 € (incremento del 0,38% y del 0,45% sobre el coste del fraccionamiento, respectivamente).

Conclusiones

- Los costes indirectos tienen poca repercusión en el ahorro global encontrado.
- El fraccionamiento de AFLI en el SF es una medida eficiente para optimizar su alto coste.
- Los resultados obtenidos sugieren valorar la introducción en la Guía Farmacoterapéutica de la jeringa precargada comercial de RANI.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

653. ANALISIS DE LA COMPLEJIDAD Y SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN DE MUESTRAS DE ENSAYO CLÍNICO EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

DE AMURIZA CHICHARRO N, FERNANDEZ VAZQUEZ A, LUCAS SANCHEZ M, MOLINA POMARES M, GOYACHE GOÑI MP, CORTIJO CASCAJARES S, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CORDOBA SN. MADRID

OBJETIVOS

Proponer una categorización de los ensayos clínicos disponibles en el Servicio de Farmacia en función de su potencial de error/seguridad en el proceso de la dispensación. Implantar medidas de mejora para prevenir errores de dispensación en aquellos categorizados como de mayor riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se determinaron cuatro categorías de ensayos en función de su nivel de seguridad o potencial de error a la hora de dispensarlos, siendo la categoría A la de mayor riesgo de error y la D la más segura. En la categoría A se incluyeron aquellos ensayos en los cuales el Servicio de Farmacia es el único personal no ciego. En este grupo se encuentran aquellos ensayos en los que la medicación es abierta y la dispensación del fármaco o placebo depende exclusivamente del Servicio de Farmacia. La categoría B correspondería a aquellos ensayos en los que la medicación a dispensar no tiene asignado número de kit o de lote y por tanto se puede dispensar cualquier bote o vial. En la categoría C se incluyen aquellos ensayos que tienen número de kit, pero no de confirmación de la dispensación. La categoría D comprendería aquellos ensayos en los que la medicación a dispensar tiene número de kit y número ó letras de confirmación, los cuales hay que introducir en el sistema informático para corroborar que la medicación a dispensar es la correcta. Con esta clasificación se analizaron los 325 ensayos clínicos iniciados a fecha 31 de marzo de 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de estos ensayos, 17 (5,2%) fueron clasificados como categoría A, 112 (34,5%) como categoría B, 169 (52%) como categoría C y 27 ensayos (8,3%) fueron clasificados como categoría D. Los ensayos con un sistema mixto, es decir, con algunos fármacos con número de kit o lote y algunos fármacos sin ellos, fueron clasificados como categoría B. Para la localización y fácil identificación de los ensayos con categoría A y B se implantó un código de colores, tanto en nuestro registro informático de los ensayos, como en la localización física de los mismos. Se asignó el color rojo a los ensayos de categoría A y el amarillo a los de categoría B. En aquellos ensayos clasificados como categoría A se estableció un circuito especial de dispensación. Se implementó un sistema de doble validación por parte de dos farmacéuticos, así como un tercer chequeo por una enfermera del área antes de su dispensación. Su elaboración se restringió únicamente a enfermeras especialmente formadas pertenecientes exclusivamente al área de ensayos clínicos. Aunque el porcentaje de ensayos con categoría A no es muy elevado, son ensayos que cada vez son más frecuentes en el Servicio de Farmacia. Tienen un elevado potencial de error y requieren una especialización y formación especial. El porcentaje de categoría D es excesivamente pequeño para la calidad y seguridad que aportan a los ensayos. Estos diseños deberían extenderse debido al aumento de complejidad en los ensayos clínicos que se observa en los últimos años.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

694. SWITCHING A INFLIXIMAB BIOSIMILAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

CABIA FERNANDEZ L, UBEIRA IGLESIAS M, FERNANDEZ VICENTE M, MACHIN MORON MA, GÜEMES GARCIA M, FERNANDEZ GUTIERREZ I, MATE ARBAIZA P, FERNANDEZ PIÑEIRO N
HOSPITAL UNIV. DE BURGOS. AVDA. ISLAS BALEARES, 3. BURGOS

OBJETIVOS

Un biosimilar es un fármaco altamente similar a otro fármaco biológico ya aprobado o fármaco innovador (FI) del que se le presupone un mismo perfil de eficacia y seguridad, y es generalmente utilizado en las mismas condiciones de tratamiento. La introducción de los biosimilares ha supuesto una posibilidad de reducción del gasto farmacéutico. En España no existe una legislación específica sobre la intercambiabilidad de un FI por un biosimilar (switching). En los hospitales, gracias a la estrecha monitorización de los pacientes, es posible realizarlo aunque no se esperan efectos diferentes a los del FI. Las principales razones para utilizar un biosimilar en lugar del FI es la minimización de costes sin afectar a la eficacia y seguridad del paciente.

El objetivo principal es determinar el número de pacientes a los que se realizó "switching" de infliximab innovador (II) a infliximab biosimilar (IB) en los servicios de Reumatología, Digestivo y Dermatología en un hospital de tercer nivel, así como el gasto y ahorro anual de ambos medicamentos. También se hizo un seguimiento de la tolerabilidad a IB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado, desde enero de 2016 a diciembre de 2017, en pacientes en tratamiento con II e IB. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación de pacientes externos y de las historias clínicas informatizadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Servicio de Reumatología: a principios de 2016, 16 pacientes estaban en tratamiento con infliximab: 14 (68,75%) con II y 9 (31,25%) con IB. A finales de 2016, a 3 pacientes se les hizo "switching" a IB, con un coste anual total de 112.235,62€. Durante 2017 se realizaron 8 "switching" (81,25% IB y 18.75% II), con un coste anual total de 78.416,28€. El ahorro estimado fue de 33.819,337€ (30%).

Servicio de Digestivo: a principios de 2016, 48 pacientes estaban en tratamiento con infliximab, habiendo 37 (75%) con II y 11 (25%) con IB. A finales de 2016, sólo un paciente tuvo cambio a IB, con un coste anual total de 462.212,49€. Durante 2017 se realizaron 21 “switching” (68,75% IB y 32,25% II), con un coste anual total de 394.918,081€. El ahorro estimado fue de 67.294,41€ (15%).

Servicio de Dermatología: a principios de 2016, 8 pacientes estaban en tratamiento con infliximab, habiendo 7 (87,5%) con II y uno (12,5%) con IB. A finales de 2016, no se realizó ningún cambio a IB, con un coste anual total de 63.074,63 €. Durante 2017 todos los pacientes se cambiaron a IB (100% IB y 0% II), con un coste anual total de 46.878,24€. El ahorro estimado fue de 16.196,39€ (34,5%).

El total ahorrado durante el año 2017 debido al “switching” a IB fue de 117.310,14€.

No se detectaron eventos relacionados con la infusión diferentes a los de II, ni otro tipo de efecto adverso.

Pese al pequeño incremento de la utilización de IB, se ha producido una reducción importante en el gasto farmacéutico, reduciéndose el coste del tratamiento por paciente sin verse afectada su seguridad. Esto favorecerá la sostenibilidad del SNS permitiendo así el acceso a nuevas terapias biológicas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

724. ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS

AUTORES

LUCAS SÁNCHEZ M, DE AMURIZA CHICHARRO N, FERNÁNDEZ VÁZQUEZ A, MOLINA POMARES M, GOYACHE GOÑI MP, CORTIJO CASCAJARES S, FERRARI PIQUERO JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CÓRDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Analizar cualitativa y cuantitativamente los errores de medicación asociados a la prescripción de fármacos en ensayos clínicos en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo entre abril de 2017 y marzo de 2018. Se registraron todos los errores de prescripción de muestras de ensayo clínico detectados en la validación farmacéutica. Los errores se clasificaron en los siguientes grupos: dosis errónea, dosis omitida, pauta errónea, medicamento equivocado, medicamento omitido, protocolo equivocado, protocolo no identificado, paciente equivocado, paciente en ensayo clínico pedido fuera de ensayo, paciente fuera de ensayo pedido dentro de un ensayo y error de fecha. También se registró la vía de administración de los fármacos implicados en el error y si la prescripción errónea fue electrónica o en papel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron 93 errores de prescripción en un periodo de 12 meses. Según la clasificación por tipo de error detectado, las tres clases más frecuentes fueron: protocolo no identificado (47,31%), dosis errónea (20,43%) y protocolo equivocado (16,12%). Los errores debidos a pauta errónea (4,30%), medicamento omitido (3,22%), medicamento equivocado (2,15%), paciente equivocado (2,15%), error de fecha (2,15%), paciente incluido en protocolo de ensayo clínico pedido como fuera de ensayo (2,15%), paciente no incluido en ensayo clínico pedido como de ensayo (1,07%) y dosis omitida (1,07%) fueron detectados con menor frecuencia.

El 100% de los errores asociados a medicación oral se detectaron en prescripción mediante receta manual y supusieron un 67,74% de los errores registrados, mientras que los errores asociados a medicación parenteral supusieron un 32,60% del total y su prescripción se realizó en su mayoría electrónicamente (tan solo el 23,3% se hizo de forma manual).

Los ensayos clínicos, a pesar de estar protocolizados según los requerimientos de cada ensayo, conllevan un alto riesgo de error de prescripción debido a la complejidad de sus diseños. Es por esto que la presencia de farmacéuticos especialistas que validen todos los tratamientos del área se hace indispensable, evitando que los errores de prescripción cometidos lleguen a tener consecuencias para el paciente. El conocimiento de los errores permite determinar los puntos en los que hay más deficiencias y así poder establecer medidas para controlarlos y disminuirlos. Tras el análisis del registro de intervenciones, se ha propuesto la eliminación de la prescripción manual, estableciendo la prescripción electrónica como único método de prescripción tanto para la medicación oral como parenteral, esperando con esto reducir en gran medida los errores cometidos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

729. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN UN ÁREA DE SALUD: IMPACTO EN EL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN

AUTORES

CABALLERO REQUEJO C, INIESTA NAVALÓN C, ONTENIENTE CANDELA M, SALAR VALVERDE I, GIL CANDEL M, BERNAL MONTAÑÉS JM, URBIETA SANZ E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. AVD. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la evolución del consumo de anticoagulantes orales (ACO) tras la comercialización de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y su impacto en el perfil de prescripción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 7 años de duración (enero 2011-diciembre 2017), realizado en un área de salud que atiende a una población de unos 200.000 habitantes. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), y datos de consumo de ACO, tanto de los antagonistas de la vitamina K (AVK), acenocumarol y warfarina; como de los ACOD,



dabigatran, apixaban, rivaroxaban y edoxaban. Estos datos fueron obtenidos del programa de gestión de recetas del área. Para el análisis de la evolución del consumo, se expresaron los consumos de cada tipo de ACO en Dosis Habitante Día (DHD), que corresponde al número de Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1.000 habitantes/día, mediante la fórmula: $DHD = n^{\circ}DDD \times 1000 \text{ habitantes/población} \times 365$. Los datos de población del área se obtuvieron del número de tarjetas sanitarias activas.

Se analizó también el porcentaje de consumo de AVK frente al total de ACO para valorar el impacto en el perfil de prescripción de anticoagulantes tras la aparición de los ACOD. Se calculó dividiendo las DDD de AVK dispensadas entre el número de DDD de anticoagulantes orales dispensados cada año. La meta de este indicador en el acuerdo de gestión del área estudiada era > 80%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, se realizaron 200.825 dispensaciones de ACO en las farmacias comunitarias del área estudiada. El número de pacientes que retiraron ACO de las farmacias comunitarias aumentó de 3089 en 2011 a 4146 en 2017 (34,2%). El consumo en DHD de ACO durante el periodo de estudio, así como su porcentaje de variación fue: acenocumarol, de 5 DHD en 2011 a 4,67 DHD en 2017 (-6,77%); warfarina, de 0,284 DHD en 2011 a 1,097 DHD en 2017 (286,3%); dabigatran, de 0,242 DHD en 2012 a 0,883 en 2017 (264,9%); rivaroxaban, de 0,602 DHD en 2013 a 1,42 en 2017 (136,4%); apixaban, de 0,170 DHD en 2014 a 0,936 en 2017 (450,6%). El indicador de porcentaje de consumo AVK/total ACO fue del 99,33% en 2011, 95,21 % en 2012, 81,40 % en 2013, 76,57% en 2014, 73,24% en 2015, 68,93% en 2016 y 63,24% en 2017.

Nuestro estudio muestra un incremento general en el área de pacientes con anticoagulantes.

El consumo de AVK se ha mantenido por un aumento de warfarina frente al descenso de consumo de acenocumarol. Sin embargo destaca el fuerte incremento de la utilización de los ACOD siendo el más prescrito rivaroxaban posiblemente debido a la cómoda posología así como al tiempo de comercialización que permite una mayor experiencia de uso.

El indicador de porcentaje de consumo AVK/total ACO ha ido alejándose progresivamente del estándar propuesto por el Servicio de Salud por un desplazamiento de los AVK hacia los ACOD. Consideramos urgente la realización de estudios de seguridad rigurosos de los nuevos anticoagulantes dado que parece imponerse su prescripción de manera generalizada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

731. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS MODULADORES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

AUTORES

GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, PALOMO PALOMO C, RÍOS SÁNCHEZ E, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MP, FÉNIX CABALLERO S, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIV. DE PUERTO REAL. CTRA. N-IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética, multisistémica que afecta a las glándulas exocrinas y se transmite con carácter autosómico recesivo. Esta causada por mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR). La mayor morbimortalidad viene determinada por el progresivo deterioro del aparato respiratorio. Los fármacos moduladores de CFTR son Ivacaftor y las combinaciones Lumacaftor-Ivacaftor y Tezacaftor-Ivacaftor, estos suponen un avance importante en el abordaje de la FQ pasando de tratamientos sintomáticos a la medicina personalizada con tratamientos reparadores del defecto básico. El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la evidencia disponible sobre la eficacia de los nuevos fármacos moduladores CFTR en el tratamiento de la FQ.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE (PUBMED) y la Biblioteca Cochrane hasta Marzo de 2018, utilizando las palabras clave "cystic fibrosis AND CFTR drugs". Se incluyeron estudios fase III, randomizados y controlados con placebo. Se excluyeron revisiones no sistemáticas y estudios de práctica clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 11 estudios fueron incluidos, 6 para Ivacaftor, tres para Lumacaftor-Ivacaftor y dos estudios para Tezacaftor-Ivacaftor. La variable principal de eficacia que aparece en los estudios es el cambio en la función pulmonar respecto al valor basal en la semana 24, medido como porcentaje de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (ppFEV1). De los 6 estudios para Ivacaftor, dos se realizaron en niños (ENVISION y KIWI) y cuatro en adultos (STRIVE, PERSIST, KONNECTION y KONDUCT). Los pacientes tenían una edad igual o superior a 2 años y alguna de las siguientes mutaciones: G551D o mutaciones no G551D (G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R) en al menos un alelo del gen CFTR. También se incluyeron adultos con una mutación R117H en el gen CFTR. Ivacaftor ha mostrado una mejoría en FEV1 del 10%-12%, resultado que se mantiene en los estudios a largo plazo. Los estudios para Lumacaftor-Ivacaftor fueron TRAFFIC, TRANSPORT y el estudio de extensión PROGRESS. Se incluyeron pacientes de 6 años de edad y mayores homocigotos para la mutación F508del. Esta mutación es la más frecuente y se caracteriza por la síntesis de una proteína alterada. Los homocigotos para la mutación F508del presentan una forma grave de la enfermedad. Según los resultados (incluyendo los resultados a largo plazo a las 96 semanas) se observa una modesta pero significativa mejoría en FEV1 entre el 2-4%. Para Tezacaftor-Ivacaftor se incluyeron dos estudios en pacientes de 12 años y mayores homocigotos en el primer estudio y heterocigotos en el segundo para la mutación F508del. La mejoría en FEV1 fue del 4% y 6.8% respectivamente.



En la mayoría de los estudios se observa la mejoría en la función pulmonar, aunque reducida se mantiene a largo plazo. La evidencia disponible es mayor para Ivacaftor que para el resto de fármacos con estudios incluso en niños y en mayor variedad de mutaciones.

Serían necesarios más estudios en homocigotos para la mutación F508del que presentan la forma más grave de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

789. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

AUTORES

DOMÍNGUEZ RIVAS Y, SÁNCHEZ YAÑEZ E, MOYA CARMONA I, MORA SANTIAGO MR, DANI BEN ALDEL-LAH L, PEDROSA RUIZ M, FERNANDEZ OVIES JM
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

- Implantar una aplicación informática para la gestión de solicitudes de medicamentos en situaciones especiales (MSE).
- Conocer el grado de implantación y los resultados en la gestión de MSE desde su implantación.

DISEÑO

Se trata de una aplicación web diseñada para gestionar las solicitudes de MSE (fuera de indicación, uso compasivo, medicamento extranjero, no incluido en Guía). El sistema diferencia distintos niveles de acceso (médico, jefe del servicio solicitante, jefe de farmacia, dirección médica) y se compone de un sistema de carpetas que permiten conocer en tiempo real el estado de cada expediente (autorizado, denegado, en trámite). Además es posible exportar datos, obtener indicadores, gestionar documentación, conocer el coste estimado de los tratamientos y realizar su seguimiento y trazabilidad.

El farmacéutico especialista, encargado del área de evaluación de MSE (FE-MSE), llevó a cabo la parametrización del aplicativo:

- Establecer el sistema de carpetas .
- Creación de perfiles con distintos niveles de acceso.
- Elaboración de la base de datos de medicamentos, patologías y usuarios.
- Creación de informes tipo de autorización o denegación
- Habilitación del envío de correos electrónicos automáticos informativos a los profesionales implicados.
- Diseño el circuito:
 - El médico cumplimenta la solicitud del MSE y la envía al jefe de su unidad, éste reenvía la solicitud a farmacia a través de la aplicación si decide autorizarla.
 - El FE-MSE recibe la solicitud y elabora un informe que remite al jefe de UGC Farmacia, el cual puede:
 - Autorizar o denegar
 - Remitir a dirección médica (DM) aquellas solicitudes que por sus características así lo requieran. Estos expedientes son resueltos en reuniones semanales (DM-Farmacia), o bien, si es necesario convocando la Subcomisión Farmacoterapéutica: SCFT (farmacéutico especialista, jefe de farmacia, médico prescriptor y/o jefe de servicio de la unidad prescriptora y DM).

CIRCUITO Y ETAPAS

Septiembre-diciembre 2017: Parametrización y pilotaje.

Enero-febrero 2018: Sesiones formativas.

Diciembre 2017: Se cuelga el acceso al aplicativo en la intranet del hospital,

Enero 2018: Arranca el aplicativo.

IMPLANTACIÓN

Se consigue implantar con éxito la aplicación en enero 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Para valorar la implantación de la aplicación y los resultados obtenidos durante la gestión de MSE a través de la misma se han recogido los siguientes datos (Enero-Marzo 2018):

- %de solicitudes MSE que se realizan a través de la aplicación: 100%
- Total de solicitudes: 51
- Tratamientos autorizados: 79,59% (n=39)
- Tratamientos denegados: 15,69% (n=8), en 5 casos se propone otra alternativa más eficiente y es aceptada.
- Solicitudes evaluadas por DM y/o la SCFT: 58,82% (n=30)
- Tiempo medio de resolución del expediente: 10,32 días

Limitaciones

- Falta de integración de la aplicación con la base de datos de pacientes del hospital, (en desarrollo).
- La falta de cuentas de correo corporativas limita el envío de los mails. En desarrollo una mejora que permite el envío de sms.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La aplicación informática se puede implantar en cualquier hospital con un entorno web que permita el acceso a todos los profesionales desde cualquier ordenador del hospital.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**792. PREVALENCIA DE USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA ENTRE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN ENSAYOS CLÍNICOS FASE I: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA****AUTORES**

FERNÁNDEZ LÓPEZ C, ALCALDE RODRIGO M, AHMAD DÍAZ F, SABATÉ FRÍAS N, CARRERAS SOLER MJ, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON, 119-129, 08035 BARCELONA. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo principal fue explorar la prevalencia y los patrones de uso de medicina complementaria y alternativa (CAM) entre los pacientes con cáncer candidatos a participar en ensayos clínicos (EECC) Fase I con fármacos de investigación de administración oral. Como objetivo secundario se evaluó la necesidad de intervención farmacéutica para evitar potenciales interacciones farmacocinéticas y/o farmacodinámicas con el fármaco de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo entre Julio y Diciembre de 2017 en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes candidatos a participar en EECC Fase I con fármacos de investigación de administración oral. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista clínica de los pacientes realizada por farmacéuticos especialistas visitados en la Consulta de Atención Farmacéutica. Se aplicaron criterios de inclusión/exclusión relativos a medicación concomitante prohibida/autorizada descritos en cada protocolo.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo/diagnóstico de cáncer, uso de CAM, tipo de CAM (vitaminas y minerales, preparados herbales, homeopatía y otros), necesidad de intervención farmacéutica y tipo de intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 153 pacientes de los cuales 38 consumían CAM (24,8%), con una edad media (rango) de 56,8 (31-81) años, siendo el 63,2% (24/38) de los consumidores de CAM mujeres.

La prevalencia de consumo en función del género fue: 34,8% (24/69) de las mujeres y 16,7% (14/84) de los hombres.

La prevalencia de consumo de CAM según la localización tumoral para las neoplasias más frecuentes fue: 41,2% (7/17) en pacientes con neoplasia de mama, 31,9% (15/47) en tumores digestivos (colon, recto, GIST e hígado), 28,6% (4/14) en tumores genitourinarios (próstata y vejiga), 19,1% (4/21) en pulmón, 5,9% (1/17) en tumores hematológicos, y en los menos frecuentes del 33,3% (7/21) incluyendo tumores del sistema nervioso central, tejidos blandos, melanoma y tumores ginecológicos.

La fitoterapia fue el tipo de CAM más consumido, un 92,1% de los pacientes con CAM consumían preparados herbales, seguido de vitaminas y minerales (26,3%), homeopatía (10,5%) y otros tipos (28,9%).

El número total de CAM identificado fue de 121 (68,6% fitoterapia, 14,9% vitaminas y minerales, 13,2% otros CAM y 3,3% homeopatía), con una media de 3,2 CAM/paciente consumidor. Los preparados herbales más habituales fueron mezclas de infusiones (n=9), cardo mariano (n=4), graviola o guanábana (n=4) y muérdago (n=3) entre otros. Las vitaminas y minerales más consumidos fueron complejos multivitamínicos y minerales (n=5), selenio (n=3), magnesio (n=3), vitamina D (n=2) y vitamina C (n=2). En la categoría "otros" destaca el consumo de omega-3 (n=5), melatonina (n=2) y colágeno (n=2).

Se realizaron intervenciones en el 65,8% (25/38) de los pacientes consumidores de CAM, suspendiéndose el 57,0% (69/121) de la CAM (88,5% fue fitoterapia, 4,3% vitaminas y minerales, 4,3% otros y 2,9% homeopatía).

Conclusiones

El consumo de CAM entre los pacientes con cáncer candidatos a EECC es significativo, siendo más común en mujeres. Según el tipo de neoplasia los pacientes con cáncer de mama y tumores digestivos fueron más consumidores de CAM. La fitoterapia fue el tipo de CAM más utilizada. La necesidad de intervención farmacéutica en estos pacientes fue elevada.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**824. MEPOLIZUMAB EN ASMA EOSINÓFILICA REFRACTARIA, DATOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL****AUTORES**

CALZADO GÓMEZ G, NAVARRO DÁVILA MA, BULLEJOS MOLINA M, ROMERO DELGADO C, NAZCO CASARIEGO GJ, MERINO ALONSO J, RAMOS RODRÍGUEZ J, DEL ROSARIO GARCÍA B

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CRRA OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El asma es una enfermedad heterogénea que incluye fenotipos etiológicamente muy diferentes. El avance reciente en la farmacoterapia del asma eosinofílica refractaria con anticuerpos de unión a interleukina-5 (IL-5), Mepolizumab y posteriormente Reslizumab, nos hace plantearnos los nuevos pacientes diana.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la prescripción de mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica refractaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con mepolizumab 100 mg desde diciembre de 2016 hasta la actualidad.

Las variables medidas fueron: sexo, edad, duración de la enfermedad, FEV1/FVC, IgE, eosinofilia, dosis de corticoides concomitantes, número de exacerbaciones, fumador/no fumador, peso.

Los datos se tomaron del aplicativo SAP, Drago AE, Farmatools y receta electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 17 pacientes, 12 (71%) mujeres con una edad media de 48 años (19-81). 5 pacientes (29 %) habían recibido tratamiento previo con omalizumab.

Una paciente suspendió tratamiento por reacciones adversas (astenia, lumbalgia, e hiporexia) tras recibir 4 dosis. El 94 % de los pacientes continúa actualmente en tratamiento con mepolizumab.

Características basales: 12 pacientes (71%) presentan FEV1/FVC \leq 70% . 8 (47%) presentaron niveles de IgE > 101 (18% IgE > 500). La cifra de esinófilos absolutos media fue > 1000/ml (550-3350). En cuanto al hábito tabáquico, 3 pacientes eran exfumadoras desde hace más de 10 años, 1 es fumadora activa y otra fumadora pasiva. El IMC > 25 en 6 pacientes. La media de exacerbaciones previa a mepolizumab fue de 2,1/año.

El 100% requirió al menos 3 ciclos de corticoides orales (CSO) de duración \geq 3 días.

La media de seguimiento fué de 21 semanas (4-50). En los pacientes que se alcanzan 32 semanas de seguimiento (8 pacientes), se observa una reducción del 33% de eosinofilia. Ninguno presentó exacerbación que requiriese hospitalización o visita a urgencias.

Todos los pacientes están en tratamiento con mepolizumab y CSI (corticoterapia inhalada) y LABA (agonistas beta-2 adrenérgico de acción prolongada); además el 18% necesita CSO a bajas dosis para el control de la enfermedad. No se produjo seguimiento en cuanto a niveles de IgE.

Mepolizumab en nuestros pacientes ha demostrado ser seguro y eficaz para tratar el asma eosinofílica. Sin embargo, será necesaria la continuación del seguimiento de los pacientes a más largo plazo y la inclusión de un mayor número de pacientes para obtener datos más sólidos.

Es necesario un estrecho control en la inclusión de nuevos tratamientos así como la selección de pacientes que se beneficiarían, llevado a cabo por parte de un equipo multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

835. ENSAYOS CLÍNICOS: IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA.

AUTORES

NAVARRETE-ROUCO . ME, BARCELÓ-VIDAL . J, PONCE MODAMIO M, JORQUES MAGRANS M, FERNÁNDEZ-SALA . X, FERRÁNDEZ QUIRANTE O, ESPONA QUER M
HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARÍTIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El servicio de farmacia hospitalaria (SF) es el responsable de la recepción, control y dispensación de la medicación en investigación, resultando en una participación activa en el área de ensayos clínicos (EECC). Los datos publicados reflejan un incremento del 32% en el número de EECC autorizados en España, de 539 registrados en 2002 a 791 en 2016. Destaca el impacto de la investigación en oncología, representando actualmente el 36,8% del total de EECC de las áreas terapéuticas.

El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la actividad del SF asociada a los EECC de forma global y por servicio investigador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel entre enero de 2008 y diciembre de 2017.

La actividad se midió mediante el recuento del número global de dispensaciones realizadas mensualmente y por servicio investigador. Se calculó la correlación del número de dispensaciones en el tiempo y el porcentaje de dispensaciones por servicio respecto al número de dispensaciones global (dispensaciones por servicio/dispensaciones totales x 100 (DS/DT)). Se realizó el test Rho de Spearman para evaluar el incremento o disminución de la actividad en el tiempo y para analizar la correlación entre el % DS/DT y el tiempo (período total).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 23.892 dispensaciones durante dicho período, siendo los servicios prescriptores (dispensaciones (%)): Oncología: 8.290 (34,7); Nefrología: 4.064 (17,0); Cardiología: 3.314 (13,9); Neurología: 1.914 (8,0); Hematología: 1.441 (6,1); Digestivo: 1.225 (5,1); Dermatología: 885 (3,7); Neumología: 824 (3,5); Reumatología: 651 (2,7); Medicina Interna/Infecciosas: 337 (1,4); Psiquiatría: 203 (0,9); Endocrinología: 150 (0,6); Cirugía/Anestesia: 135 (0,5); otros: 172 (0,7).

Año/actividad (número de dispensaciones): 2008/1.328; 2009/1.768; 2010/1.773; 2011/2.275; 2012/2.515; 2013/3.009; 2014/3.024; 2015/2.998; 2016/2.541; 2017/2.631. Se observó una correlación positiva, aumentando la actividad en 1.303 dispensaciones desde el inicio hasta el final del periodo (Rho=0,708; p < 0,001).

Análisis de correlación de % DS/DT y el tiempo: se observó una correlación positiva para los siguientes servicios: Nefrología (Rho=0,631; p < 0,001), Hematología (Rho=0,205; p=0,025), Dermatología (Rho=0,823; p < 0,001) y Endocrinología (Rho=0,726; p < 0,001). La correlación fue negativa en: Cardiología (Rho=-0,724; p < 0,001), Digestivo (Rho=-0,726; p < 0,001) y Psiquiatría (Rho=-0,476; p < 0,001). En el resto de servicios no se observó aumento o disminución de actividad significativa en proporción al aumento global de actividad.

Conclusiones

- La actividad del servicio de farmacia asociada a los EECC ha aumentado de forma significativa en la última década.
- Los servicios de Nefrología, Hematología, Dermatología y Endocrinología han presentado un incremento de su actividad de forma paralela a la actividad global. En
- A pesar de que el servicio de Oncología se ha mantenido constante a lo largo del tiempo, la actividad generada por el mismo es de aproximadamente el 35% de la global, de forma similar a lo reportado en la literatura.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**896. MOTIVOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DIRECTO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR****AUTORES**

CASTELLÓ NÒRIA Á, MARTINEZ SANCHEZ BA, VILA CURRIUS M, DIEZ VALLEJO C, FAYET PEREZ A, VIÑAS SAGUE L, TORO BLANCH C, SACREST GÜELL R
HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA GIRONA. AV FRANÇA S/N 17007. GIRONA

OBJETIVOS

Evaluar los motivos de cambio de tratamiento entre dos anticoagulantes orales de acción directa (AOD) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en el que se han incluido pacientes con FA de la Región Sanitaria de Girona, durante los años enero 2015 y marzo 2018 y tratados con al menos dos AOD. Se recogieron datos demográficos, clínicos y terapéuticos a partir de la historia clínica informatizada (SAP). Todos presentaban fibrilación auricular y habían estado tratados con acenocumarol y al menos dos de los nuevos AOD. La variable principal para evaluar la efectividad fue la presencia de un evento vascular cerebral, isquémico o hemorrágico, y para la seguridad, la aparición de un efecto adverso durante el tratamiento con AOD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

De los 2423 pacientes tratados con AOD en el periodo de estudio, 66 pacientes (2,7%) requirieron cambiar a otro AOD. No obstante solo se pudo obtener información de 34 de estos pacientes (41 % mujeres) con una edad media de 80,5 años.

Los motivos de cambio se clasificaron según si eran por seguridad, eficacia o cambio preventivo. Las modificaciones por seguridad fueron en el 65% (n=22) de los casos. Entre los motivos de cambio se encontraron: hemorragia menor en un 41% (n=9) de los casos, hemorragia mayor en un 14% (n=3), el 18% (n=4) por reacción cutánea y el 27% restante (n=6) por otros motivos (tos en 1 paciente, mareo en 2, cefalea en 1, ardor estómago y en boca y pies en 2 pacientes) El 50% (n=11) de ellos fueron tratados con rivaroxaban, el 36% con dabigatran y el 14% con apixaban en el momento del cambio al segundo AOD.

Los cambios debido a la falta de eficacia se produjeron en el 26% de los casos (n=9) y en todos los pacientes presentaron un accidente vascular cerebral. El 78% (n=7) de estos estaban en tratamiento con rivaroxaban en el momento del evento. En el 9% (n=3) restante, el motivo de cambio fue por prevención (por cambios de la función renal o por cambios del riesgo hemorrágico durante el tratamiento).

Conclusiones

Los pacientes con FA no valvular tratados con AOD que requirieron un cambio de tratamiento a otro ACO fue principalmente por motivos de seguridad. La mayoría de los efectos adversos presentados fueron hemorragias menores. Se debe realizar un uso prudente de los nuevos anticoagulantes orales ya que aunque causan hemorragias con menor frecuencia respecto acenocumarol, no están exentos. Serían necesarios más estudios prospectivos de seguridad y efectividad en la práctica clínica que confirmen estos datos, teniendo en cuenta el riesgo hemorrágico basal de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**901. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS NO INCLUIDOS EN GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA****AUTORES**

RAMON RIGAU N, GARCÍA ALBÁS JJ, MONTOYA MATELLANES J, LARRABEITI ETXEBARRIA A, NUÑEZ DE SOLOGUREN M, MARTINEZ MARTINEZ C
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA , SEDE TXAGORRITXU. CALLE JOSÉ ATXOTEGI, S/N. ÁLAVA

OBJETIVOS

Evaluar las solicitudes remitidas a Dirección del Hospital de antineoplásicos de alto impacto económico y no incluidos en guía farmacoterapéutica (GFT) realizadas por los servicios de hematología y oncología durante los últimos tres años y evaluar su impacto presupuestario real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico desde enero 2015 a abril 2018, donde se incluyeron las solicitudes de antineoplásicos por parte de los servicios de hematología y oncología registradas en una base de datos. Todos los datos se recogieron de forma anonimizada.

Las variables recogidas fueron: servicio solicitante, medicamento solicitado, diagnóstico, tiempo de tratamiento estimado, coste estimado, dosis administradas y coste real del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 244 solicitudes, 80 del servicio de hematología (32,79%) y 164 de oncología (67,21%). En el plazo de 40 meses se aprobaron 66 principios activos distintos, siendo el nivolumab el más frecuente (16,99% con 2 en 2015, 17 en 2016, 11 en 2017 y 5 en 2018) seguido de lenalidomida (5,82% con 4 en 2015, 3 en 2016, 5 en 2017), ixazomib (4,37% 6 en 2017 y 3 en 2018), bevacizumab (4,37% 6 en 2015, 2 en 2017 y 1 en 2018), ibrutinib (3,88% 1 en 2015, 4 en 2016 y 3 en 2017), atezolizumab (3,40% 5 en 2017 y 2 en 2018) y carfilzomib (3,40% 4 en 2016 y 3 en 2017).

De las 205 solicitudes aprobadas, se excluyeron del estudio 15 solicitudes por datos incompletos, 23 (11,22%) tratamientos aprobados no administrados y 27 tratamientos no finalizados (13,17%). El presupuesto de las autorizaciones aprobadas se estimó en 3.670.868€, siendo el impacto económico real de 3.259.977€ (88,81%) y el tiempo de tratamiento real una mediana del 75,94% al esperado. A pesar de no superar el presupuesto estimado global, 30,71% (43) de las solicitudes sobrepasaron el presupuesto estimado. Los fármacos más implicados en las desviaciones negativas de presupuesto fueron nivolumab (19,51%), bevacizumab (9,76%), daratumumab (7,32%), pertuzumab (7,32%) y enzalutamida (7,32%). En el caso concreto del nivolumab de los 19 tratamientos administrados, 8 tratamientos (50%) sobrepasaron el presupuesto estimado con un gasto económica no previsto asociado de 79.415€. Además se detecta como el impacto económico de nivolumab varía en función de la indicación por la cual ha sido aprobada: mayor en cáncer pulmón no microcítico que en melanoma metastásico (en un solo caso se superó presupuesto estimado). A pesar de que globalmente no se supera el presupuesto estimado, por una reducción del tiempo de tratamiento respecto al esperado, aproximadamente una de cada tres aprobaciones superan el presupuesto estimado en las que el fármaco más frecuentemente involucrado es nivolumab. Por lo tanto, sería deseable disponer de datos de eficacia en población real para ajustar el impacto presupuestario de tales tratamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

902. EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA

AUTORES

ROCA MONTAÑANA A, PÉREZ-RICART A, GIL MÁÑEZ E, GEA RODRÍGUEZ E, PÉREZ-FELIU A
HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL. C/ESCALLS, 14. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento de un protocolo de profilaxis antibiótica (PA) en la actividad diaria quirúrgica programada de un hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo transversal. Un año de duración (enero-diciembre 2017) en un hospital de segundo nivel con unas 4500 intervenciones anuales, 75% programadas.

En abril de 2016 se actualizó el protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica (PAQ) para cada cirugía y alternativas en alergia. El Servicio de farmacia (SF) estableció un programa facilitador para la PAQ. Diariamente, se identifica los pacientes candidatos a PAQ del programa quirúrgico, indicando el protocolo. Se dispensa el antibiótico correspondiente si es necesario juntamente con una hoja explicativa de la pauta antibiótica. Al día siguiente, quirófano envía un listado con los antibióticos realmente utilizados y devuelven los no usados. El farmacéutico realiza un control de calidad diario, registrándolo en un Excel®.

Se registraron: datos biométricos del paciente, fecha, necesidad de profilaxis, tipo de la intervención, antibiótico utilizado, devolución de antibióticos. El grado de adecuación al protocolo se determinó en base a: indicación de PAQ, tipo de antibiótico, presentar alergia y tipo de cirugía. Se calculó el porcentaje de adecuación según el tipo de intervención (adecuación positiva/ total de intervenciones por especialidad).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

4338 intervenciones, 76,9 % programadas (PROG), 23,1% urgentes (URG). Se intervinieron 2104 (48,5%) hombres. Mediana de edad: 50 [2-102] años.

Intervenciones más habituales: traumatológicas (29,5%), cirugía general y digestiva (22,6%), urológicas (11,7%), oftalmológicas (11,5%), ginecológicas (11,2%), otorrinolaringológicas (7%), maxilofaciales (5,7%), cardio-vasculares (0,8%).

El 57% de todas las intervenciones requirieron PA. Antibióticos más utilizados: cefazolina (50,6%), cefuroxima (21,3%), amoxicilina/clavulánico (19,2%), vancomicina (3,5%), ciprofloxacino (2,7%), clindamicina (1,2%) y otros (1,5%).

Adecuación al protocolo: 79,3% PROG, 60,2% URG, por no necesitar profilaxis (39,7% PROG; 24,4% URG), profilaxis según protocolo (37,9% PROG; 35% URG) y paciente alérgico (1,7% PROG; 0,8% URG).

No adecuación al protocolo: 20,7% PROG, 39,8% URG, por antibiótico diferente al protocolo (2,3% PROG; 3,8% URG), profilaxis no necesaria (15% PROG; 25,8% URG), requería profilaxis y no la utilizaron (2,8% PROG; 10,2% URG) y discrepancia debida al SF (0,6% PROG).

Porcentaje de adecuación: oftalmológicas (93,5% PROG; 66,7% URG), cardio-vasculares (89,3% PROG; 75% URG), cirugía general y digestiva (85,8% PROG; 66,9% URG), otorrinolaringológicas (85,1% PROG; 84,2% URG), ginecológicas (82,9% PROG; 87,2% URG), maxilofaciales (79,6% PROG; 75% URG), traumatológicas (68% PROG; 45,2% URG) y urológicas (64,4% PROG; 34,6% URG).

Conclusiones

-La PAQ en las intervenciones PROG se adecuó más al protocolo que en las URG. En PROG, las intervenciones oftalmológicas y las cardiovasculares se adecuaron en mayor medida. En URG, las intervenciones ginecológicas y las otorrinolaringológicas.

-Las intervenciones urológicas y traumatológicas ofrecen una oportunidad de mejora para optimizar el uso de antibióticos, promoviendo una nueva revisión de la PAQ y llegar a un consenso, para asegurar el cumplimiento de los mismos.

-La dispensación de la profilaxis antibiótica quirúrgica desde el SF favorece una elevada adecuación a los protocolos establecidos y una ayuda en la política de control de antiinfecciosos segura y eficaz en el hospital. Por eso, se debe poner especial énfasis en las intervenciones URG.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

906. IMPACTO DE TRATAMIENTOS “OFF-LABEL” Y USOS COMPASIVOS EN ONCOLOGÍA SOBRE FARMACIA, ¿AFECTA A LA SOSTENIBILIDAD PRESUPUESTARIA?

AUTORES

NAVARRETE-ROUCO . ME, ACÍN . P, CARBALLO . N, LUQUE . S, GONZÁLEZ-COLOMINAS . E, FERRANDEZ . O, ARRIOLA . E, CONDE-ESTEVEZ . D

HOSPITAL DEL MAR. PASEO MARÍTIMO 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

El acceso a medicamentos en situaciones especiales es cada día más frecuente, llegando a suponer, en el caso de tratamientos “off-label”, alrededor del 20% de las prescripciones a nivel mundial. Este hecho es especialmente relevante entre los pacientes oncológicos. La gran variedad de subtipos de cáncer, la demora en la autorización de nuevas indicaciones o la dificultad para incluir a estos pacientes en ensayos clínicos hacen que el farmacéutico hospitalario tenga que dedicar gran parte de su tiempo a gestionar este tipo de tratamientos.

El objetivo de este estudio consiste en analizar los tratamientos “off-label” y usos compasivos (UC) en Oncología de los últimos años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital universitario terciario durante enero 2015–febrero 2018 (total 38 meses). Se recogieron todos las solicitudes de tratamientos oncológicos en “situación especial” (UC/“off-label”). Datos recogidos: demográficos; tipo neoplasia; ECOG en fecha de solicitud; principio activo; tipo medicación especial (UC/off-label); vía administración (endovenoso/oral); tipo fármaco (anticuerpo monoclonal (mAB) inmunológico/mAB no-inmunológico/terapia dirigida/citostático); tipo de tratamiento (neoadyuvante/adyuvante/paliativo); línea de tratamiento; duración; discontinuación/fin y causa y coste (real vs virtual, gestionados por la AEMPS a precio cero). Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 67 pacientes de los cuales 30(44,8 %) fueron mujeres. Edad media 60,9(±11,9) años; pulmón 26(38,8%), carcinoma urotelial 23,0%; mama 10(14,9%), melanoma 7(10,4%), páncreas 6(9,0%), tumor cerebral 5(7,5%), renal 4(6,0%), gástrico 3(4,5%), ginecológico 2(3,0%), colon y carcinoma basocelular 1(1,5%), y ECOG 0-1(53; 79,1%), ECOG 2(14;20,9%).

Tratamientos: destacaron nivolumab 9(13%), pertuzumab 7(10%), bevacizumab e irinotecan liposomal 6(9%); UC 49(73,1%) y “off-label” 18(26,9%); endovenosos 42(62,7%) y orales 25(37,3%); terapias dirigidas 24(35,8%), mAB no-inmunológicos 19(28,4%), mAB inmunológicos 18(26,9%), y citostáticos 6(9%); paliativos 59(88,1%), neoadyuvantes 7(10,4%) y adyuvantes 1(1,5%). En 10 pacientes (14,9%) fueron tratamientos de primera línea.

No iniciaron tratamiento 5 pacientes (4 por éxitus y 1 por decisión médica). La duración media de tratamiento fue de 5,9 meses, aunque 12(17,9%) pacientes discontinuaron por toxicidad. Motivos de fin de tratamiento (pacientes (%)): 17(25,4%) progresión, 8(12,0%) fin del tratamiento establecido, 5(7,5%) éxitus, 4(6,0%) abandono por toxicidad, 3(4,5%) decisión propia y 1(1,5%) cambió de centro; mientras que 24(35,8%) continúan el tratamiento.

De los tratamientos solicitados, el 49(73,1%) requería gestión por la aplicación de la AEMPS de medicación especial y 23(34,3%) precisaban trámites extra por otra aplicación del laboratorio.

La medicación se obtuvo a precio cero 45(67,2%), financiada por el laboratorio, o bien tuvo cierto coste 22(32,8%): gasto real 461.000€; gasto proyectado 1.610.490€; ahorro 1.49.489€.

Conclusiones

El perfil mayoritario de paciente es mujer de 61 años con un ECOG 1-2 y cáncer de pulmón.

El uso compasivo es el principal tipo de medicación especial. Mayoritariamente son terapias dirigidas usadas como medicación paliativa entre las que destaca el nivolumab. Una cuarta parte de los tratamientos corresponden a inmunoterapia. La tolerabilidad de la mayoría de tratamientos fue correcta. Cuatro pacientes abandonaron por toxicidad. Hay un gran ahorro monetario de los tratamientos en uso especial que compensa enormemente el gasto en “off label”.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

912. DIFERENCIA DE COSTE Y TIEMPO EN EL USO DE RITUXIMAB SUBCUTÁNEO E INTRAVENOSO EN LINFOMA NO HODGKIN

AUTORES

CAMPILLO LÓPEZ J, MARCOS RIBES B, HERNÁNDEZ GUÍO A, HERRAIZ ROBLES P, AZNAR SALIENTE MT, CAMACHO ROMERA MD, TALENS BOLÓS A, BLANCH COMES JR

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D'ALACANT. CTRA. NNAL. 332 ALICANTE-VALENCIA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar las diferencias de coste y tiempo asociadas al tratamiento con rituximab subcutáneo (R-SC) e intravenoso (R-IV) en pacientes con Linfoma no Hodgkin (LNH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital general entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. Los datos clínicos y antropométricos de todos los pacientes con diagnóstico de LNH en tratamiento con R-SC se recogieron del programa informático Farmis-oncofarm®. Se comparó el coste total de fármaco subcutáneo, la premedicación asociada, el material fungible necesario para su administración y el coste de estancia en hospital de día oncohematológico (HD) con los estimados para la administración de la forma intravenosa del fármaco. Se calculó el tiempo requerido por el Servicio

de Farmacia (SF) para la preparación de rituximab y por el HD para la preparación de la premedicación y la administración tanto de la premedicación como de rituximab. Se comparó con el tiempo necesario para la preparación y administración de R-IV. Se utilizó la dosificación habitual en ficha técnica de 1400mg R-SC (dosis fija) y se estimó la dosis de R-IV a 375mg/m². La evaluación de costes se realizó con el precio tarifa sin IVA. El coste por hora y paciente en HD se obtuvo del Sistema de Información Económica. No se incluyeron los costes del tiempo de preparación en el SF en el análisis. Para el análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva con el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 249 ciclos de R-SC correspondientes a 48 pacientes. El coste medio por ciclo en fármaco de R-SC y R-IV fue de 1.221,0±0,0€ y 1.304,0±158,7€, respectivamente. El coste medio atribuido a la premedicación fue de 1,3±1,0€ para R-SC y 2,9±0,0€ para el R-IV. Respecto al material fungible se destinaron 1,9±0,0€ de media para R-SC y 4,3±0,0€ para R-IV. En cuanto al coste total de HD para R-SC fue de 1.114€ y para R-IV fueron 9.646€. En el período de estudio el uso de R-SC supuso un ahorro de 30.028€ (8,9%) frente a la opción intravenosa.

El tiempo invertido por ciclo por el SF en la preparación de R-SC fue de 5 minutos frente a 10 minutos de R-IV, suponiendo un ahorro equivalente a 20,75 horas (50%) anuales.

El tiempo medio por ciclo invertido en HD en la preparación y administración de la premedicación de R-SC fue de 16±10 minutos frente a 30 minutos en R-IV. El tiempo medio de administración para R-SC en HD fue de 5 minutos frente a 151±13 minutos de R-IV. El ahorro total de tiempo en hospital de día fue de 685 horas (91,2%) anuales para la administración de R-SC respecto a R-IV, muy relevante dada a la saturación de HD.

Conclusiones

El uso de R-SC en pacientes con diagnóstico de LNH disminuyó significativamente tanto los costes (8,9%) como los tiempos asociados al tratamiento (685 horas).

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

921. DIFERENCIA DE COSTE Y TIEMPO EN EL USO DE TRASTUZUMAB INTRAVENOSO Y SUBCUTÁNEO EN CÁNCER DE MAMA

AUTORES

MARCOS RIBES B, CAMPILLO LÓPEZ J, HERRAIZ ROBLES P, HERNÁNDEZ GUÍO A, TALENS BOLÓS A, CAMACHO ROMERA MD, MARTÍNEZ LAZCANO MT, RIZO CERDÁ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN D'ALACANT. CTRA. NNAL. 332 ALICANTE-VALENCIA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Evaluar las diferencias de coste y tiempo ligadas al tratamiento con trastuzumab intravenoso (T-IV) y subcutáneo (T-SC) en pacientes con cáncer de mama.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital general entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. Se recogieron datos clínicos y demográficos, a través del programa informático de prescripción en oncología Farmis-oncofarm®, de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento con trastuzumab subcutáneo. Se determinó el coste total de fármaco subcutáneo, del material fungible utilizado en su administración y el coste de la estancia en hospital de día oncológico y se compararon estos datos con los supuestos para la administración de la forma intravenosa del fármaco. Por otro lado se calculó el tiempo requerido por el servicio de farmacia y hospital de día (HD), considerando para farmacia el tiempo de preparación de trastuzumab y para hospital de día, el tiempo de administración. Se comparó con los costes en tiempo estimados para la administración de T-IV. Se utilizó la dosificación habitual en ficha técnica de 600mg T-SC (dosis fija) y se comparó con el equivalente habitual de T-IV a 6mg/kg (y en el caso de la primera dosis, con el equivalente de carga de 8mg/kg). Para todos los materiales se consideró el precio tarifa sin IVA. El coste por hora en hospital de día se obtuvo del Sistema de Información Económica. No se incluyeron en el análisis los costes del tiempo en farmacia. Se utilizó estadística descriptiva de Microsoft Excel para el análisis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se administraron 516 ciclos de T-SC correspondientes a un total de 54 pacientes. El coste medio por ciclo en fármaco de T-SC respecto a T-IV fue de 1.276,8±0,0€ y 1.398,8±221,4€, respectivamente. Se destinó 1,8±0,0€ y 3,9±0,0€ de media en material fungible para T-SC y T-IV, respectivamente. Los costes asociados al uso de HD para T-SC fueron de 220€, para T-IV fueron 9.921€. Teniendo en cuenta los costes totales, en el período de estudio el uso de T-SC supuso un ahorro de 64.959€ frente a haber utilizado la opción intravenosa.

El tiempo medio de preparación por ciclo de T-SC fue de 5 minutos frente a 10 minutos de T-IV, lo cual supuso un ahorro equivalente a 43 horas (50%) en el período de estudio.

En hospital de día, el tiempo medio de administración fue de 2 minutos para T-SC y de 90,0±0,0 minutos de T-IV. El ahorro total de tiempo en hospital de día fue de 756,8 horas para la administración de T-SC frente a T-IV (97,8% de ahorro en tiempo).

Conclusiones

El uso de T-SC en pacientes con cáncer de mama supone un menor coste (9,0%), pero genera ahorro significativo en los tiempos asociados al tratamiento, de 756,8 horas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

923. IMPACTO EN LA TERAPIA SECUENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS

AUTORES

ZURUTUZA LÓPEZ A, ERCILLA LICEAGA M, ODRIEZOLA CINCUNEGUI B, ZURIARRAIN ALONSO M, LANDA ALBERDI J, GARCÍA ECHEVERRÍA D, URRETAVIZCAYA ANTON M, BACHILLER CACHO MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. PASEO DOCTOR BEGIRISTAIN 115. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

El programa de optimización de antimicrobianos (PROA) se inició en enero de 2013 en nuestro hospital y a partir de mayo de 2014 inició el programa terapia secuencial, recomendando el paso a vía oral de antimicrobianos con una biodisponibilidad oral muy cercana o incluso de 100% en aquellas situaciones posibles y tras alcanzar estabilidad clínica. El objetivo del trabajo es analizar la evolución del consumo de los antimicrobianos sometidos a terapia secuencial en particular así como de los antimicrobianos intravenosos versus orales en general tras la implantación del PROA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en hospital terciario de 1100 camas. Periodo del estudio: 6 años (2012-2017).

Se analizó el consumo en DDDs/100 estancias y ratio DDD IV/DDD oral para analizar la tendencia. Para ello se analizó el consumo oral e iv de los antimicrobianos incluidos en el programa terapia secuencial (clindamicina, metronidazol, ciprofloxacino, levofloxacino, linezolid, fluconazol, voriconazol y rifampicina). Además, se calculó el ratio de la suma de DDDs de todos los antimicrobianos endovenosos del hospital versus DDDs de antimicrobianos orales.

Las DDDs se calcularon a través del programa de gestión SAP y un programa Access específico para cálculo de DDDs. En el caso del metronidazol, se calcularon las DDPs.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A continuación se desglosan las DDDs/100 estancias y el ratio DDDIV/DDDoral desde el 2012 hasta el 2017:

Clindamicina:

- DDD/100 estancias oral: 0,29-0,37-0,38-0,38-0,31-0,26
- DDD/100 estancias iv: 0,9-0,88-0,86-0,9-0,77-0,71
- Ratio DDDiv/DDDoral: 3,11-2,35-2,24-2,36-2,45-2,82. (-9,32% respecto del 2012)

Metronidazol:

- DDPs/100 estancias oral: 0,37-0,45-0,53-0,52-0,6-0,6
- DDP/100 estancias iv: 1,36-1,34-1,65-1,37-1,18-1,49
- Ratio DDPiv/DDPoral: 3,62-3,09-2,67-1,98-2,48. (-17,22%)

Ciprofloxacino:

- DDD/100 estancias oral: 1,88-3,57-3,14-2,75-2,76-3,09
- DDD/100 estancias iv: 2,66-3,17-3,41-3,10-3,02-3,22
- Ratio DDDiv/DDDoral: 1,41-0,89-1,09-1,13-1,1-1,04. (-26,24%)

Levofloxacino:

- DDD/100 estancias oral: 2,45-2,7-2,31-2,69-2,58-2,67
- DDD/100 estancias iv: 3,2-3,15-3,14-02,78-2,42-2,46
- Ratio DDDiv/DDDoral: 1,31-1,17-1,36-1,03-0,94-0,92. (-29,77%)

Linezolid:

- DDD/100 estancias oral: 0,36-0,43-0,32-0,41-0,62-0,73
- DDD/100 estancias iv: 0,93-0,91-0,68-0,59-0,67-0,6
- Ratio DDDiv/DDDoral: 2,58-2,11-2,12-1,43-1,08-0,82 (-68,22%)

Fluconazol:

- DDD/100 estancias oral: 1,29-1,73-1,60-1,83-1,94-1,88
- DDD/100 estancias iv: 1,96-2,08-1,83-1,58-1,73-1,64
- Ratio DDDiv/DDDoral: 1,52-1,21-1,15-0,87-0,89-0,87. (-42,76%)

Voriconazol:

- DDD/100 estancias oral: 0,26-0,33-0,35-0,24-0,35-0,19
- DDD/100 estancias iv: 0,16-0,16-0,14-0,09-0,09-0,06
- Ratio DDDiv/DDDoral: 0,62-0,48-0,4-0,38-0,26-0,32. (-48,39%)

Rifampicina:

- DDD/100 estancias oral: 0,49-0,48-0,44-0,35-0,43-0,54
 - DDD/100 estancias iv: 0,1-0,08-0,04-0,06-0,06-0,05
 - Ratio DDDiv/DDDoral: 0,2-0,16-0,08-0,17-0,15-0,09. (-55%)
- Suma DDD/100 estancias oral: 19,41-24,64-21,38-20,63-21,12-22,24.
Suma DDD/100 estancias iv: 57,89-62,52-62,35-57,54-59,48-57,43
Ratio suma DDDiv/DDDoral: 2,98-2,54-2,92-2,79-2,82-2,58. (-13,42%).

En cuanto a los fármacos incluidos en terapia secuencial hay un aumento de la utilización oral de los mismos. Este aumento es más acusado en linezolid, fluconazol y voriconazol. El aumento en la clindamicina ha sido mínima probablemente debido a su mala tolerancia.

De manera general existe tendencia a una mayor utilización de antimicrobianos orales en el hospital, dado que el ratio iv/oral ha disminuido un 13,42%. Por lo tanto, el efecto formativo del PROA ha trascendido a otros antimicrobianos no incluidos en el programa de terapia secuencial.



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

956. VALOR DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS FASES I EN ONCOHEMATOLOGÍA

AUTORES

AHMAD DÍAZ F, SABATÉ FRÍAS N, FERNÁNDEZ LÓPEZ C, ALCALDE RODRIGO M, CARRERAS SOLER MJ, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL VALL D'HEBRON. PASEO DE LA VALL D'HEBRON. BARCELONA

OBJETIVOS

La principal finalidad de los ensayos clínicos (EECC) de Fase I es evaluar la toxicidad y establecer la máxima dosis tolerada. La identificación de las posibles interacciones de la medicación concomitante con el fármaco en investigación es un punto clave para evitar sesgos en el resultado del estudio.

El objetivo principal fue revisar la medicación concomitante de los pacientes candidatos con el fin de detectar posibles interacciones farmacocinéticas o farmacodinámicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel durante un periodo de 6 meses (julio-diciembre de 2017). Se incluyeron los pacientes candidatos a participar en un ensayo clínico Fase I de oncohematología que incluyera un fármaco de investigación de administración oral. La información sobre el tratamiento farmacológico se obtuvo mediante entrevista clínica realizada en la consulta de atención farmacéutica. Se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión relativos a medicación concomitante prohibida/autorizada descritos en el protocolo de cada ensayo.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, medicación concomitante, necesidad de intervención farmacéutica, tipo de intervención y fármaco sobre el que se realiza.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se entrevistaron un total de 153 pacientes (45% mujeres) con una edad media (rango) de 59 años (26-84). La media de fármacos (rango) que tomaban fue de 5 (1-14). Se realizaron un total de 33 intervenciones, que afectaron a l 20% de los pacientes (31/153). El 39% de las intervenciones fueron suspensión de tratamiento (n=13), 52% intercambio terapéutico (n=17), 6% (n=6) recomendaciones de cambio de intervalo posológico y 3% (n=1) indicación de necesidad de inicio de tratamiento. Según el diagnóstico, el 26% de las intervenciones se realizó en pacientes con cáncer de pulmón, 19% tumores hematológicos, 10% páncreas, 10% colon/recto y 23% otros tumores.

Los grupos terapéuticos sobre los que se realizó intervención fueron: agentes contra la úlcera péptica y reflujo gastroesofágico (n=16), corticoides de uso sistémico (n=2), inhibidores de HMG CoA reductasa (n=2), antibacterianos de uso sistémico (n=2), antiagregantes plaquetarios (n=2), laxantes (n=1), inmunosupresores (n=1), minerales y suplementos (n=2), antiinflamatorios y antirreumáticos (n=1), analgésicos (n=3), antineoplásicos (n=1).

Conclusiones

La atención farmacéutica en los EECC tiene un papel cada vez más relevante a la hora de evitar retrasos en el inicio del tratamiento, ya que los resultados de nuestro estudio muestran que 1 de cada 5 pacientes requiere al menos un cambio en su tratamiento habitual.

La implicación del farmacéutico en la valoración de interacciones en pacientes incluidos en EECC fase I facilita su inclusión en este tipo de estudios.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

966. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE SACUBITRIL/VALSARTAN Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

AUTORES

MARTINEZ BERNABE EM, RUIZ POZA D, GONZALEZ MARTINEZ J, TERRE OHME S, PARADA ARADILLA A, ESTEFANELL TEJERO A, SUREDA MUÑOZ A, RIVERA ASTRUI A

CORPORACIÓ SALUT MARESME I LA SELVA. ACCES CALA SANT FRANCESC, 5. GIRONA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la prescripción de sacubitril/valsartan a los criterios de uso establecidos por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) y la utilización en el tratamiento de la Insuficiencia cardíaca (IC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las prescripciones de sacubitrilo/valsartan desde consultas externas o al alta, durante 17 meses (noviembre 2016-marzo 2018). El seguimiento se realizó consultando la historia clínica (HC) y la receta electrónica (RE).

La Comisión de Farmacia y Terapéutica elaboró un documento check-list con criterios de inclusión y exclusión para inicios de tratamiento, basado en el informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) y ficha técnica.

Los criterios inclusión fueron: clase funcional New York Heart Association (NYHA) II-III, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) \leq 35% y paciente en tratamiento estable con dosis máximas toleradas de Inhibidor enzima convertidora de angiotensina (IECA) o Antagonista receptor angiotensina II (ARA II), junto con betabloqueante (BB) y un antagonista de la aldosterona (AA), excepto contraindicación, y persistencia de síntomas.

Los criterios de exclusión fueron Tensión arterial sistólica (TAS) $<$ 100 mm Hg, aclaramiento creatinina (ClCr) $<$ 30 ml/min, Insuficiencia Hepática grave (Child-Pough C), potasio sérico $>$ 5,4 mEq/L e historia de angioedema.

Se registraron datos demográficos, servicio prescriptor, titulación de dosis, mantenimiento o suspensión de tratamiento y motivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 74 pacientes, edad media 67,6 ±10 años, 77% hombres.

Distribución por servicio: Cardiología 48(65%) y Medicina Interna 26(35%).

Clasificación NYHA: Clase I 1 paciente (1%), Clase II 35(48%), clase III 31(42%), 7(9%) sin información en la HC.

FEVI ≤35% en 58(78%) pacientes y > 35% en 14(19%) pacientes. 2 pacientes sin información en la HC.

El 86%(64) de los pacientes recibían tratamiento con dosis optimizada con IECA o ARA II, el 91%(67) con BB y el 77%(57) con AA. El 62%(46) llevaban tratamiento con los tres fármacos.

Ningún paciente presentó criterios de exclusión.

El seguimiento medio fue de 31± 21semanas

El tratamiento se inició a dosis bajas 24/26 mg (D1) en 51 pacientes. El 43%(22) mantuvo la dosis de inicio. El 49%(25) aumentó dosis a 49/51 mg (D2), de los que 6 precisaron reducción a D1. El 8%(4) restante aumentó progresivamente a dosis objetivo 97/103 mg (D3), 1 paciente precisó reducción a D2.

El tratamiento se inició a dosis 49/51 mg (D2) en 23 pacientes. El 65%(15) mantuvo D2. El 26%(6) aumentó a D3. El 9%(2) precisó reducción de dosis a D1.

Al finalizar el periodo de estudio, 23(31%) pacientes mantenían D1, 26(35%) mantenían D2 y solo 8(11%) se encontraban en dosis objetivo D3. Se registraron 8(11%) exitus y 9(12%) suspensiones de tratamiento.

Motivos de suspensión: económicos (3), retorno a tratamiento con IECA (2), reacción cutánea (1), mayor cansancio (1) e incumplimiento terapéutico (1). 1 caso sin motivo.

Conclusiones

La prescripción de sacubitril/valsartan se ajusta mayoritariamente a los criterios de uso establecidos por la CFyT.

En la práctica clínica, a diferencia de las recomendaciones de ficha técnica, se observa que la mayoría de pacientes inician y mantienen tratamientos con dosis mínimas o medias. Pocos pacientes llegan a dosis objetivo y en algún caso es necesario reducir dosis para mejorar la tolerancia.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

984. IMPACTO ECONÓMICO DE LA PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE ANTIINFECCIOSOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA MATERNO-INFANTIL

AUTORES

JIMÉNEZ LOZANO I, CLEMENTE BAUTISTA S, CAÑETE RAMÍREZ C, GARCÍA PALOP BM, FERNANDEZ POLO A, CABAÑAS POY MJ, ALERANY PARDO C, GORGAS TORNER MQ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALL D'HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

La preparación centralizada de medicamentos en el área estéril del Servicio de Farmacia (SF) permite optimizar el aprovechamiento de medicación, teniendo cuenta la estabilidad físico-química descrita en la ficha técnica y la estabilidad microbiológica de acuerdo con las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Cuantificar el ahorro económico que supone la preparación centralizada de antiinfecciosos en el SF Materno-infantil mediante el aprovechamiento de viales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se obtuvieron los datos de todas las preparaciones individualizadas de antiinfecciosos realizadas durante los años 2015, 2016 y 2017 mediante el software de preparación del SF. El coste de la medicación (precio de venta del laboratorio) se obtuvo del programa de gestión Silicon®. Se registró el tipo de antiinfeccioso, la fecha y la dosis de cada preparación. Se calculó el coste de la preparación teniendo en cuenta el aprovechamiento de viales y su estabilidad, en comparación con el coste teórico sin el aprovechamiento tal y como se realizaría en las unidades de hospitalización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo 2015-2017 se prepararon de forma centralizada los siguientes antiinfecciosos para su administración parenteral: amfotericina B liposomal, anidulafungina, micafungina, caspofungina y linezolid, así como amfotericina B liposomal para nebulizar. El número total de preparaciones fue de 5064 en 2015, 4812 en 2016 y 3408 en 2017. Esta disminución se debe principalmente a la disminución de las prescripciones de amfotericina B liposomal parenteral, que fue de 3984, 3875 y 2630, en 2015, 2016 y 2017, respectivamente, caspofungina, que fue de 287, 0 y 13 preparaciones en 2015, 2016 y 2017, respectivamente, y de anidulafungina, que fue de 311, 319 y 139 preparaciones en 2015, 2016 y 2017, respectivamente.

El coste real de la preparaciones realizadas en el Servicio de Farmacia fue de 606.150€ en 2015, 548.910€ en 2016 y 343.203€ en 2017. Sin el aprovechamiento de viales, el coste teórico hubiese sido de 950.726€ en 2015, 843.935€ en 2016 y 520.213€ en 2017, lo que hubiese supuesto un incremento de coste del 57%, 54% y 52% para 2015, 2016 y 2017, respectivamente. En este periodo, el ahorro absoluto calculado fue de 816.611€, que corresponden a 502.978€ para amfotericina liposomal intravenosa, 145.587€ para anidulafungina, 116.038€ para amfotericina liposomal inhalada, 23.112€ para caspofungina, 22.473€ para micafungina y 6.423€ para linezolid.

Conclusiones

La preparación de los antiinfecciosos centralizada en el Servicio de Farmacia supone un importante ahorro económico, que supera el 50% del coste que supondría la preparación en las áreas de hospitalización.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**988. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM EN PACIENTES CON CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

FERRERAS LÓPEZ N, GONZÁLEZ GONZÁLEZ MA, ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ JJ, ÁLVAREZ NÚÑEZ N, MARTÍNEZ ÁLVAREZ E, LLAMAS LORENZANA S, RUANO DE LA TORRE R, ORTEGA VALÍN L
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. ALTOS DE NAVA, S/N. LEÓN

OBJETIVOS

Análisis de uso y eficiencia de colagenasa de Clostridium histolyticum en pacientes con contractura de Dupuytren como alternativa a fasciectomía parcial en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con contractura de Dupuytren tratados con colagenasa de Clostridium histolyticum. Esta técnica mínimamente invasiva reduce el número de curas, los días de ingreso y el riesgo de infección comparada con la cirugía.

Se incluyeron pacientes tratados con colagenasa de Clostridium histolyticum entre enero de 2012 y julio de 2017. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del registro de dispensaciones de pacientes ambulantes recogiendo variables demográficas, dosis, número de inyecciones por paciente y necesidad de intervención quirúrgica tras tratamiento con ésta por falta de eficacia. Además, se calculó el tiempo transcurrido entre la última inyección y la fasciectomía parcial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 70 pacientes fueron tratados durante este periodo. La edad media de los pacientes en el momento de la intervención fue de 68±9 años y el 82,9% (58/70) fueron hombres. El 20% (14/70) de los pacientes precisaron repetir la técnica: trece de ellos recibieron 2 dosis y uno de ellos precisó 4 dosis. La mediana de tiempo entre la primera dosis y las siguientes fue de 4,98 meses (Q1: 3,18 / Q3: 15,23 meses). El 11,4% (8/70) de los pacientes necesitaron ser intervenidos de fasciectomía parcial a pesar del tratamiento con colagenasa de Clostridium histolyticum, con un tiempo entre la última dosis y de la intervención quirúrgica de 24,1 meses (Q2) (Q1: 10,81 / Q3: 25,5 meses).

Según los datos obtenidos de este estudio se han consumido 86 viales de colagenasa de Clostridium histolyticum en este periodo de tiempo, suponiendo un total de 67.080 euros. El uso de colagenasa de Clostridium histolyticum puede suponer un ahorro económico al evitar la estancia hospitalaria. Sin embargo, los pacientes en los que el tratamiento no ha sido efectivo (8 pacientes) y han tenido que ser intervenidos tras una o varias dosis, han supuesto un gasto incremental de 7.800 euros.

El uso de colagenasa de Clostridium histolyticum en el tratamiento de la contractura de Dupuytren es una alternativa a la intervención quirúrgica en pacientes seleccionados. A priori esta técnica reduce el número de días de ingreso y el número de curas siendo necesarios más estudios que analicen su seguridad, riesgo de recaída y complicaciones a largo plazo para valorar su eficiencia frente a la intervención quirúrgica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**989. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y RESULTADOS DEL MISMO****AUTORES**

MARTINEZ DE ARRIBA R, VILLACAÑAS PALOMARES MV, DE LA MAZA URIARTE I, PALACIOS GOMEZ L, THOMAS BONILLA T
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS

Optimización del consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en un centro socio-sanitario (CSS) dependiente del Hospital.

Este subgrupo químico es uno de los más utilizados en pacientes institucionalizados; en nuestro caso el análisis del consumo de 2016 reflejó un incremento del mismo en comparación con los datos del mismo año del resto de CSS de nuestra comunidad autónoma, motivo por el cual se planteó esta intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un protocolo de utilización de IBPs, que incluye indicaciones y selección del fármaco más adecuado, que se pone en funcionamiento a partir del 2 de enero de 2017. En el protocolo se establecen las siguientes recomendaciones: Se prioriza el uso de omeprazol como fármaco más eficiente, incluyendo a pacientes con dificultad de deglución al recomendar la apertura de las cápsulas, administrando los pellets que contienen.

Se propone el uso de pantoprazol para pacientes con interacciones potenciales con omeprazol y como segunda línea en pacientes mal controlados con este fármaco.

Se restringe la indicación de lansoprazol flas, excesivamente utilizado en el CSS, a pacientes con mayores dificultades de deglución en los que los pellets de omeprazol no se consideren adecuados.

Tras la intervención, se analizan los datos de consumo del año 2017 de IBPs en importe neto, en importe neto/paciente y en unidades consumidas/principio activo. Estos datos se comparan con los obtenidos en 2016.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

En importe neto se produce un ahorro en 2017 de más de un 20% del gasto en relación al importe de 2016 (de 3.384,61€ a 2.580,09€).



En cuanto al importe neto/paciente se consigue un ahorro muy similar, pasando de 23,17 a 17,97€/paciente. Este dato se compara con el consumo comunitario de estos dos años, de forma que se ve reducido el incremento en relación a la media en más de un 50%.

En cuanto a unidades consumidas/principio activo se ha reducido el consumo neto de unidades totales en un 10% (38.700 versus 35.900), siendo el lansoprazol el fármaco que más ha disminuido su consumo con una reducción de un 25% (11.200 vs 8.500) seguido de pantoprazol con una reducción de un 10% (10.400 vs 10.000). Esto ha conllevado el lógico incremento del consumo de omeprazol en un 6% (16.400 vs 17.400).

Conclusiones

Con la optimización de la terapia en cuanto a indicaciones e individualización de los tratamientos según las necesidades de los pacientes, se ha conseguido una importante reducción del consumo general de IBPs tanto en unidades como en importe neto.

Pese a la alta aceptación del protocolo por parte de los médicos responsables, se debe continuar con el seguimiento de la adecuación de los tratamientos al protocolo establecido en situaciones clave como son nuevos ingresos y cambios de tratamiento.

La participación conjunta entre los servicios de farmacia y los médicos de CSS en la realización de protocolos de utilización, produce tanto una reducción del consumo de fármacos como una mejora en la adecuación de la politerapia de nuestros residentes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

992. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO Y RESULTADOS DEL MISMO

AUTORES

MARTINEZ DE ARRIBA R, VILLACAÑAS PALOMARES MV, DE LA MAZA URIARTE I, PALACIOS GOMEZ L, THOMAS BONILLA T
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL. CTRA. ORÓN, 0. BURGOS

OBJETIVOS

Optimización del consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en un centro socio-sanitario (CSS) dependiente del Hospital.

Este subgrupo químico es uno de los más utilizados en pacientes institucionalizados; en nuestro caso el análisis del consumo de 2016 reflejó un incremento del mismo en comparación con los datos del mismo año del resto de CSS de nuestra comunidad autónoma, motivo por el cual se planteó esta intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un protocolo de utilización de IBPs, que incluye indicaciones y selección del fármaco más adecuado, que se pone en funcionamiento a partir del 2 de enero de 2017. En el protocolo se establecen las siguientes recomendaciones: Se prioriza el uso de omeprazol como fármaco más eficiente, incluyendo a pacientes con dificultad de deglución al recomendar la apertura de las cápsulas, administrando los pellets que contienen.

Se propone el uso de pantoprazol para pacientes con interacciones potenciales con omeprazol y como segunda línea en pacientes mal controlados con este fármaco.

Se restringe la indicación de lansoprazol flas, excesivamente utilizado en el CSS, a pacientes con mayores dificultades de deglución en los que los pellets de omeprazol no se consideren adecuados.

Tras la intervención, se analizan los datos de consumo del año 2017 de IBPs en importe neto, en importe neto/paciente y en unidades consumidas/principio activo. Estos datos se comparan con los obtenidos en 2016.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En importe neto se produce un ahorro en 2017 de más de un 20% del gasto en relación al importe de 2016 (de 3.384,61€ a 2.580,09€).

En cuanto al importe neto/paciente se consigue un ahorro muy similar, pasando de 23,17 a 17,97€/paciente. Este dato se compara con el consumo comunitario de estos dos años, de forma que se ve reducido el incremento en relación a la media en más de un 50%.

En cuanto a unidades consumidas/principio activo se ha reducido el consumo neto de unidades totales en un 10% (38.700 versus 35.900), siendo el lansoprazol el fármaco que más ha disminuido su consumo con una reducción de un 25% (11.200 vs 8.500) seguido de pantoprazol con una reducción de un 10% (10.400 vs 10.000). Esto ha conllevado el lógico incremento del consumo de omeprazol en un 6% (16.400 vs 17.400).

Conclusiones

Con la optimización de la terapia en cuanto a indicaciones e individualización de los tratamientos según las necesidades de los pacientes, se ha conseguido una importante reducción del consumo general de IBPs tanto en unidades como en importe neto.

Pese a la alta aceptación del protocolo por parte de los médicos responsables, se debe continuar con el seguimiento de la adecuación de los tratamientos al protocolo establecido en situaciones clave como son nuevos ingresos y cambios de tratamiento.

La participación conjunta entre los servicios de farmacia y los médicos de CSS en la realización de protocolos de utilización, produce tanto una reducción del consumo de fármacos como una mejora en la adecuación de la politerapia de nuestros residentes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**999. EVOLUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE INMUNO-ONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL****AUTORES**

PUÉRTOLAS TENA I, PARDO JARIO MP, GAMARRA CALVO S, CUMBRAOS SANCHEZ MJ, ALCÁCERA LÓPEZ MA, ÁLVAREZ MANCEÑIDO FJ, CAMPOS MONTELLANO FJ, PASCUAL MARTÍNEZ O
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. AVDA. SAN JUAN BOSCO 15. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Analizar la evolución de los Ensayos Clínicos (EECC) con inmunoterapia desarrollados en el Servicio de Oncología de un hospital de tercer nivel durante siete años (2012-2018) y evaluar las principales características de los estudios actualmente en curso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de los EECC desarrollados en oncología durante los últimos 7 años y un estudio descriptivo y transversal sobre los estudios con inmunoterapia activos. Las variables recogidas fueron: fase de estudio, fármaco experimental, tipo de terapia experimental (monoterapia, combinación con quimioterapia tradicional, terapia dirigida u otro inmunoterápico), indicación, estadio del tumor, línea de tratamiento (primera línea, segunda línea, tercera línea o mantenimiento) y número de pacientes incluidos. Los datos se extrajeron de la base de datos de EECC del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los EECC con inmunoterapia han aumentado más de 12 veces en los últimos siete años, pasando del 3,3% del total de EECC oncológicos activos en 2012 (1/30) al 41,9 % en 2018 (18/43). El número de pacientes incluidos también ha aumentado, pasando de 1 paciente reclutado en 2012 a 84 pacientes actualmente. En estos momentos, están activos 18 EECC con inmunoterapia dirigidos al tratamiento de tumores sólidos: 66,6% de cáncer de pulmón (91,6% para no microcítico), 11,1% tumores de cabeza y cuello, 5,5% urotelial, 5,5% mama, 5,5% endometrio y 5,5% de cáncer colorrectal. El 83,3% están dirigidos al tratamiento de tumores localmente avanzados o metastásicos (IIIb/IV), mientras que un 16,7% son diseñados para estadios I-III. El 50% evalúan fármacos anti-PD1 (nivolumab, pembrolizumab), 38,9% anti-PD-L1 (atezolizumab, durvalumab, avelumab) y el 11,1% la combinación de varios anticuerpos inmunoterápicos dirigidos a diferentes dianas (anticuerpos anti-CTLA4 como tremelimumab o ipilimumab junto a un anti-PD1 nivolumab o anti-PD-L1 durvalumab). El 33,3% de los EECC evalúan la inmunoterapia en monoterapia, 33,3% para utilizarlos en combinación con quimioterapia tradicional, 27,8% en combinación con terapia dirigida y el 5,5% combinando dos fármacos inmunoterápicos de diferente diana. Todos los estudios son de fase 2 y 3 (33,3 y 66,7%). Según línea de tratamiento: 44,4%, 33,3%, 5,5% y 16,7 están siendo evaluados para la primera, segunda, tercera o línea de mantenimiento, respectivamente.

La investigación en inmunoterapia ha aumentado notablemente en los últimos años. En la actualidad los EECC se centran en identificar nuevos tumores candidatos a este tipo de tratamientos, así como, la forma de combinarlos entre ellos y con otros antineoplásicos para obtener los mejores resultados.

En nuestro hospital, la mayoría de estudios evalúan la diana PD-1/PD-L1 para el tratamiento de cáncer de pulmón avanzado.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1054. IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADO AL USO DE TRASTUZUMAB****AUTORES**

LLINARES ESQUERDO M, MARTÍNEZ PÉREZ S, JIMÉNEZ PULIDO IP, POMARES BERNABEU M, GARCIA IRANZO E, MATOSES CHIRIVELLA C, SORIANO IRIGARAY L, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMÍ DE L'ALMAZARA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Determinar el coste derivado del uso de la formulación intravenosa(IV) y subcutánea(SC) de trastuzumab para el tratamiento del cáncer de mama en pacientes HER2 positivo(HER2+) y calcular el impacto económico derivado de la sustitución completa a la vía la SC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, de 1 año de duración (Enero-Diciembre 2017), llevado a cabo en un hospital de 400 camas de todos los pacientes con cáncer de mama HER2+ tratados con trastuzumab. Las siguientes variables se recogieron del programa informático Farmis_Oncofarm®: edad y peso de los pacientes, indicación (cáncer mama precoz(CMp) o metastásico(CMm) y línea de tratamiento en caso de CMm(primera línea/posteriores), presentación prescrita (SC/IV) y número de ciclos recibidos durante el periodo de estudio.

De acuerdo con la ficha técnica, se tuvieron en cuenta las siguientes pautas posológicas: dosis fijas trisemanales de 600mg para la presentación subcutánea; y una dosis de carga de 8mg/Kg seguida de 6mg/Kg cada tres semanas en la presentación intravenosa.

Para el cálculo del coste del tratamiento se obtuvieron los datos de compra del programa de gestión OrionLogis®: Trastuzumab Vial SC 600mg=1326.01€ y Vial IV 150mg=527.32€. Para el cálculo del coste asociado a la presentación IV se consideró el aprovechamiento máximo de los viales(90%).

No se tuvo en cuenta costes asociados al material fungible, tiempo del personal sanitario, ni costes indirectos derivados de la pérdida de productividad del paciente.

Adicionalmente, se determinó el impacto económico que supondría una tasa de reemplazo del 100% de trastuzumab IV a SC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio, 80 pacientes con cáncer de mama HER2+ recibieron tratamiento con trastuzumab. El 99% de los pacientes (n=79) fueron mujeres, con una edad media de 55 años (rango 28-91) y un peso medio de 66Kg (rango 48-109). En cuanto a las indicaciones, 63 (79%) pacientes presentaban CMp y 17 (21%) CMm. Dentro del grupo de pacientes con CMm, trastuzumab se utilizó como tratamiento de primera línea en el 94% de los casos.

La media de ciclos recibidos por paciente fue de 10,3 ciclos, siendo la vía mayoritaria la subcutánea (54%).

El coste medio por ciclo IV fue de 13.891€ para las dosis de carga y 1.419€ en las dosis de mantenimiento, mientras que el coste del ciclo SC fue de 1.326€.

El tratamiento con trastuzumab por paciente supuso un coste medio anual de: 14.501€ para la presentación IV y 13.112€ la SC. Esto implica un ahorro asociado a la formulación SC de 1.389€ por paciente/año. Teniendo en cuenta el escenario actual, trastuzumab (IV+SC) supone un coste total anual de 1.123.448€.

Se estima un ahorro potencial de 52.244€ (4,7%) en el supuesto de que se incrementara de un 54% a un 100% la proporción de pacientes tratados con la formulación SC.

Conclusiones

La utilización de trastuzumab SC, en comparación con la presentación IV, supone un menor coste.

Con las condiciones actuales de mercado, una tasa de reemplazo del 100% de la formulación IV es una alternativa eficiente con la que se evidencian importantes ahorros potenciales. Sin embargo, con la futura comercialización de los biosimilares de trastuzumab IV se prevé un cambio de escenario que requerirá una reevaluación.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1118. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE RUXOLITINIB EN ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

AUTORES

RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, ZAPICO GARCÍA I, VELASCO ROCES L, PLANO SÁNCHEZ AI, ZARATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

La Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) es una complicación secundaria al trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH), causante de importante morbi-mortalidad. Los corticoides representan el tratamiento de primera línea. Existen numerosos tratamientos de segunda línea sin demasiada evidencia que compare su efectividad, por lo que no existe una clara secuencia de utilización: fotoaféresis, inmunosupresores, talidomida etc. Ruxolitinib se postula como una alternativa en pacientes con EICH grave refractaria. Esta indicación comporta un uso off-label que debe ser sometido a evaluación y autorización por la Comisión de Uso Racional de Medicamentos autonómica.

El objetivo de este trabajo es analizar la utilización de ruxolitinib en pacientes con EICH en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional ambispectivo de todos los pacientes para los que se solicitó tratamiento con ruxolitinib para EICH hasta abril de 2018. Se recogieron variables demográficas, enfermedad de base, fecha y tipo de trasplante, tipo y localización del EICH, tratamientos previos, fecha de inicio con ruxolitinib, fecha de interrupción y motivo, dosis de inicio y Efectos Adversos (EAs). Se revisaron los dictámenes de la Comisión para los pacientes candidatos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Ruxolitinib fue solicitado para 5 pacientes [100% hombres, mediana de edad 51 años (27-58)] con las siguientes enfermedades de base: Leucemia Mieloide Aguda (LMA) (n=2); Leucemia Linfoblástica Aguda de células B (LLA-B) (n=1); Leucemia Linfática Crónica (LLC) (n=1) y Síndrome Mielodisplásico (n=1). Una solicitud fue denegada ya que el paciente aún disponía de alternativas terapéuticas (solo había recibido corticoides y micofenolato). Otra fue aprobada pero el paciente no inició por recomendación de otro centro. Tres pacientes iniciaron ruxolitinib: LAM con alo-TPH de Donante No Emparentado (DNE), LLA-B con alo-TPH de DNE y LLC con alo-TPH de hermano HLA-idéntico (23, 14 y 108 meses tras el trasplante respectivamente). Los tres pacientes presentaban EICH grado 4 de localización cutánea (n=3), digestiva (n=1) y articular (n=1). Todos habían recibido previamente corticoides, inmunosupresores y fotoaféresis. Uno de ellos se trató con talidomida, otro con rituximab y otro con células mesenquimales. La dosis de inicio fue 5 mg/12 horas en los tres casos. En el paciente con LAM se suspendió ruxolitinib tras 4 días de tratamiento por empeoramiento de pruebas de función hepática y marcadas citopenias. Los otros dos pacientes continúan en tratamiento actualmente; LLA-B: 56 días y LLC: 280 días, habiéndose escalado a 10 mg/12 horas en ambos casos tras la primera semana. El paciente con LLA-B requiere de adición de tacrólimus para control del EICH y el de LLC está a tratamiento concomitante con ciclosporina y corticoides. Ninguno presentó EAs directamente atribuibles a ruxolitinib.

Conclusiones

Ruxolitinib ha mostrado toxicidad y efectividad moderada en los casos descritos, requiriendo de tratamiento adyuvante para control de la enfermedad. Las características de los pacientes al inicio eran muy dispares. La evidencia sobre el uso de ruxolitinib como tratamiento del EICH es muy limitada, esto, sumado a su alto impacto económico y su importante toxicidad refuerza la necesidad de establecer criterios estrictos de utilización que permitan seleccionar los pacientes en los que se maximice el beneficio potencial del tratamiento con ruxolitinib.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1122. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE AZTREONAM EN PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA EN PERIODO DE PROBLEMAS DE SUMINISTRO****AUTORES**

CLARAMUNT GARCÍA R, MUÑOZ CID CL, MARTÍNEZ-DUEÑAS . L, LÓPEZ LÓPEZ AM, SÁNCHEZ RUIZ A, MERINO ALMAZÁN M

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. AVENIDA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL, 10.

OBJETIVOS

Dada la situación actual en España de problemas de suministro de Aztreonam Intravenoso (IV), en nuestro hospital se ha restringido su uso a pacientes alérgicos a β -láctamicos.

Nuestro objetivo es analizar la utilización de Aztreonam IV centrándonos en la indicación establecida por nuestro grupo de Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA). Evaluar la correcta prescripción y duración del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, durante los meses de enero a abril de 2018. Se analizaron todas las prescripciones de Aztreonam IV registradas en el programa de prescripción electrónica PRISMA® e historia clínica digital en Diraya®. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, unidad de hospitalización (UH), alergia a β -láctamicos y otros antibióticos, dosis, duración del tratamiento, aclaramiento de creatinina y diagnóstico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se recogieron un total de 41 prescripciones de Aztreonam IV (22 hombres y 19 mujeres), con una media de edad de 75 años (66-84). La distribución por UH fue: 46% se prescribieron en medicina interna, 22% en cirugía general y 32% en otros servicios. La duración media del tratamiento con Aztreonam IV fue de 6,5 días.. La mayoría de los pacientes (92,68%) que han recibido el antibiótico eran alérgicos a β -láctamicos. De los pacientes no alérgicos a β -láctamicos (7,32%), únicamente en un paciente está justificado su uso. Se realizó una intervención farmacéutica recomendando el cambio de antibioterapia en los casos no justificados, aceptándose en un único caso. El 32% de los pacientes alérgicos a β -láctamicos también presentaban alergia a otros grupos de antibióticos.

Respecto al diagnóstico, el 56% de los pacientes presentaban infección de origen respiratorio, el 25% de origen digestivo, 10% renal y 9% otros. Solamente en 12 pacientes (29,27%) el tratamiento fue dirigido en función del antibiograma, siendo el resto (70,73%) terapia empírica. Las dosis prescritas fueron: 1g/8h (88%), 2g/8h (5%), 0,5g/8h (5%) y 0,25g/8h (2%).

Del total de los pacientes, 15 tenían un aclaramiento de creatinina inferior a 30ml/min. De ellos se realizó ajuste de dosis en 3 pacientes, según su función renal. Se contactó con el médico para aconsejar un ajuste de dosis según función renal en los 12 pacientes restantes.

Conclusiones

En nuestro hospital la mayoría de las prescripciones realizadas fueron correctas, basándose en las directrices del grupo PROA, utilizándose principalmente en pacientes alérgicos a β -láctamicos, lo que significa una indicación antibiótica aceptable.

El Aztreonam IV, como norma general, se ha utilizado como tratamiento empírico, revelando los posibles defectos de prescripción que pueden resolverse al considerar la duración del tratamiento y la escalada, especialmente si no hay otra manera de abordar las situaciones.

En los pacientes no alérgicos en la mayoría de los casos su prescripción no estaba justificada. La figura del farmacéutico es necesaria para asegurar la utilización correcta del Aztreonam IV conforme a lo pactado con el grupo PROA, lo que refuerza el papel del mismo como elemento clave en el uso racional de medicamentos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1129. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE EQUINOCANDINAS COMO SOPORTE EN LA SELECCIÓN DE UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS****AUTORES**

MANDILEGO GARCIA A, SANZ MUÑOZ M, ARRUFAT GOTERRIS G, CANO COLLADO V, COMPANY BEZARES F, GONZALEZ MORCILLO G, VILANOVA BOLTO M

HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

La existencia de una técnica diagnóstica de candidiasis con una sensibilidad y especificidad mayor del 99% y con resultado en 3 horas evitaría iniciar un tratamiento con equinocandinas en aquellos pacientes en los cuales al disponer del resultado, este es negativo.

En este contexto se realizó un estudio de utilización de Equinocandinas con el objetivo de evaluar el potencial impacto de la incorporación de una nueva técnica diagnóstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de uso de Equinocandinas en un hospital de 400 camas durante un año (Noviembre 2016-Noviembre 2017).

Se registraron todos los tratamientos con Equinocandinas durante el periodo de estudio. Se excluyeron todos los pacientes en tratamiento profiláctico con equinocandinas por neutropenia febril.

Se recogieron los siguientes datos: número de pacientes, número de tratamientos, fármaco, presencia de cultivo,

tratamiento empírico o dirigido, tiempo hasta resultado del cultivo, duración y coste asociado.

La información clínica se obtuvo de la historia clínica informatizada y los costes del tratamiento del programa de Gestión económica del centro SAP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se revisaron 52 tratamientos (49 con Anidulafungina y 3 con Micafungina), correspondientes a 49 pacientes. Se excluyeron 13 tratamientos, correspondientes a 13 pacientes, por indicarse de forma profiláctica en neutropenia febril.

De los 39 tratamientos incluidos: 13 iniciaron de forma dirigida y 26 de forma empírica. De los tratamientos empíricos, a 6 no se les realizó cultivo y a 20 pacientes se le realizó cultivo previo al inicio del tratamiento (en 14 se obtuvo cultivo negativo y en 6 positivo).

El tiempo hasta el resultado definitivo fue de 5 días y 7 días hasta la tipificación.

La mediana de tiempo con tratamiento empírico y dirigido fue de 8 [3-18] y 10 [3-30] días, respectivamente.

En relación al coste, el coste global de Equinocandinas durante el periodo de estudio fue de 115.000€ (102.000€ Anidulafungina y 13.000€ Micafungina) y el coste medio por tratamiento fue de 3300€.

El estudio de uso de medicamentos puede ser útil a la hora de decidir implantar una nueva técnica diagnóstica.

Con la nueva técnica, los pacientes con tratamiento dirigido se beneficiaría de un inicio precoz de la terapia antifúngica y los pacientes con tratamiento empírico con resultado de cultivo negativo evitarían el uso innecesario de antifúngicos así como la posible iatrogenia asociada.

En relación al impacto económico, el gasto global de Equinocandinas disminuiría al no ser necesario tratar a pacientes de forma empírica con posterior cultivo negativo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1177. AHORRO POTENCIAL DERIVADO DEL USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA TRAS ARTROPLASTIA DE CADERA

AUTORES

REPILADO ÁLVAREZ A, SAAVEDRA QUIRÓS V, GARCÍA CEREZUELA MD, GUMIEL BAENA I, SANZ RODRIGUEZ SM, CALVO SALVADOR M, SANABRIAS FERNÁNDEZ DE SEVILLA R, SÁNCHEZ GUERRERO A HU PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. C/ MANUEL DE FALLA, 1. MADRID

OBJETIVOS

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV), es una posible complicación tras una intervención quirúrgica cuya morbimortalidad puede reducirse con la adecuada tromboprofilaxis. En artroplastias de cadera, consideradas de alto riesgo, la profilaxis debe mantenerse 28-35 días. El uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) es una práctica eficaz, pero con costes elevados. Lo mismo ocurre con los nuevos anticoagulantes orales. Estudios recientes, como los publicados por David R. Anderson, et al., que sirven de referencia para este trabajo, concluyen que el ácido acetilsalicílico (AAS), no es inferior, en términos de eficacia y seguridad, a las HBPM, ni a los nuevos anticoagulantes orales, por lo que puede ser una alternativa terapéutica en la prevención de la ETV tras artroplastia de cadera.

El objetivo del estudio es analizar el ahorro potencial que supondría, en nuestro hospital y en atención primaria (AP), la aplicación de una pauta profiláctica, de eficacia y seguridad contrastada, que incluya el uso de AAS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se comparó el coste de la pauta habitual utilizada en nuestro hospital (Pauta A) con otras pautas profilácticas equivalentes a las ensayadas en los estudios EPCAT-I (publicado en junio de 2013, que confronta eficacia y seguridad de HBPM y AAS) y EPCAT-II (publicado en febrero de 2018, que confronta eficacia y seguridad de rivaroxaban y AAS) (Pautas B, C y D). Pauta A: tras intervención quirúrgica profilaxis con enoxaparina 4.000UI/día durante 38 días. Pauta B: enoxaparina 4.000UI/día los 10 primeros días desde cirugía, seguido de AAS 100mg/día durante 28 días. Pauta C: 35 días rivaroxaban 10mg/día. Pauta D: rivaroxaban 10mg/día durante los 5 primeros días, seguido de AAS 100mg/día durante 30 días. El número de sustituciones de cadera y la estancia media son datos publicados en la Memoria Anual de 2016 de nuestro centro. Para el cálculo de los costes se consultó Botplus el 3 de abril de 2018. El coste en el ámbito hospitalario se obtuvo a partir del PVL del envase clínico, y el de atención primaria a partir del PVPiva de los envases normales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2016, se realizaron en nuestro hospital 327 sustituciones de cadera, que requirieron una estancia media de 7,76 días. El coste medio de la profilaxis usando la pauta habitual (Pauta A) fue 156,20€ por paciente (hospital 20,96€, AP 135,24€). El coste medio de la profilaxis de haber usado la pauta B: 31,33€ (hospital 20,96€, AP 10,37€), pauta C: 95,74€ (hospital 13,97€, AP 81,77€), pauta D: 9,64€ (hospital 8,80€, AP 0,84€), por paciente.

El ahorro potencial derivado de completar con AAS las profilaxis con enoxaparina o rivaroxaban es de 124,87€ y 86,1€ por paciente, respectivamente. Esto habría supuesto un ahorro de 40.832,49€ sobre los pacientes intervenidos en nuestro hospital en 2016.

El uso de AAS en la profilaxis de la ETV tras cirugía de cadera, parece eficaz y seguro. La aplicación de estas nuevas pautas profilácticas en un futuro, podría reducir los costes asociados a la práctica clínica. No obstante, se trata de una nueva evidencia, que necesita de mayor experiencia, antes de poder valorar su aplicación como tromboprofilaxis postquirúrgica habitual.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1179. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE ANTIDIABÉTICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO RESIDENCIAL****AUTORES**

MORA SANTIAGO MR, MOYA CARMONA I, SANCHEZ YAÑEZ E, FERNANDEZ OVIES JM
HOSPITAL CL. UNIV. V. DE LA VICTORIA. CAMPUS UNIV. TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de prescripciones de fármacos antidiabéticos en un centro sociosanitario residencial (CSSR) al implantar la prestación farmacéutica desde el Servicio de Farmacia de un hospital universitario. Evaluar su adecuación a las guías clínicas y valorar el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre las prescripciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo cuasi-experimental del tratamiento con ADOs e insulina en un centro sociosanitario, mediante revisión de la historia clínica y la prescripción electrónica asistida.

Se revisaron las recomendaciones disponibles en la “Conferencia de Consenso, tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM2) en el paciente anciano 2013” y el algoritmo publicado por La redGPDS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud)

Se valoraron los siguientes ítems:

- 1- Metformina como fármaco de elección.
- 2- Uso alternativo de Sulfonilureas (SU), Inhibidores de la DPP-IV o glinidas.
- 3- Insulinización frente a triple terapia oral.

Se analizaron las Intervenciones farmacéuticas registradas en la prescripción electrónica y comunicadas al facultativo prescriptor mediante dicha aplicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se revisaron las historias clínicas de 129 residentes de un centro sociosanitario, localizando aquellos diagnosticados de DM2. Se encuentran 31 residentes en tratamiento (24% del total de residentes, 74% varones, media de edad de 76 años). El 19.35% estaba en tratamiento con monoterapia con metformina.

Un 29.03 % se trató con inhibidor de la DPP-IV, de los cuales, un 72% habían sido tratados previamente con metformina y un 28%, con inhibidor de la DPP-IV como primera elección.

Con la asociación de inhibidor de la DPP-IV y metformina o repaglinida un 46.01%.

Sólo un 2% se trataba con una mezcla de insulina, sin ADOs y un 4 % por una combinación de metformina, inhibidor de la DPP-IV e insulina de acción prolongada, por mal control glucémico. No encontramos ninguna pauta de intensificación insulínica.

Se realizaron 62 intervenciones farmacéuticas (IF), sobre todos los ADOs prescritos, de las cuales sólo 4 no fueron aceptadas, por discrepancias con el prescriptor.

De las 58IF restantes, 8IF versaron sobre priorización o ajustes posológicos de metformina; 48 sobre inhibidores de la DPP-IV, en base a criterios de eficiencia y seguridad, se selecciona Vildagliptina como IDPP-4 de elección (único que dispone de estudios de eficacia y seguridad en pacientes de 75 años o más); 1IF sustitución farmacológica por insuficiencia renal (IR) de metformina por repaglinida y 1IF sobre insulinización, como alternativa la asociación de un tercer fármaco oral, adicionando una insulina basal a dos ADOs, como opción más segura.

Conclusiones

La monoterapia con metformina es de elección en estos pacientes, siendo el empleado en el primer escalón con dosis progresivas, en todas las historias clínicas revisadas, Cumpliendo las recomendaciones de las guías clínicas.

La participación del farmacéutico en la adecuación de la prescripción de los residentes de un CSSR ha permitido optimizar la farmacoterapia, mediante intervenciones con un alto grado de aceptación. La implantación del programa de Prescripción Electrónica Asistida en el CSSR nos permitirá disponer de información actualizada cuya validación farmacéutica permitirá realizar intervenciones que contribuyan a mejorar así la calidad asistencial de los residentes de los centros sociosanitarios.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1206. ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO AL PACIENTE INGRESADO. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DEL HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.****AUTORES**

ROCH VENTURA MA, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, DE DIOS LOPEZ A, LOPEZ BROSETA PA, MARTIN MARQUES M, MENDOZA AGUILERA M, CANADELL VILARRASA L, CANELA SUBIRADA M
HOSPITAL JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Conocer si la prescripción de hierro carboximaltosa (HCM) en los pacientes ingresados se adecúa a los protocolos previamente establecidos y consensuados con los diferentes servicios médicos. Determinar si las dosis de hierro total administradas son las requeridas por los pacientes. Valorar si la otra alternativa de hierro intravenoso (iv) disponible el centro (hierro sacarosa; HS) hubiese permitido optimizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recopilan los pacientes hospitalizados a los que se les pautó HCM en el primer trimestre de 2018. Se recogen datos como el sexo, la edad, peso, servicio, adecuación de la indicación, diagnóstico principal, fecha de administración y de alta

hospitalaria, dosis y pauta de administración; valores clínicos de hierro, ferritina, índice saturación de transferrina (IST), hemoglobina (Hb), hematocrito, volumen corpuscular medio (VCM) tanto basales como los alcanzados a los 7-15 días post administración y posibilidad de haber empleado la otra presentación existente.

Se evaluó la idoneidad de la prescripción de HCM en base al diagnóstico principal del paciente y atendiendo a los objetivos marcados por las sociedades científicas en sus documentos de consenso. Se calculó la dosis total requerida con la fórmula de Ganzoni y según una Hb objetivo de 13d/dl. Considerando que en todos los pacientes el uso de hierro iv estuviese realmente indicado se determinó que la 1ª dosis administrada era correcta si ésta coincidía con la obtenida con la fórmula, sin embargo se indicó la no disponibilidad de datos cuando la dosis no se pudo calcular por no tener el peso del paciente. Del mismo modo, se registró que la pauta fue o no correcta si las dosis a administrar fueron espaciadas según lo marcado en ficha técnica. Con la diferencia de días desde la administración del HCM hasta el alta hospitalaria y según la condición clínica de los pacientes, se estableció que no existía opción de administrar la alternativa cuando éste se administró previo a una intervención quirúrgica o el alta del paciente fue inminente. Sin embargo, se consideró que se podía haber empleado HS cuando pasaron días suficientes hasta el alta o incluso se les pudo administrar las primeras dosis y después haber seguido en domicilio con hierro oral hasta reponer las reservas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 46 pacientes, 27 hombres y 19 mujeres, con una edad media de 71 años e ingresados mayoritariamente en gastroenterología (39%) y cirugía digestiva (13%), cardiología (18%) y medicina interna (15%). El tratamiento estuvo indicado en el 83% de los casos. En un 20% la dosis no fue correcta, detectándose un 9% de infradosificaciones y en un 52% la pauta fue incorrecta. Solo hubo un 24% de seguimientos y en un 43% se pudo usar HS.

Conclusiones

Es necesario elaborar y dar a conocer un algoritmo de uso del hierro iv que junto con un cálculo correcto de la dosis total de hierro permitirá optimizar el uso del mismo.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1213. RESULTADOS EN SALUD DEL AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS RETINIANAS

AUTORES

CEBOLLA BELTRAN T, BELLÉS MEDALL MD, PASCUAL MARMANEU O, SANTOS SAN SEGUNDO M, RAGA JIMÉNEZ C, GARCIA MUÑOZ S, CONDE GINER S, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVDA. BENICASIM, S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Analizar los resultados funcionales y anatómicos del aflibercept intravítreo en el tratamiento de patologías retinianas en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes en tratamiento con aflibercept 2 mg/0,05mL diagnosticados de degeneración macular asociada a la edad (DMAE) o de retinopatía diabética (RD), desde junio de 2017 a marzo de 2018. La dosis de inicio fue de una administración al mes durante 3 meses, seguida de la pauta de mantenimiento "tratar y extender", con un intervalo de administración variable según los resultados funcionales y anatómicos obtenidos. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, número de administraciones/ojo, cadencia entre administraciones, diferencia entre las agudezas visuales (dAV) y los espesores centrales de la mácula (dECM) previos y posteriores al tratamiento. La dAV se midió utilizando la escala decimal, y se consideró mejoría un valor de dAV mayor o igual a 0,1. En cambio, la dECM se obtuvo por tomografía de coherencia óptica, y se consideró mejoría una disminución en el espesor de la mácula. Se comparó el resultado de mejoría simultánea de ambas variables en función de la edad y del diagnóstico. Se excluyeron de estudio aquellos pacientes que recibieron menos de tres inyecciones de aflibercept. Resultados expresado con la mediana (Md) e intervalo intercuartílico (IQR), y con porcentajes (%) para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Estudio estadístico en base a la prueba chi-cuadrado mediante el programa STATA/IC-14.1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron un total de 61 ojos correspondientes a 56 pacientes [63% mujeres, edad de 75,9 años (IQR: 70,1-83,6)]. El número de inyecciones/ojo fue de 3 (IQR: 3-4), durante un tiempo de seguimiento de 4,4 meses (IQR: 2,1-6,4). El 73% y el 59% de los ojos eran de pacientes diagnosticados con DMAE y con una edad ≥ 75 años, respectivamente. Del total de los ojos estudiados, se observó una mejoría de ambas variables en el 11%, observándose una mejoría del 18% en la dAV y del 67% en la dECM. La mejoría de ambas variables fue mayor en los pacientes < 75 años que en los ≥ 75 años (20% vs 8%; $p=0,356$). Asimismo, se observó que la mejoría fue superior tanto en la dAV (20% vs 19%; $p=0,731$) como en la dECM (76% vs 61%; $p=0,233$) en los pacientes < 75 años respecto a los pacientes ≥ 75 años. La mejoría de ambas variables fue muy similar en función del diagnóstico, con un 11% en DMAE y un 12% de mejoría en la RD ($p=0,965$). En este sentido, el porcentaje de mejoría de la dAV fue superior en RD que en DMAE (24% vs 18%, $p=0,488$), al contrario que la dECM, donde fue superior en DMAE (53% vs 73%, $p=0,140$).

La eficacia global en ambas variables fue baja, no obstante, fue ligeramente superior en pacientes menores de 75 años. En cambio, los resultados obtenidos según la patología, fueron muy similares. En este sentido, el diagnóstico y el tratamiento precoz de las patologías retinianas es clave para la mejora del abordaje de los pacientes en tratamiento con aflibercept.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1228. DIFERENCIAS ENTRE LAS DOSIS DE OMALIZUMAB CALCULADAS SEGÚN DOS CRITERIOS DE DOSIFICACIÓN E IMPACTO ECONÓMICO****AUTORES**

PEÑA LORENZO D, MARTIN GIL M, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, RAMOS GONZÁLEZ J, RODRÍGUEZ CAJARAVILLE L, FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ E, BARRUECO FERRERO M, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIA UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE N-139. SALAMANCA

OBJETIVOS

La dosis de omalizumab en pacientes con asma alérgica grave no controlada (AAGNC) se determina en función del peso corporal y de la concentración basal de IgE, medida antes de iniciar el tratamiento. En los ensayos clínicos (EC) pivotaes se utilizó una fórmula para calcular la dosis individual para cada paciente. Sin embargo, para facilitar la prescripción y evitar la realización de este cálculo, en la ficha técnica se incluyó una tabla de dosificación, con las dosis a utilizar según intervalos de peso corporal e intervalos de IgE, las cuales están calculadas para los extremos máximos de cada intervalo. Estas dosis son las utilizadas habitualmente en la práctica clínica y son las aplicadas en nuestro centro.

El objetivo de este estudio fue analizar las posibles diferencias entre las dosis de omalizumab utilizadas en los pacientes con AAGNC y las determinadas según la fórmula de los EC pivotaes, así como su potencial impacto económico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron todos los pacientes con AAGNC que estaban en tratamiento con omalizumab a Marzo de 2018 en el Servicio de Neumología. Se recogió la siguiente información de cada paciente: sexo, edad (años), peso (kg), valor de IgE (UI/mL) al inicio del tratamiento y dosis utilizada de omalizumab (prescrita inicialmente según ficha técnica y ajustada según evolución).

Se calculó la dosis de omalizumab para 4 semanas según la fórmula utilizada en los EC pivotaes ($0,016 \times \text{IgE} \times \text{peso}$), ajustando el valor resultante a las presentaciones comerciales disponibles (Xolair® 150 mg y 75 mg). Adicionalmente se calcularon los costes del tratamiento anual con omalizumab a las dosis prescritas y a las determinadas con este criterio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio un total de 33 pacientes (52% mujeres) diagnosticados de AAGNC con una media (SD) de edad y peso de 57,5 (14,2) años y 69 (10,3) kg, respectivamente, y una mediana (rango) de IgE de 195 (65-1365) UI/mL.

Las dosis medias (SD) prescritas y las calculadas según la fórmula de EC fueron: 390,5 (176,3) y 319,0 (248,2) mg, respectivamente. En un 93,1% de los pacientes se observaron diferencias entre las dosis prescritas y las calculadas según la fórmula de los EC pivotaes. De ellos, en un 79,3%, las dosis utilizadas eran mayores a las resultantes con la fórmula.

El coste medio por paciente del tratamiento anual prescrito y del determinado según la fórmula de los EC pivotaes fue de 10.080 y 8.250 €, respectivamente. El ahorro anual medio estimado dosificando según la fórmula de los EC pivotaes sería de un 18,2% por paciente.

La dosis de omalizumab utilizada en pacientes con AAGNC, prescrita según las tablas de dosificación de ficha técnica, presenta diferencias con la que resultaría de aplicar la fórmula utilizada en los EC pivotaes, resultando ser mayor en un elevado porcentaje de pacientes, lo que conlleva un coste mayor del tratamiento.

Por ello, determinar la dosis de este fármaco según la fórmula de los EC pivotaes redundaría en un ahorro anual significativo en nuestro hospital.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1251. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS****AUTORES**

PALOMO PALOMO C, RÍOS SÁNCHEZ E, CAMEAN CASTILLO M, GIL SIERRA MD, BRICEÑO CASADO MP, GÁNDARA LADRÓN DE GUEVARA MJ, SALMERÓN NAVAS FJ, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL. CARRETERA NACIONAL IV, KM 665. CÁDIZ

OBJETIVOS

La optimización de la dosis de los fármacos biológicos es una estrategia empleada en patologías reumatológicas en pacientes en remisión. Consiste en la reducción de la dosis administrada hasta la mínima dosis eficaz o en la ampliación del intervalo entre dos dosis con el propósito de obtener el mismo beneficio con una dosis menor. De esta manera se pueden reducir la aparición de efectos adversos dosis-dependientes y disminuir los costes asociados. En psoriasis en placas de moderada-severa, inicialmente se emplean a dosis recomendadas en ficha técnica, posteriormente, cuando se alcanza la estabilidad de la enfermedad, aunque no existe un consenso sobre el procedimiento a seguir, en la práctica clínica se optimizan las dosis de estos fármacos, sobre todo con la ampliación del intervalo entre dos dosis. El objetivo del estudio fue analizar el impacto económico que supone la optimización de la dosis en práctica clínica de los fármacos biológicos en pacientes con psoriasis durante el año 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos de optimización de dosis se obtuvieron del módulo de pacientes externos del programa Farmatools® y del programa informático desarrollado para tal fin. Se incluyeron todos los pacientes con psoriasis en placas, en remisión sostenida, con prescripción activa de Etanercept (ETA), Adalimumab (ADA) y Ustekinumab (UST) durante el año 2017. Las pautas posológicas se clasificaron en pauta optimizada o pauta intermitente (interrupción intermitente del fármaco). La diferencia de costes se calculó como: Coste real de cada fármaco (Coste fármaco x número pacientes x número administraciones reales) – Coste teórico de cada fármaco (Coste fármaco x número pacientes x número administraciones teóricas). Se calculó el ahorro económico total durante el año 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se optimizaron 42 pacientes. 17 pacientes recibieron ETA, 19 pacientes ADA y 6 pacientes UST. En todos los casos la optimización se realizó mediante la ampliación del intervalo entre dosis. En cuanto a la optimización por fármaco, al 76,5% de los pacientes con ETA se les administró una pauta optimizada de 50 mg/10 días y al 23,5% una pauta optimizada de 50 mg/15 días. A un 84,2% se les administró una pauta optimizada de ADA de 40 mg/21 días (63,2%) o de 40mg/28 días (21%). El resto (15,8%) recibió una pauta intermitente de ADA. Un paciente (16,7%) con UST recibió una pauta intermitente frente al 83,3% con pauta optimizada de UST de 45 mg/16 semanas (66,6%) o de 45 mg/20 semanas (16,7%). La diferencia de costes supuso un ahorro de 94.069,05 € para ETA, 124.590,79 € para ADA y 35.362,29 € para UST. Durante el año 2017, el ahorro real que ha supuesto la optimización de dosis de fármacos biológicos en esta patología ha sido de 254.022,13 €.

Conclusiones

La estrategia de optimización de pautas de los fármacos biológicos en psoriasis, en pacientes con remisión sostenida, supuso un ahorro frente a la utilización de las pautas estándar. La optimización de dosis de ADA seguido de ETA supuso el mayor porcentaje del ahorro en el gasto global, y en menor medida UST.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1276. SACUBITRILO/VALSARTÁN: ADECUACIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

SANTOS SAN SEGUNDO M, RAGA JIMÉNEZ C, GARCÍA MUÑOZ S, MAIQUES LLÁCER J, CEBOLLA BELTRÁN T, TRIPIANA RALLO M, CONDE GINER S, FERRANDO PIQUERES R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON. AVENIDAD DE BENICÀSSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación a la prescripción de sacubitrilo/valsartán en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) en base a los criterios establecidos en el Informe de Posicionamiento Terapéutico y en el informe del Subcomité Especializado en Medicamentos de Alto impacto Sanitario y/o Económico (SAISE) de la Comunidad Valenciana. Evaluar la eficacia y seguridad en vida real frente al ensayo pivotal (PARADIGM-HF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con sacubitrilo/valsartán, de inicio o seguimiento en el ingreso hospitalario, desde agosto-2016 hasta febrero-2018. Se recogieron las variables: edad, sexo, función renal y servicio prescriptor. Los criterios de adecuación a la prescripción fueron: grado II-III de ICC según escala de la New York Heart Association (NYHA), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\leq 35\%$, niveles plasmáticos de péptido natriurético cerebral (Pro-BNP) ≥ 600 pg/mL, ICC no controlada con IECA y/o ARA-II en combinación con betabloqueantes (BB) y antagonistas de la aldosterona (AA), potasio sérico (Ks) $< 5,4$ mmol/l, presión arterial sistólica (PAS) > 100 mmHg. La eficacia se evaluó mediante número de reingresos por ICC y/o muerte por evento cardiovascular tras inicio de tratamiento, mientras que para la seguridad se identificó el perfil de efectos adversos (EA) e interrupción de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 46 pacientes (edad media $66,76 \pm 11,10$ años; 69,57% hombres). El 95,65% de prescripciones correspondieron al servicio de cardiología, el 4,35% a medicina interna. En total, 28 (60,87%) pacientes cumplían todos los criterios: el 86,96% de pacientes presentaron grado II-III de ICC según NYHA y 2,17% grado I no sintomática, mientras que el 10,87% no estaba descrito. Únicamente 8,70% de pacientes presentaron FEVI $\geq 35\%$. El Pro-BNP fue elevado en el 82,61%, en 10,87% < 600 pg/mL y en 6,52% no estaba determinado. El Ks medio fue $4,33 \pm 0,62$ mmol/l, superando el 4,35% el valor 5,4mmol/l, en 6,52% de los casos no estaba registrado. La PAS media al inicio fue $119,10 \pm 15,25$ mmHg, 4,35% tuvieron valores < 100 mmHg y en 8,70% no estaba determinada. Todos los pacientes recibieron tratamiento previo para ICC, pero el 15,22% fue tratado solo con BB/AA, de estos únicamente 2 presentaron intolerancia por hipotensión. Al evaluar la eficacia, desde el inicio de tratamiento, 19,57% pacientes fueron exitus, 13,04% de ellos por evento cardiovascular, similar al 13,3% de PARADIGM-HF y 39,13% pacientes reingresaron por ICC frente al 12,8% del ensayo. Con respecto a la seguridad, 19,57% pacientes sufrieron algún EA: 13,04% hipotensión, 2,17% deterioro de función renal y 4,35% hiperpotasemia ligada a esta. La interrupción del tratamiento fue necesaria en 15,22% pacientes por aparición de EA frente al 10,70% de PARADIGM-HF.

La adecuación de la prescripción a los criterios establecidos no se cumplió en el 40% de los casos. La eficacia en vida real, fue similar a la del ensayo para muerte por evento cardiovascular pero no para reingresos por ICC donde se obtuvieron valores muy superiores. En seguridad, pese a que el perfil de EA fue similar a PARADIGM-HF se obtuvieron más interrupciones de tratamiento. A pesar de ser un estudio en vida real, cabría pensar que reforzar el cumplimiento de criterios puede repercutir de manera positiva en la eficacia y seguridad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1280. SWITCHING COMO UNA PRÁCTICA SEGURA Y EFICIENTE. EXPERIENCIA CON ETANERCEPT

AUTORES

MARTÍN NIÑO I, MARTÍ GIL C, PORTELA SOTELO A, FLOR GARCÍA A, MARCOS PÉREZ G, BARREDA HERNÁNDEZ D
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAZ DE DONANTES DE SANGRE, S/N. CUENCA

OBJETIVOS

Describir la experiencia del switching desde etanercept original (EO) a etanercept biosimilar (EBs) y evaluar el impacto económico de esta estrategia.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un hospital de segundo nivel, de 17 meses de duración (diciembre 2016-abril 2018). Se incluyeron pacientes con un proceso inmune en tratamiento con EO y que realizaron switching a EBs. Se recopilaron las siguientes variables: demográficas (sexo, edad), asistenciales (servicio, diagnóstico), clínico-farmacoterapéuticas (pauta posológica (PP) con EO previo switching, cambios en la PP tras switching, suspensión y motivos, duración del tratamiento con EBs, brotes, eventos adversos).

Se revisó la historia clínica informatizada (MambrinoXXI®) y el registro de dispensaciones e historia farmacoterapéutica (Pacientes Externos-Farmatools®).

Para analizar el impacto económico se calculó el ahorro estimado en la utilización de EBs vs EO, [calculándose los costes según precios netos de nuestro centro (PVL-descuento + IVA)] y se evaluó el indicador del Contrato de Gestión 2017 correspondiente a la utilización de medicamentos biosimilares de nuestra área sanitaria (138.000 habitantes) vs el estándar establecido por el servicio de salud autonómico (SSA), comparándose con el resto de áreas sanitarias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 28 pacientes (18 hombres) con una edad media de 57 años (28-81), en seguimiento por los servicios de Reumatología (16) y Dermatología (12), diagnosticados de: psoriasis (11), artritis reumatoide (7), artritis psoriásica (5), espondilitis (3), artritis idiopática juvenil (1) e hidradenitis supurativa (1) [fuera de ficha técnica].

Las PP por paciente pre-switching fueron: 17 pacientes [50mg/7 días], 10 [50mg/10 días], 1 [50mg/14 días]. Última PP prescrita tras switching: 22 pacientes [50mg/7 días], 3 [50mg/10 días], 3 [50mg/14 días].

Durante el tratamiento con EBs, 16 pacientes persistieron sin cambios de PP. Sin embargo, se modificó la PP en 8 pacientes: disminución del intervalo posológico (5), aumento del intervalo (3). Por último, 4 pacientes suspendieron el tratamiento [empeoramiento (2), intención de embarazo (1), problemas ajenos a EBs (1)].

Duración media: 10,9 meses (2-17). Durante este tiempo, 9 pacientes sufrieron algún brote de patología, lo que dio lugar a modificaciones en la PP de 5 pacientes (disminución del intervalo posológico) y 2 suspensiones de tratamiento, mientras que en los 2 pacientes restantes se mantuvo la misma PP.

Al cierre de estudio, 24 pacientes continuaban con EBs y ningún paciente presentó eventos adversos con EBs durante el periodo de estudio.

El coste fue de 123.906,06€ con EBs, sin tener en cuenta las suspensiones. Con EO el gasto hubiera ascendido a 190.434,72€, suponiendo un ahorro de 66.528,69€.

Durante 2017 el % de utilización de antineoplásicos e inmunomoduladores biosimilares de nuestra área sanitaria fue del 3% vs 2%, en el resto de áreas sanitarias, vs 3,03% (estándar establecido por el SSA).

Conclusiones

En el caso de nuestro estudio, el 86% de los pacientes persiste con EBs, en más del 70% de los casos no se aprecian cambios con EBs respecto EO, y no hubo ninguna suspensión por eventos adversos. Por lo que podemos afirmar que EBs es una alternativa segura y más eficiente para el tratamiento de las patologías descritas. La aparición de fármacos biosimilares se ofrece como una alternativa necesaria para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1291. EVOLUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RUIZ DE VILLEGAS GARCIA-PELAYO M, MORA RODRÍGUEZ B, DEL RÍO VALENCIA JC
HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA. AV DE CARLOS HAYA S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Describir la evolución de los ensayos clínicos con medicamentos (EC) activos en nuestro centro en el área de Pediatría, así como la actividad a través de las unidades relativas de valor (URVs).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los EC activos durante el periodo 2013-2017. Se recogieron los datos de acuerdo a: fecha de inicio, fase de estudio, área terapéutica, situación del fármaco en investigación (indicación autorizada o no en Pediatría), subgrupo de edad pediátrica investigado y número de pacientes reclutados. Los datos se obtuvieron de la base de datos de EC del servicio de farmacia. Para cuantificar la actividad se calcularon las URVs (Catálogo normalizado de la SEFH: URV EC nuevo=382,87, URV dispensación= 5,99. Estimación teórica para preparaciones no diferenciadas específicamente para EC: URV preparación estéril= 16,02, URV preparación citotóxica= 79,15).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron un total de 34 EC (se iniciaron 3 en 2013, 7 en 2014, 8 en 2015, 6 en 2016 y 3 en 2017, 7 ya iniciados). La fase de estudio más frecuente fue la fase III con 22 EC (64.6%) seguida de fase II con 10 (29.4%), fase IV con 1 (3%) y fase I con 1 (3%). La distribución por área terapéutica fue la siguiente: Neumología 8 EC, Oncología 7, Enfermedades Infecciosas 7, Hematología 5, Gastroenterología 4, Neonatos 2, Cardiología 1, Reumatología 1, Urología 1 y Endocrino 1. Se investigan un total de 29 fármacos de los cuales 22 (76%) no tienen autorización en Pediatría. Los EC comprendieron una población de estudio con unos rangos de edad muy heterogéneos, aunque el 64% de ellos incluían niños de entre 1 y 14 años. 3 EC incluyeron la edad neonatal (uno en pretérminos). La media de pacientes reclutados fue de 1.8 (rango 0-30) aunque en 17 EC (47%) no se reclutaron pacientes.

Las URV desde 2013 al 2017 fueron:

URV dispensación: 77,87 35,98 347,42 461,23 263,56

URV prepésteriles: 0 0 167,57 244,91 103,12



URVprepitotóxicos: 0 791 6.648,6 3.166 4.036,65
URVnuevo: 1146 2.680,09 3.062,96 2.297,22 2.680,09
URVtotales 1.223,87 3.507,53 10.226,55 6.169,36 7.083,42

Conclusiones

Se observa un incremento en la actividad y en el número de EC en los últimos años, así como en la complejidad de los tratamientos estudiados. Sin embargo, el reclutamiento de pacientes fue muy escaso y de gran heterogeneidad en cuanto a la edad, siendo una de las dificultades a la hora de la realización de estos EC.

El sistema de URVs no consigue reflejar la complejidad de la actividad del área de EC en general (preparaciones estériles y citotóxicas, enmascaramiento, PNT, creación de protocolos en programas de mezclas) y en Pediatría en particular, pues la adecuación de la dosis a cada niño implica un mayor número de preparaciones respecto a las dispensaciones.

Desde el servicio de farmacia debemos seguir comprometidos con la realización de EC en niños para velar por que los medicamentos pediátricos, provengan de una investigación ética y de calidad, y es necesario definir nuevos productos que reflejen específicamente esta actividad.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1297. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES: ¿ADIÓS AL ACENOCUMAROL?

AUTORES

DE LA CALLE RIAGUAS B, GARCÍA ESTEBAN B, PIQUERAS ROMERO C, PÉREZ MARGALLO ME, ROMERO MARTÍN C, BERROCAL JAVATO MA
HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CARRETERA DE MADRID KM 114. TOLEDO

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de los nuevos anticoagulantes de acción directa (ACODS) frente a la del acenocumarol en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y analizar el perfil de prescripción de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de un mes de duración (Abril 2018). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en un Hospital General tratados con ACODS y acenocumarol durante su ingreso. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo y posología de anticoagulante oral (apixabán, rivaroxabán, dabigatrán, edoxabán). En el caso de los ACODS también se registró si el paciente tenía prescrito anteriormente acenocumarol y la función renal del paciente.

Para evaluar la adecuación de la prescripción médica de los ACODS se compararon las pautas con las recomendadas en ficha técnica según la edad y aclaramiento de creatinina (ClCr) del paciente.

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

Los tratamientos se localizaron mediante el programa informático Farmatools®, revisándose la historia clínica electrónica en el programa Mambriño XXI®. Los datos de filtración glomerular se obtuvieron mediante la calculadora de la Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO). Los datos fueron recogidos en una tabla Excel

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se evaluaron 68 pacientes (39,7% mujeres) con edad media 79,13 años (22-97 años). El 69,1% (47) eran mayores de 80 años. El 44,1% (30) estaban en tratamiento con ACODs y 55,9% (38) con acenocumarol. De los pacientes en tratamiento con ACODS, un 20% (6) estuvo tratado anteriormente con acenocumarol.

En cuanto a los ACODS prescritos y su adecuación a ficha técnica según edad y ClCr del paciente:

- El 63,3% (19) de pacientes llevaban prescrito apixabán, 5 con pauta: 5mg/12 horas, el 80% (4) de los cuales, ajustados y el 20% (1) sin ajustar; 14 con pauta: 2,5 mg/12 horas, el 92,5% (13) ajustados y el 7,5% (1) sin ajustar.

- El 26,7% (8) rivaroxabán, 6 con pauta: 15 mg/24 horas, el 50% (3) ajustados y el 50% (3) sin ajustar, y 2 con pauta: 20 mg/24 horas, el 100% (2) ajustados.

- El 6,7% (2) dabigatrán, 1 con pauta: 150 mg/12 horas, ajustado y otro 110 mg/12 horas sin ajustar.

- El 3,3%(1) edoxabán con pauta: 30 mg/24 horas sin ajustar.

Por tanto, un 23,3% (7) de los pacientes tratados con ACODS no estaban ajustados correctamente según Ficha técnica. Se encontraron errores de pauta en: apixabán (2), rivaroxabán (3), dabigatrán (1) y edoxabán (1).

- Los resultados obtenidos en nuestro estudio, a pesar de ser de corto periodo de tiempo, muestran que el uso de ACODS es cada vez más equiparable al uso del acenocumarol. De todos ellos, apixabán fue el principal ACOD prescrito. La prescripción médica de ACODS se adecuó a la recomendada en ficha técnica según edad y ClCr del paciente en un 76,7% de los casos. Cerca del 25% de los pacientes presentaron una pauta no adecuada, lo que hace necesario una estrecha monitorización de este tipo de medicamentos por parte del farmacéutico.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1306. ESTUDIOS DE COMPARABILIDAD DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS/BIOSIMILARES: INFORMACIÓN Y ENCUESTA A PROFESIONALES

AUTORES

CALABOZO FREILE B, JIMÉNEZ PICHARDO L, B
DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA DE CASTILLA Y LEÓN. PASEO ZORRILLA, 1. VALLADOLID

OBJETIVOS

Siempre que se produzcan modificaciones en el proceso de fabricación (PF) de cualquier medicamento biológico, sea o no biosimilar, hay que realizar estudios de comparabilidad que aseguren que el producto obtenido tras la modificación

es similar al que se obtenía antes. Sin embargo, con frecuencia, los estudios de comparabilidad se asocian solo con los medicamentos biosimilares. El objetivo es informar y analizar el conocimiento de los prescriptores sobre los cambios en el PF de los medicamentos biológicos/biosimilares y sus implicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Elaboración de información concisa y práctica dirigida a los prescriptores de medicamentos biológicos/biosimilares. Esta información describe:

El número y frecuencia de los cambios en el PF que han sufrido medicamentos biológicos ampliamente utilizados: adalimumab, etanercept, infliximab, tocilizumab, abatacept, golimumab y certolizumab (1).

La normativa regulatoria de la EMA sobre el ejercicio de comparabilidad, aspectos a evaluar y consideraciones en cada caso (si es un medicamento biosimilar o si es un cambio en el PF).

2. Encuesta breve (6 preguntas) sobre el conocimiento de los estudios de comparabilidad y el grado de satisfacción de la información recibida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La información y la encuesta se han difundido a profesionales prescriptores de medicamentos biológicos/biosimilares, principalmente a especialistas en reumatología, dermatología, digestivo y hematología.

Hasta el 4 mayo la han realizado 37 profesionales (9 digestivos, 14 hematólogos, 5 reumatólogos, 2 dermatólogos y 7 de otras especialidades) que han prescrito alguno de los siguientes fármacos adalimumab, abatacept, certolizumab, epoetinas, etanercept, filgrastim, golimumab, infliximab, rituximab, tocilizumab y somatropina. Los resultados de la encuesta son:

Cambios en el PF de medicamentos biológicos/biotecnológicos: El 11% de los encuestados desconocía la existencia de estos cambios; el 66% sabía que se producían, aunque no el número y frecuencia de los mismos; el 24% los conocía en detalle.

Obligatoriedad de realizar el ejercicio de comparabilidad cuando se producen modificaciones en el PF: El 43% de los profesionales desconocía las exigencias de la EMA en estos casos; el 19% pensaban que los estudios de comparabilidad afectaban únicamente a los medicamentos biosimilares; el resto 38% era consciente que afectaban a cualquier medicamento biológico sea o no biosimilar.

Aspectos a evaluar en los estudios de comparabilidad: el 17% desconocían esta información, el 54% la conocían pero no en detalle y el 30% afirman estar informados sobre los aspectos que hay que evaluar en el ejercicio de comparabilidad.

Utilidad de la información recibida: El 54% la consideran útil de cara a la práctica clínica, y el 48% útil pero secundaria desde el punto de vista clínico. Nadie ha respondido que carezca de utilidad.

Conclusiones

El conocimiento de los prescriptores sobre los cambios en el PF de medicamentos biológicos/biosimilares cada vez es mayor. Sin embargo, la regulación y detalle de los aspectos que hay que evaluar en el ejercicio de comparabilidad es poco conocida.

La información proporcionada ha sido valorada positivamente por todos los profesionales lo cual podría aumentar la confianza en los medicamentos biosimilares y por consiguiente su utilización.

Referencia:

Jiménez-Pichardo L, Gázquez-Pérez R y Sierra-Sánchez JF. Degree of prescriber's knowledge about variability in biological drugs "innovators" in manufacturing process. Eur J Clin Pharmacol (2018) 74: 505.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1310. RESLIZUMAB EN PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE USO.

AUTORES

TAJES GONZÁLEZ YM, IGLESIAS VALIN AR, FERNANDEZ PEREZ A, LOPEZ GARCIA VM
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. SAN CIBRAO S/N. LUGO

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de reslizumab en pacientes refractarios a omalizumab y/o mepolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo transversal (corte abril 2018) de todos los pacientes que hubieran recibido al menos una dosis de reslizumab. A partir de la historia clínica electrónica (IANUS®) se registró: sexo, edad, diagnóstico, duración de tratamiento con reslizumab, tratamiento previo con omalizumab y/o mepolizumab y causa de cambio de tratamiento, uso de corticoides inhalados y/o sistémicos o aumento de dosis de los mismos, ingresos por exacerbación, necesidad de ventilación mecánica y posibles reacciones adversas relacionadas con reslizumab. También se registro el valor del Test de Control del Asma (ACT) (valor > 20 asma bien controlada) y el Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (FEV1) al inicio del tratamiento y en el momento de punto de corte del estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se evaluó el uso de reslizumab en 6 pacientes (40% mujeres) con edad media de 58,5 años (47-65 años) y con duración media de tratamiento de 7,5 meses (4-11 meses). Diagnóstico: 5 pacientes (83,33%) asma eosinofílica refractario de inicio tardío y 1 paciente (16,67%) síndrome de Churg Strauss (patología excluida de los ensayos clínicos). Recibieron tratamiento previo con omalizumab 5 pacientes y 1 paciente recibió omalizumab y mepolizumab. El motivo de cambio a reslizumab en 4 pacientes fue ineficacia del tratamiento previo con omalizumab y en 2 pacientes, a pesar de presentar respuesta, para reducir dosis de corticoides. Ningún paciente necesitó aumentar dosis de corticoides ni requirieron ingresos por exacerbación y no necesitaron ventilación mecánica. Reacciones adversas relacionadas con reslizumab: dolor



muscular en 2 pacientes (40%). 3 pacientes continúan con el tratamiento, un paciente está pendiente de autorización de benralizumab y otro cambia a mepolizumab sin éxito por no poder alcanzar el objetivo de disminuir corticoides y actualmente también está pendiente de benralizumab. Otro paciente cambia a mepolizumab por mal control del asma. Se dispone de valores de ACT y FEV1 en 5 pacientes. ACT: 4 pacientes presentaban un valor previo < 20 y 3 de ellos pasan a valores > 20. El paciente con valor ACT superior a 20 mantiene misma puntuación. FEV1: 2 pacientes lograron una mejoría del 21% y 40,22 %; mientras que en 4 pacientes disminuyó levemente o se mantuvo sin cambios. El FEV1 mejora únicamente en el 33,3% de pacientes en una media de 290 mL y en el 66,7% disminuye una media de 313 mL.

Conclusiones

Reslizumab puede ser una alternativa terapéutica en pacientes con asma eosinofílica refractaria, siempre como complemento de la terapia estándar. A pesar de que actualmente no hay datos consistentes en cuanto al uso secuencial entre reslizumab, mepolizumab y benralizumab, parece ser una práctica habitual en estos paciente. Debería plantearse un algoritmo que ofreciera la posibilidad de un uso mas eficiente de estas nuevas moléculas ya que suponen un elevado impacto económico en los presupuestos de los servicios sanitarios sin ofrecer una garantía de eficacia. Como para todos los nuevos medicamentos será necesario hacer un estricto seguimiento que permita realizar un adecuado posicionamiento.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1326. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ALIROCUMAB EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA NO CONTROLADA

AUTORES

CANO DOMÍNGUEZ S, RODRIGUEZ GOICOECHEA M, GUIJARRO HERRERA S, SELVI SABATER P, GARCIA FUMERO R, GARCIA COLLADO CG, RODRIGUEZ LUCAS F, JIMENEZ MORALES A
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AV. DE LAS FUERZAS ARMADAS, 2. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del alirocumab en el tratamiento de la hipercolesterolemia no controlada en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes adultos tratados con alirocumab desde la inclusión del fármaco en nuestro hospital (Junio 2016) hasta Abril 2018. Variables recogidas: demográficas (sexo, edad), colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG) pre tratamiento y a las 12 y 24 semanas tras comenzar con el mismo, fecha de inicio, duración y efectos adversos registrados. Los criterios de exclusión fueron: pacientes de los que no se dispuso de analíticas control y aquellos con menos de 12 semanas de tratamiento activo. Fuentes de información: aplicación de prescripción electrónica Prisma® y la historia clínica informatizada Diraya®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

26 pacientes con hipercolesterolemia no controlada a dosis máximas, 3 de los cuales excluidos por falta de analíticas y 1 por duración del tratamiento inferior a 3 meses debido a intolerancia por molestias articulares tras 2 meses. Media de edad: 59 años (rango: 34 – 77), de los cuales el 54 % eran mujeres y el 46% restante hombres. De los 22 pacientes seleccionados, 11 de ellos estaban en tratamiento con alirocumab 75 mg, 7 con alirocumab 150 mg y los 4 restantes comenzaron tratamiento con 75 mg teniendo que aumentar la dosis a 150 mg al no alcanzar el objetivo de perfil lipídico deseado. La posología utilizada fue la indicada en ficha técnica.

El colesterol total medio registrado pre tratamiento fue de 275 mg/dL, consiguiéndose una reducción del 36,9% tras 24 semanas. El LDL medio antes de la terapia fue de 183 mg/dL, con una reducción media del 45,6% tras 24 semanas. Los TG medios iniciales fueron de 240 mg/dL, reduciéndose en un 23,9% de media.

El HDL medio fue de 59 mg/dL, con una reducción del 5,4%.

4 pacientes necesitaron aumentar la dosis por falta de efectividad. 2 requirieron cambio a evolocumab por falta de efectividad o por toxicidad.

Conclusiones

Los datos obtenidos muestran una mejora de los resultados obtenidos en el estudio HIGH FH, en el que sólo se utilizó alirocumab a dosis de 150 mg, con análisis a 24 semanas. Nuestro estudio mejora la reducción de LDL en un 14,3% (39,1% frente a los 45,6% obtenido), y aporta reducción de TG y colesterol total. Por otra parte, tenemos la limitación de pocos pacientes comparados con el estudio, por lo que es necesario seguir investigando para evaluar la efectividad real del alirocumab a 75 mg en igualdad de condiciones con el estudio HIGH FH.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1327. ESTUDIO SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

AUTORES

MONFORTE GASQUE MP, SANCHEZ PABLO P, SANCHEZ BARRON G, GIL ARQUE M, PRIETO GIMENEZ C, FIERRO VILLA C, GUTIERREZ VALENCIA M, ELVIRO LLORENS M
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR. PASEO RUISEÑORES, Nº20. ZARAGOZA



OBJETIVOS

La importancia del dolor agudo postoperatorio radica en su alta frecuencia, su inadecuado tratamiento y en las repercusiones que tiene en la evolución y recuperación del paciente. El dolor postoperatorio inadecuadamente tratado puede comprometer la recuperación del paciente, al aumentar la morbi-mortalidad y prolongar el ingreso hospitalario. El trabajo coordinado entre los miembros del equipo multidisciplinar permite el aprovechamiento óptimo de los múltiples recursos terapéuticos actualmente disponibles.

El objetivo del estudio es conocer la situación actual del tratamiento del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos en el Servicio de Traumatología y Ortopedia, como fase inicial para el desarrollo de un programa de mejora de la calidad de la analgesia postoperatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados para realización de cirugía traumatológica y ortopédica desde enero 2018 hasta abril de 2018. La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista al paciente y consulta de la historia clínica. Se recogieron datos demográficos (sexo y edad), clínicos (tipo de cirugía) y farmacoterapéuticos (analgesia pautada y de rescate). Para medir el dolor se utilizó la escala numérica (EN) de 0 a 10, siendo 0 ningún dolor y 10 el máximo dolor. Se agruparon los valores de la EN en 5 grados: 0 (ausencia de dolor), 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado, 7-9 dolor severo, 10 dolor insoportable. Las variables del estudio fueron: pautas de analgesia utilizadas, EN media, necesidad de administración de analgesia de rescate, necesidad de adelantar dosis prescritas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 28 pacientes, 50% varones (n=14). La edad media fue 55 años (DE=15,35). Las cirugías realizadas fueron: artroscopia hombro (n=5), artroscopia rodilla (n=8), prótesis cadera (n=5) y prótesis rodilla (n=10). El 89% de los pacientes tuvieron dolor durante la estancia hospitalaria. Sólo 3 pacientes manifestaron no haber sentido dolor al estar controlado por el tratamiento analgésico postoperatorio. Las pautas de analgesia utilizadas fueron: bomba de perfusión continua con dexketoprofeno y metamizol (n=7), ketorolaco y paracetamol cada 8 horas junto con metadona dosis única (n=13), ketorolaco junto con paracetamol cada 8 horas (n=8). Se pautó analgesia a demanda a 11 pacientes (39%), 6 de ellos necesitaron dosis de rescate. La intensidad media del dolor a las 24 horas de la intervención quirúrgica fue de 2.28 (DE 1.02). Un 4% (n=1) refirieron dolor severo, 21% (n=6) moderado, 50% (n=14) leve y 25% (n=7) ausencia de dolor. De los pacientes incluidos en el estudio, el 43% (n=12) tuvieron que solicitar otra dosis de analgésicos al no ser suficiente la recibida. De estos, el 50% tenían pauta de medicación a demanda y el resto necesitaron adelantar la dosis prescrita.

- La alta prevalencia de pacientes con dolor postoperatorio y la existencia de pautas de prescripción insuficientes hacen necesaria la elaboración de un protocolo para el tratamiento del mismo, consiguiendo así unificar y optimizar la pauta analgésica utilizada.

- El análisis de las prácticas analgésicas en nuestro centro constituye el punto de partida para establecer un programa de mejora de la atención del dolor agudo postoperatorio.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1332. TAMSULOSINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL

AUTORES

LONGONI MERINO M, GARRETA FONTELLES G, GALLARDO BORGE S, PARDO PASTOR J, MORENO ROMERO L, NICOLAS PICO J

HOSPITAL MUTUA DE TERRASA. GARCIA HUMET 2. BARCELONA

OBJETIVOS

Describir la utilización de tamsulosina fuera de ficha técnica en pacientes ingresados.

Evaluar la efectividad de este fármaco en la indicación de litiasis renal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (octubre 2016 - octubre 2017) en un hospital universitario de 400 camas.

Se incluyeron todos los pacientes adultos ingresados durante el periodo de estudio en tratamiento con tamsulosina (0,4 mg/día) y mediante el programa de dosis unitarias LandTools®, se seleccionaron los pacientes cuya indicación estaba fuera de ficha técnica,

Se recogieron las siguientes variables de cada paciente: sexo, edad, diagnóstico y número de dosis, utilizando la historia clínica informatizada (HCIS®).

La efectividad del tratamiento expulsor médico (TEM) se estableció según el periodo de tiempo necesario hasta la expulsión del cálculo. Se cuantificaron los días de ingreso y el número de dosis administradas, considerando como tratamiento muy efectivo si el tiempo de expulsión era igual o inferior a 7 días, y tratamiento efectivo si era igual o inferior a 14 días.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas para las variables categóricas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, 492 pacientes fueron tratados con tamsulosina. En 90 (18,3%) pacientes se empleó para una indicación fuera de ficha técnica y en 402 (81,7%) para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

De los 90 pacientes en los que el uso de la tamsulosina estaba fuera de ficha técnica, se diagnosticaron 45 (50%) con litiasis renal y 45 (50%) con retención aguda de orina. La media de edad fue de 56 años (DE=8,74) para ambos grupos.

De los 45 pacientes con litiasis renal, 40 (88,9%) eran hombres con una media de edad de 50 años (DE=5,62) con un promedio de días de ingreso de 6,6 (DE=6,64).



En 25 pacientes (55,6%) el tratamiento con tamsulosina fue muy efectivo, en 10 pacientes (22,2%) fue efectivo y en 10 pacientes no fue efectivo (22,2%). La media de días hasta la expulsión del cálculo fue de 21,7 días (DE=6,7).

Conclusiones

De la población tratada con tamsulosina uno de cada cinco pacientes la recibía como indicación fuera de ficha técnica, y uno de cada 10 la recibía para la litiasis renal.

En el tratamiento de la litiasis renal, la tasa de expulsión antes de los 14 días fue similar a la observada en otros estudios (77,8% vs. 80,4%) y ligeramente inferior en el caso de la expulsión del cálculo antes de 7 días (55,6% vs. 64,4%).

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1376. POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

PERAL BALLESTER L, SORIANO IRIGARAY L, GARCÍA IRANZO E, MARTÍ LLORCA A, MURCIA LOPEZ AC, MATOSES CHIRIVELLA C, JIMENEZ PULIDO I, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMINO DE LA ALMAZADA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

Potenciar la investigación en un hospital terciario, colaborando desde el Servicio de Farmacia en la ampliación del conocimiento y la innovación científico médica y poniendo a disposición de nuestros pacientes la posibilidad de acceder a las últimas novedades terapéuticas.

DISEÑO

Creación de un circuito interservicios con eje común en el Servicio de Farmacia y con un Especialista en Farmacia Hospitalaria al frente de la coordinación de los ensayos que colabora directamente con el investigador principal no sólo asesorando como experto en medicamentos, sino participando directamente de los procesos propios de la consecución exitosa de un ensayo clínico y aportando un valor añadido.

CIRCUITO Y ETAPAS

La implantación se ha realizado en dos fases. En la primera fase (Septiembre 2016- Abril 2017) se realiza una reunión informativa con los servicios seleccionados para centrar posibles patologías de interés y/o líneas de investigación preferentes. Así mismo se estudia los ensayos clínicos abiertos, si los hay (tipo de estudio, fase en la que se encuentra, puntos en los que se puede colaborar). Se procede a la búsqueda activa a través de plataformas específicas en función de las preferencias previamente determinadas y se contacta con el promotor para comunicar nuestro interés en participar en el ensayo. Se inicia también la colaboración de estudios que ya están abiertos en fase de reclutamiento. En la segunda fase (desde Enero de 2018) se procede a ampliar el campo de servicios a los que se les ofrece la colaboración dada la excelente experiencia de la primera fase.

IMPLANTACIÓN

La implantación fue llevada a cabo inicialmente en los servicios de Reumatología, Urología, y Anestesia y Reanimación en la primera fase y se amplió en la segunda fase a los servicios de Neurología (patologías no alzheimer), Medicina Interna y Digestivo.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

A fecha actual colaboramos con un total de 6 servicios y participamos en un total de 19 ensayos en el rol de coordinador y/o colaborador. Del total de 19 ensayos, 11 de ellos se han iniciado tras la implantación de la primera fase, constatándose un aumento del número de ensayos iniciados en Reumatología (44%), Urología (75%), Anestesia y Reanimación (100%).

Limitaciones

Apoyo por parte de la institución dada la necesidad inicial en recursos humanos (Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria) en un área escasamente dotada y que además requiere de una inversión inicial de tiempo para la obtención de resultados medibles.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA: Aplicabilidad en cualquier hospital en el que exista un apoyo por parte de la institución en invertir tiempo y recursos a fomentar la investigación, lo que al final se traduce en una ampliación de los recursos terapéuticos para nuestros pacientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1377. SEGURIDAD DE ABIRATERONA VERSUS DOCETAXEL EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE, AMBOS EN COMBINACIÓN CON TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA

AUTORES

PEDROSA RUIZ M, GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Comparar de forma indirecta el perfil de seguridad (efectos adversos grado 3-5) de abiraterona más terapia de privación androgénica (TDA) versus docetaxel más TDA en cáncer de próstata hormonosensible (CPHS).

MATERIALES Y MÉTODOS

La ausencia de comparaciones directas entre ambos fármacos justifica la realización de una comparación indirecta ajustada en variables de seguridad. El ensayo clínico STAMPEDE es un estudio multicéntrico, multibrazo y multiestadío.



Se seleccionaron dos brazos del mismo: STAMPEDE-BRAZO C y STAMPEDE-BRAZO G, los cuales estudian la eficacia de docetaxel y abiraterona, respectivamente, en combinación con TDA frente a TDA en monoterapia en CPHS de alto riesgo. Cada brazo constituye un estudio independiente por sí mismo pero los criterios de inclusión y exclusión y las características basales de la población incluida fueron los mismos. La forma en que se recogieron los efectos adversos fue muy similar en ambos estudios, lo que se confirma al observar que la tasa de eventos adversos grado 3-5 en el grupo control es del 32% y 33% respectivamente. Se tomó el incremento absoluto de riesgo (IAR) de cada uno de estos eventos adversos grado 3-5 en cada estudio, y se realizó una comparación indirecta ajustada entre ambas incidencias mediante el método de Bucher empleando la calculadora de Wells, obteniendo así el IAR de docetaxel versus abiraterona para cada evento adverso descrito. El número necesario de pacientes que hay que tratar para que un paciente sufra un evento adverso (NNH, acrónimo inglés de number needed to harm) se calculó para aquellos IAR (IC 95%) cuyo resultado fue significativo. Excepcionalmente, se calculó el NNH para el global de eventos adversos grado 3-5, independientemente de su significación estadística, aplicando un principio de precaución ante el bajo poder estadístico para la detección de efectos adversos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Comparación indirecta ajustada de IAR (IC 95%) para eventos adversos grado 3-5 de docetaxel versus abiraterona (datos positivos indican mayor toxicidad de docetaxel): neutropenia febril 14% (11,1-16,9), neutropenia 11% (8,32-13,67), eventos gastrointestinales 4% (1,4-6,6), endocrinos -sofocos, impotencia- 2% (1-5), cardiovasculares -6% (-3,72 a -8,28), musculoesqueléticos -2% (-0,13 a -4,13). Global de eventos adversos grado 3-5: 6% (-0,48-12,4). Sólo el estudio de abiraterona reportó las alteraciones hepáticas, 6% (4,3 a 7,7) y elevaciones ALT, 5% (3,4 a 6,6), desfavorables a abiraterona+ADT vs. ADT.

NNH (IC 95%) desfavorables a docetaxel: neutropenia febril 7 (5-9), neutropenia 9 (7-12), eventos gastrointestinales 25 (15-71), endocrinos 50 (20-100) y global de eventos adversos grado 3-5, 17 (no significativo). Desfavorables a abiraterona: eventos cardiovasculares 17 (12 a 27), alteraciones hepáticas 17 (13-23), elevaciones de ALT 20 (15-29) y eventos musculoesqueléticos 50 (24-769).

Con respecto a docetaxel, abiraterona parece presentar ventajas en seguridad en cuanto a eventos adversos grado 3-5, principalmente por la aparición de neutropenia febril, eventos gastrointestinales y endocrinos. Presenta desventaja, sin embargo, en eventos cardiovasculares, hepáticos y musculoesqueléticos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1379. ANALYSIS OF THE USE OF PCSK9 PROTEIN INHIBITORS IN A TERTIARY CARE HOSPITAL

AUTORES

VINEY . AC, GARCÍA SIMÓN MS, MUÑOZ GARCÍA I, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, SÁNCHEZ CATALICIO MDM, PÉREZ PÉREZ IG
C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Hyperlipidemia is a well-established risk factor for developing cardiovascular disease (CD) with new treatments being necessary to reduce LDL-cholesterol (LDL-Ch) levels when statin therapy is not tolerated or insufficient. The objective of this study was to evaluate the indication, effectiveness and safety of two PCSK9 inhibitors (PCSK9-Inh), alirocumab and evolocumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

A retrospective observational study including all patients treated with PCSK9-Inh from October 2016 to April 2018. Analysed variables were: sex, age, diagnosis, prior statin treatments, dose regimens, treatment duration and lipid profile before and after the PCSK9-Inh treatment [LDL-Ch, HDL-cholesterol (HDL-Ch), total cholesterol (TC), triglycerides (TG)]. A standardized electronic application form was needed defining the following diagnoses: homozygous familial hypercholesterolemia (HoFH), heterozygous familial hypercholesterolemia (HeFH) and non-familial mixed dyslipidemia with established CD.

The primary effectiveness endpoint was the decrease in LDL-Ch. Safety was assessed by reported adverse reactions. Data was obtained through the prescription and validation programme SAVAC® and the medical records programme (Selene®).

Statistical analysis was performed with SPSS® using the Mann-Whitney U test (significance level, $p < 0.05$).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A total of 9 patients (55.56% men) were included in the study with a median age of 49 years (range: 36-65). The diagnoses were: HeFH (n=3), HoFH (n=1) and mixed dyslipidemia (n=4). One patient required maximum doses of PCSK9-Inh with suspected HoFH (pending genetic results). The dosage regimens used were as described in the technical sheets for each specific indication, except in the case of the patient diagnosed with HoFH who could only tolerate a maximum dose of 280 mg every 2 weeks due to myalgia at higher doses. All patients had previously received at least two statins at their maximum tolerated doses being discontinued due to intolerance in 3 patients. All patients had taken adequate dietary measures. Six patients (66.67 %) had a history of CD. The mean treatment duration was 14.22 ± 3.70 months. Mean levels before and after the treatment were LDL-Ch: 222.22 ± 59.23 vs 91.00 ± 85.11 mg/dL; HDL-Ch: 43.44 ± 15.68 vs 43.11 ± 12.93 mg/dL; CT: 283.78 ± 59.78 vs 160.33 ± 87.52 mg/dL and TG: 283.00 ± 326.07 vs 181.22 ± 105.70 mg/dL. There was a statistically significant reduction in LDL-Ch levels compared to baseline ($p=0.008$), reducing in 59,01%.

The most frequent indications of use were HeFH and mixed dyslipidemia, with no differences in response to treatment. Treatment was equally effective in patients with CD. One patient reported an unclear drug-related side effect of dizziness.

Conclusions

LDL-Ch reductions obtained with PCSK9-Inh in clinical practice are similar to those described in the clinical trials (50% to 70%). There was a safe decrease in LDL-Ch levels without any discontinuations of treatment due to side-effects, including in patients without concomitant statin therapy.

These treatments provide a new pharmacotherapeutic option for patients who are intolerant or non-responders to the current treatments available.

Further studies are needed to confirm if the results are related to a reduction in morbidity and mortality.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1390. EFICACIA COMPARADA DE DOCETAXEL VERSUS ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONO-SENSIBLE EN COMBINACIÓN CON TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA

AUTORES

PEDROSA RUIZ M, GARCIA DE PAREDES ESTEBAN JC, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. CAMPUS DE TEATINOS S/N.

OBJETIVOS

Realizar una comparación indirecta (CI) de la eficacia de abiraterona más terapia de privación de andrógenos (TDA) frente a docetaxel más TDA en cáncer de próstata hormonosensible (CPHS) de alto riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La ausencia de comparaciones directas entre ambos fármacos en dicho contexto clínico justifica la realización de una CI. El ensayo clínico STAMPEDE es un estudio multicéntrico, multibrazo y multiestadío. Se seleccionaron dos brazos del mismo: STAMPEDE-BRAZO C y STAMPEDE-BRAZO G, los cuales analizan la eficacia de docetaxel y abiraterona, respectivamente, en combinación con TDA frente a TDA en monoterapia en el tratamiento del CPHS de alto riesgo. Cada brazo constituye un estudio independiente por sí mismo. Los criterios de inclusión y de exclusión son los mismos en ambos así como las características basales de la población incluida. Se incluyeron pacientes metastásicos y no metastásicos. Se realizó una CI ajustada propia de la eficacia de abiraterona más TDA versus docetaxel más TDA, mediante el método de Bucher empleando la calculadora Wells 2009. La variable de eficacia primaria elegida fue la Supervivencia Global (SG) mientras que la Supervivencia Sin Fallo a Tratamiento (SSFT) constituyó la variable de eficacia secundaria. SG y SSFT se calcularon para el total de los pacientes y para el subgrupo de pacientes metastásicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la CI de abiraterona vs. docetaxel se encontraron los siguientes resultados expresados como Hazard Ratio (Intervalo de Confianza 95%): SG en el total de los pacientes 0.81 (0.62-1.04) ($p=0,101$), SG en pacientes metastásicos 0.80 (0.60-1.07) ($p=0,16$), SSFT en el total de los pacientes 0.47 (0.39-0.58) ($p < 0,05$) y SSFT en pacientes metastásicos 0.34 (0.23-0.51) ($p < 0,05$). Se encontró una diferencia que pudo haber afectado a los resultados de eficacia: en aquellos pacientes que tenían nódulo negativo, metástasis negativas la radioterapia fue obligatoria, mientras que en aquellos que tenían algún nódulo positivo era opcional. Así, nos encontramos que en el STAMPEDE-BRAZO G, recibieron radioterapia un 41% de los pacientes del grupo control y un 41% del grupo activo, mientras que en el STAMPEDE-BRAZO C recibieron radioterapia un 29% de los pacientes del grupo control y un 28% del grupo activo.

Según los resultados de esta CI propia, no se alcanza diferencia estadísticamente significativa de eficacia en la variable principal SG entre abiraterona y docetaxel, tanto en el global de los pacientes como en el subgrupo de pacientes metastásicos, si bien el poder estadístico es limitado. Con respecto a la variable secundaria SSFT, tanto en el global de pacientes como en el subgrupo de metastásicos se encuentra una diferencia estadísticamente significativa a favor de abiraterona. Además, encontramos un posible sesgo en nuestra CI por diferente uso de la radioterapia, aunque dentro de cada estudio la proporción de pacientes con y sin radioterapia estaba equilibrada entre ambos brazos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1392. ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB : DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

AUTORES

GARCIA YUBERO C, PORTILLO HORCAJADA L, PEÑA MIGUEL C, RODRIGUEZ REINA M, GARCÍA DE SANTIAGO B,
BARRO ORDOVÁS JP, LARRUBIA MARFIL Y, MARTINEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL INFANTA SOFIA. Pº. DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ambos inhibidores de la enzima proproteína convertasa subtilisina kexina tipo 9 (iPCSK9) , alirocumab y evolocumab, en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes que inician tratamiento con iPCSK9 desde su introducción en el hospital (septiembre 2016). Se recogen variables demográficas (edad, sexo), comorbilidades, tratamiento concomitante, niveles de LDL-colesterol (LDL-c) (basales y última medición disponible tras tratamiento) de la historia clínica informatizada Selene® y programa de dispensación a pacientes externos Farmatools®. Análisis de datos Microsoft Office Excel 2013.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyen 39 pacientes: media de edad 59 años; presencia de hipercolesterolemia familiar (HF) (n=9), evento cardiovascular mayor (ECV) previo (n=18) ó ambas características (n=12). El 74,3% de los pacientes tienen uno o más

factores de riesgo cardiovascular adicional: sobrepeso/obesidad (48.7 %), hipertensión arterial (46,1%), diabetes (35%), hábito tabáquico (17,9%). El 33,3% (n=13) fueron tratados con Alirocumab y el 66,6% (n = 26) con Evolocumab. Al comienzo de tratamiento, 38/39 pacientes no se encontraban en niveles objetivo de LDL-c, a pesar de dosis máxima tolerable de estatina+ezetimiba (un 25.6% de estos pacientes no toleraban estatinas y/o ezetimiba). El paciente restante, inicia iPCSK9 secuencialmente tras suspensión por intolerancia de estatinas y ezetimiba, con el fin de mantener sus niveles de LDL-c en rango. Este paciente es excluido del análisis de efectividad. Los niveles medios de LDL-c basales fueron de 153,5 mg/dl y el porcentaje de reducción global, teniendo en cuenta el último dato medible de LDL-c tras inicio de tratamiento (rango de exposición: 7-82 semanas, media 39.9 semanas) fue del 58%. No se observaron diferencias en la reducción de LDL-c en los pacientes intolerantes a estatinas comparado con aquellos en tratamiento concomitante con estatinas y/o ezetimiba (55.7% vs 58.9%;p=0.62). Por otra parte, el porcentaje de reducción de LDL-c de Alirocumab vs Evolocumab fue del 58.6% vs 57.7% (IC 95% 0.9%, p=0.88). Entre los pacientes con ECV previa, el 82.7% (24/29) logró el objetivo de prevención secundaria (LDL-c < 70 mg/dl), mientras que el 88.8% (8/9) de pacientes con HF sin ECV logró el objetivo de prevención primaria (LDL-c < 100 mg/dl). Respecto a la tolerancia, no se registró ninguna reacción adversa (RAM) de gravedad. Solo un paciente abandonó tratamiento por falta de adherencia. No se registró ningún evento de morbimortalidad.

Conclusiones

Las reducciones de LDL-c de ambos iPCSK9 en la práctica clínica fueron comparables a lo observado en los ensayos clínicos donde demostraron reducciones del 50-60% de LDL-c al añadirse al tratamiento con estatinas. Ni la falta de efectividad ni la aparición de reacciones adversas ha llevado a ningún paciente a discontinuar el tratamiento. Las últimas evidencias demuestran que existe una relación lineal entre la reducción de LDL-c y disminución de riesgo de ECV, sin un umbral inferior en el que la fuerza de la relación se atenúe. A falta de determinar si existe un nivel de LDL-c por debajo del cual aparezcan RAM de gravedad que desequilibre la balanza riesgo beneficio para utilizar estos fármacos, su adición al arsenal farmacoterapéutico para el control del LDL-c constituyen una eficiente herramienta para control del riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS

1408. INNOVACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

AUTORES

FORTES GONZALEZ MS, VAZQUEZ BLANCO S, VILLAMAYOR BLANCO L, DE MIGUEL BOUZAS JC, CASTRO DOMINGUEZ JM, HERRERO POCH L
HOSPITAL POVISA. RUA DE SALAMANCA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Analizar la incorporación al mercado de los medicamentos evaluados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en los últimos 10 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los medicamentos valorados por la AEMPS desde 2007 a 2018. Se incluyeron para el estudio: los nuevos medicamentos (NM) y las nuevas indicaciones (NI) de fármacos ya comercializados con dictamen positivo para su autorización. Las fuentes de datos fueron los boletines mensuales de la AEMPS y las fichas técnicas de los medicamentos. Las variables registradas fueron: nombre de principio activo, marca comercial, grupo terapéutico, forma farmacéutica, tipo de medicamento según los criterios de dispensación, si se trataba de un NM o NI, fecha de autorización, fecha de comercialización, número de presentaciones comercializadas y PVP. Las NI se clasificaron en 2 tipos: extensión de indicación (EI) si se trataba de indicaciones ya aprobadas en las que se modificaban las condiciones de prescripción y ampliación de indicación (AI) para nuevas indicaciones en patologías diferentes a las aprobadas. Los datos fueron analizados con Excel®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se evaluaron un total de 660 medicamentos (promedio 66/año), de los que actualmente se encuentran comercializados en España el 70,5%. En total fueron autorizados 533 NM y 447 NI, de las que el 76,1% eran EI y 23,9% AI. La distribución por grupos terapéuticos fue la siguiente: A 12,9%, B 7,1%, C 5,8%, D 0,9%, G 3,7%, H 1,1%, J 17,8%, L 28,6%, M 2,2%, N 8,4%, P 0,2%, R 4,9%, S 2,6%, V 3,9%. En cuanto a la forma farmacéutica el 48,8% eran formas orales, 42,6% parenterales y 8,6% tópicas. Atendiendo a las condiciones de prescripción y dispensación: el 44,1% fueron de uso hospitalario (H), 35,9% de receta (R), 17,6% de dispensación intrahospitalaria sin cupón precinto (DIHSC) y 2,4% de diagnóstico hospitalario (DH). La mediana de tiempo desde la autorización del medicamento a la comercialización fue de 8,1 (0-193) meses. En total se han comercializado 957 presentaciones diferentes por un valor de 1.112.330,69 €, lo que supone un PVP medio de 1.162,31 €/presentación. El desglose de este importe por tipo de medicamento se distribuyó de la siguiente forma: 78,3 €/presentación tipo R, 452 €/presentación DH, 1581 €/presentación H y 2607 €/presentación DIHSC.

Conclusiones

La actividad evaluadora de la AEMPS se distribuye prácticamente al 50% entre NM y NI. Transcurren aproximadamente 8 meses para el acceso al mercado del NM. Prácticamente un tercio de los medicamentos comercializados durante esta década corresponden a agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (L), seguidos de cerca por los antiinfecciosos para uso sistémico (J). En cuanto a la dispensación, casi dos tercios de los medicamentos recaen en el hospital, ya sea a pacientes ingresados o externos, lo que ha supuesto un notable incremento en la actividad de las consultas externas de los servicios de farmacia hospitalaria. Finalmente, la innovación farmacoterapéutica tiene un notable impacto económico, con un importe cuya media se aproxima a los 1200 €/presentación de medicamento, pero que supone el doble en el caso de fármacos de dispensación hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1423. SACUBITRILO/VALSARTAN: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL****AUTORES**

PORTILLO HORCAJADA L, GARCÍA YUBERO C, ALEGRE ESPINO P, BARRIUSO PASTOR L, FERNÁNDEZ MORA P, OURIACH MAKRINI S, GARCÍA DE SANTIAGO B, MARTINEZ HERNÁNDEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA. PASEO DE EUROPA, 34. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación al documento “Criterios de utilización de sacubitrilo/valsartan (SAC/VAL) en el tratamiento de pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica (ICC) sintomática con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (FEVI)” de nuestra Comunidad Autónoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con ICC a los que se les ha prescrito SAC/VAL durante 2017.

Criterios de utilización protocolizados: Criterios de inclusión-Pacientes con ICC sintomática y estable, FEVI \leq 35%, clase funcional de la ICC según la New York Association (CF-NYHA) II-II, tratamiento previo optimizado con IECA/ARA II y betabloqueante (BB) y antagonista de la aldosterona (AA), salvo contraindicación o intolerancia y péptidos natriuréticos elevados (NT-proBNP \geq 400-600 pg/ml); Criterios de exclusión-Antecedentes angioedema, K $>$ 5,4 mmol/L, filtrado glomerular (FGe) $<$ 30 ml/min/1,73m², hipotensión sintomática o Presión arterial sistólica (PAS $<$ 100 mmHg). Dosis inicio SAC/VAL: 49/51 mg dos veces al día (200mg/día). Si FGe 30-60 ml/min/1.73m² y/o PAS próxima a 100 mmHg se inicia a dosis 24/26 mg dos veces al día (100 mg/día). Tras tolerancia se ha de alcanzar la dosis objetivo 97/103 mg 2 veces al día (400 mg/día); Criterios de seguimiento-Efectividad (estabilidad de la ICC en el tiempo, ingresos/fallecimiento), seguridad (monitorización niveles creatinina, potasio, PAS). De la base de datos Farm@drid se obtienen los pacientes a los que se les había prescrito SAC/VAL recogiendo las siguientes variables de la Historia Clínica (Selene[®]): Edad, sexo, CF-NYHA, FEVI, comorbilidades, tratamiento farmacológico previo, datos analíticos (NT-proBNP, creatinina, potasio, FGe), datos de tratamiento (dosis media inicio/mantenimiento y duración). Datos de efectividad y seguridad según protocolo. Se recogen motivos de suspensión de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyen 41 pacientes (31 hombres) con una edad media 75 años. CF-NYHA: II (61%,n=25), III (27%, n=11), sin registro (12%,n=5); FEVI media = 27,6% \pm 7,2. El 95% (39/41) tratados con IECA/ARA II, el 92,7% (38/41) con BB y un 78,1% (32/41) con AA. El 87,8% (36/41) de los pacientes inician con la dosis más baja: 20 pacientes justificado por FGe=30-60 ml (n=15) y PAS próxima a 100 mmHg (n=5); no justificado en 16 pacientes: FGe $>$ 60 ml (n=14) y FGe $<$ 30 ml (n=2). El 34% (14/41) alcanza dosis objetivo. Dosis media de mantenimiento: 254 \pm 124 mg/día. Duración media de tratamiento=37,1 \pm 23,4 semanas. En el 61% (25/41) de pacientes se observa estabilidad/mejoría de la CF-NYHA. Resto pacientes: fallecimiento (n=7), ingreso (n=4), suspensión por hipotensión (n=3), suspensión por empeoramiento FGe (n=1), pérdida de seguimiento (n=1). Principales efectos adversos: hipotensión (n=11), hiperpotasemia (n=2) y empeoramiento FGe (n=1). Adecuación al protocolo: 48,7% (20/41) de pacientes no cumplen algún criterio de inclusión [(FEVI $>$ 35% (n=3), FGe $<$ 30 ml (n=2), NT-proBNP $<$ 400pg/ml (n=3), pacientes sin registro NT-proBNP basal (n=12)].

Conclusiones

La adecuación al protocolo es baja, siendo la medición del péptido natriurético basal el punto más mejorable. En nuestro estudio, la efectividad de SAC/VAL es menor a la descrita en el ensayo clínico, destacando el escaso porcentaje de pacientes que alcanza dosis objetivo de tratamiento, esto podría explicarse porque en el ensayo clínico se hizo una estricta selección de pacientes que no ha sido aplicada en la práctica real.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS/FARMACOECONOMÍA/ENSAYOS CLÍNICOS**1426. PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA FABRICACIÓN Y ACONDICIONAMIENTO EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE LA MEDICACIÓN EN INVESTIGACIÓN SIN ÁNIMO COMERCIAL****AUTORES**

GARCÍA MARTÍNEZ E, RUIZ SANCHEZ S, ALPUENTE PEREZ I, RIQUELME BRAVO E, LOZANO SERRA J, CÓRDOBA SORIANO JG, VALLADOLID WALSH A
COMPLEJO HOSPITALRIO UNIV. DE ALBACETE. HERMANOS FALCÓ, 37. ALBACETE

OBJETIVOS

Describir el proceso para obtener la autorización y adaptación de los procedimientos exigidos en la fabricación industrial por parte de la Agencia Española del Medicamento(AEMPS) para la fabricación en el Servicio de Farmacia(SF) del medicamento en investigación para un ensayo clínico(EC) de una investigación clínica sin ánimo comercial.

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo con el investigador principal del EC del Servicio de Hemodinamia, con el Servicio de Microbiología y los responsables del área de EC del SF.

Se realizó el escrito de solicitud de autorización de fabricación a la AEMPS en el que constaba: el n^o EudraCT, el SF, los medicamentos y operaciones a realizar. En este caso la fabricación total de una crema placebo y fabricación parcial (reenvasado y etiquetado) de la crema en investigación.

Se recopiló las diferentes normativas para Fabricación de producto terminado no estéril. Acondicionamiento primario. Ensayos de control de calidad. Certificación de lotes (Real Decreto 1/2015, de 24 de julio, Real Decreto 824/2010, de 25 de junio, el Real Decreto 1090/2015 y Guía de Normas de Correcta Fabricación (NCF)).



CIRCUITO Y ETAPAS

Se realizó la preparación de la documentación exigida por la AEMPS previa inspección: Memoria del servicio. Protocolo EC. Documento de autorización del director del centro. Diferentes procedimientos normalizados de trabajo. Certificados de calibración. Plano del SF.

Se realizó las guías de elaboración adaptándola al Anexo 9 Fabricación de líquidos cremas y pomadas y las Guía NCF,1.8 VIII,4.20 y Anexo 13.

La guía debe trazar la historia completa de un lote e incluir por orden cronológico: número de lote, hora de inicio de fabricación, ensayos de calidad, cantidad de muestras que se destinan a la muestroteca, cantidad para controles de calidad. Se debe especificar el número de unidades a acondicionar al inicio, reflejar los distintos despeje de líneas, cómo se realizarán los cotejos y recuentos de etiquetas. Se debe habilitar un espacio para reflejar las posibles incidencias y un espacio para la decisión final del lote.

Se elaboró un documento para designar quien es la persona responsable de la liberación de lote, de fabricación y la de control de calidad

Se realizó un procedimiento específico de devoluciones, reclamaciones y retiradas y se adecuó un espacio físico para estos.

Para los ensayos de calidad se adaptó las monografías de farmacopea europea: Microbiological quality of non-sterile pharmaceutical preparations and substances for pharmaceutical use (ref 5.1.4.), Semi-solid preparations for cutaneous application (ref 04/2010:0132).

El etiquetado se ajustó a lo indicado en los artículos 66 a 68 del Reglamento n.º 536/2014.

Se añadió un plan de formación relativo a normas de correcta fabricación (anexo 13).

IMPLANTACIÓN

Se realizó una elaboración de lote de prueba o de validación (anexo 15) previa a la autorización y se realizaron las subsanaciones requeridas.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se obtuvo la autorización para la fabricación.

Se describe el procedimiento en el caso de la fabricación de una crema. Las autorizaciones se deben solicitar para cada EC

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Conocer la documentación exigida y la adaptación a los procedimientos realizados en el SF puede agilizar la autorización.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

52. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO DE SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL EN PACIENTES SOMETIDOS A DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

AUTORES

GARAY SARRÍA C, CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, MONTALBÁN CARRASCO C, FERNÁNDEZ CORDÓN A, LIZAMA GÓMEZ N, GONZÁLEZ FRANCO RM, ALONSO PERALTA C, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Evaluar los motivos de instauración de nutrición parenteral (NPT), así como las principales complicaciones desarrolladas durante el mismo en pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica (DPC), tratamiento de elección en tumores de cabeza de páncreas y del área periampular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, con duración de enero a diciembre/2016, que incluyó a todos los pacientes sometidos a DPC en un hospital de tercer nivel.

Se utilizó el índice de riesgo nutricional (IRN) para determinar el riesgo de desnutrición inmediatamente tras la cirugía, calculándolo a partir de la concentración de albúmina sérica y la razón peso actual:peso habitual. Se consideró el riesgo moderado-elevado de desnutrición como un valor de IRN $\leq 97,4$. Los datos clínicos fueron obtenidos de los programas de prescripción electrónica asistida e historia clínica electrónica, registrándose: sexo, edad, patología, parámetros físicos y analíticos, fecha de inicio, fin y composición de NPT y complicaciones asociadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se evaluaron 23 pacientes (11 eran mujeres) con una media de edad de 64,6 años (49-82). Los diagnósticos prequirúrgicos fueron: 47,8% adenocarcinoma pancreático, 17,4% colangiocarcinoma, 13% ampuloma, 8,7% carcinoma neuroendocrino, 4,3% carcinoma indiferenciado, 4,3% tumoración quística de cabeza de páncreas y 4,3% dehiscencia de anastomosis pancreático-duodenal. No se instauró NPT en 5 pacientes.

Según el IRN, 17/18 pacientes con NPT (94,4%) y 4/5 sin NPT (80%) mostraron un riesgo moderado-elevado de desnutrición tras la intervención (con NPT: IRN de 71,3-107, con media de 81,1; sin NPT: IRN de 76,5-98,2, con media de 81,7 [diferencia media entre ambos grupos = 0,6 puntos]).

En 16/18 pacientes con NPT (88,9%), ésta se inició con un período de latencia medio de 2 días desde la cirugía. En 1 paciente se instauró inicialmente nutrición oral, y en otro, nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica, aunque se requirió el paso a NPT por evolución tórpida con pérdida de tolerancia a NE u oral.

La duración media del soporte con NPT fue de 12 días (1-40). El volumen medio de NPT fue de 1.983 ml (1.000-2.500). Un 27,8% de los pacientes con NPT (5/18) precisaron la incorporación de somatostatina en ésta debido al desarrollo de fístulas.

Las principales complicaciones observadas en el postoperatorio inmediato fueron infecciosas, dándose en 15/23 pacientes (65,2%) y representando un 66,7% de aquéllos con NPT (12/18). Las más comunes fueron las colecciones intraabdominales (9 pacientes; los microorganismos causales más frecuentes fueron *K. pneumoniae* y *E. faecalis*), seguidas de bacteriemia por catéter (7). Fallecieron 3 pacientes con NPT, 2 por complicaciones infecciosas y 1 por shock hemorrágico.

Conclusiones

La administración de NPT en pacientes sometidos a DPC es una medida prácticamente universal. En la población descrita, el principal motivo para el inicio de NPT fue la imposibilidad de instaurar NE u oral por gastroparesia, seguido de otros factores como hemorragia digestiva, desarrollo de fístulas, o pérdida de tolerancia oral por evolución tórpida. Las principales complicaciones asociadas a este procedimiento son de tipo infeccioso, dándose en un 65,2% de los pacientes. El estado nutricional de los pacientes en el momento post-quirúrgico no difiere entre los pacientes que recibieron o no NPT.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

89. UTILIZACIÓN DE UNA SOLUCIÓN DE DEXAMETASONA 0,1MG/ML COMO PROFILAXIS DE LA ESTOMATITIS CAUSADA POR EVEROLIMUS

AUTORES

MEROÑO SAURA MA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ TM, GÓMEZ GIL A, DE BÉJAR RIQUELME N, SORIA SOTO M, ARRIBAS DÍAZ B, PASCUAL BARRIGA M, ESPUNY MIRÓ A
HOSPITAL MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUÉS DE VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

La estomatitis es un efecto secundario de clase asociado a los tratamientos con inhibidores de mTOR como everolimus. Los esteroides tópicos pueden reducir la incidencia y gravedad de la estomatitis evitando reducciones de dosis e interrupciones del tratamiento. El objetivo es evaluar el uso de una solución bucal de dexametasona 0,1mg/mL, preparada como fórmula magistral por el servicio de farmacia, para la profilaxis de la estomatitis en pacientes en tratamiento con everolimus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de los pacientes en tratamiento con everolimus que de forma concomitante tomaron solución de dexametasona 0,1mg/mL (abril 2017-abril 2018). Los pacientes se seleccionaron a partir de la historia clínica informatizada (Selene®), la historia farmacoterapéutica (Savac®) y la base de datos de elaboración y dispensación de fórmulas magistrales. Se recogieron las siguientes variables: nº de pacientes, sexo, edad, diagnóstico, tratamiento previo, dosis de everolimus, pauta de la solución de dexametasona 0,1mg/mL, efectos adversos asociados y reducciones o interrupciones de dosis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Iniciaron tratamiento con solución de dexametasona 0,1mg/mL 3 pacientes, 1 hombre y 2 mujeres de 67, 59 y 69 años. Dos con diagnóstico de carcinoma renal tratados previamente con sunitinib y uno con carcinoma de mama ductal infiltrante. Únicamente 2 fueron evaluables ya que uno falleció tras la primera dispensación.

Los pacientes iniciaron everolimus a las dosis de 10 y 5mg/día y de forma concomitante con la solución de dexametasona 0,1mg/mL. Uno de los pacientes había sido tratado previamente con everolimus a dosis de 10mg/día, apareciendo otitis y mucositis que llegó hasta grado 2, obligando primero a una reducción de dosis a 5mg/día y a la suspensión posterior del tratamiento, reiniciándose de nuevo a la dosis de 5 mg/día junto a la solución de dexametasona 0,1mg/mL una vez desaparecieron los síntomas.

Al inicio del tratamiento, los pacientes usaban enjuagues 3-4 veces al día después de las comidas. Ambos desarrollaron mucositis las primeras semanas tras iniciar el tratamiento, pero en ninguno de los casos sobrepasó el grado 1, y desapareció con el tiempo. Al finalizar el periodo de estudio, los pacientes usaban los enjuagues 1 o 2 veces al día. En nuestro centro, los pacientes han utilizado tratamiento con solución de dexametasona 0,1mg/mL durante todo el periodo de tratamiento, mientras que en el estudio SWISH, que evaluó el uso de dicha solución para prevenir la estomatitis por everolimus, únicamente fue prescrita las 8 primeras semanas de tratamiento.

La solución fue bien tolerada. Uno de los pacientes refirió odinofagia, pero no está clara su relación con la solución de dexametasona 0,1mg/mL ni con el tratamiento con everolimus.

Conclusiones

La solución de dexametasona 0,1mg/mL fue útil para reducir la severidad y el tiempo de resolución de la estomatitis al iniciar y/o reiniciar el tratamiento con everolimus, y puesto que en ningún caso se ha suspendido el tratamiento, podría considerarse su uso para el cuidado de la cavidad oral en pacientes tratados con este fármaco. Son necesarios estudios con más pacientes para evaluar la eficacia y tiempo óptimo de utilización de la solución para prevenir o reducir la estomatitis causada por everolimus.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

111. AUMENTO DE CARGA DE TRABAJO Y VIABILIDAD DE IMPLANTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS EN EL ÁREA ESTÉRIL DE FARMACIA

AUTORES

NEVOT BLANC M, SANMARTIN SUÑE M, MARCOS PASCUA P, BARONET JORDANA G, VAL PRAT L, MORLA CLAVERO G, ALTIMIRAS RUIZ J
HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. CALLE PEDRO I PONS, Nº1. BARCELONA

OBJETIVOS

Determinar el incremento en el número de preparaciones estériles que se deberían de preparar en el Servicio de Farmacia (SF) y la viabilidad de su preparación, al implantar la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de Preparación de Medicamentos en Servicio de Farmacia Hospitalaria y la Guía de Medicamentos Peligrosos (GMP) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Seleccionar dentro de la guía farmacológica del hospital aquellos fármacos manipulados en condiciones estériles previa administración, al no comercializarse listos para administrar y aquellos estériles peligrosos.
2. Realizar las matrices de riesgo a través de la plataforma del grupo de farmacotécnica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
3. Hacer una búsqueda bibliográfica de la estabilidad físico-química (FQ) de aquellos fármacos considerados de riesgo medio y alto y peligrosos estériles.
4. Decidir, en función del consumo y estabilidad fisicoquímica que fármacos se prepararán en el SF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. La guía farmacológica del hospital contiene 1679 presentaciones, incluidas fórmulas magistrales. 677 presentaciones son de administración vía parenteral u oftálmica. Se quitaron las presentaciones listas para administrar y aquellas de un mismo principio activo que únicamente difieren en la dosis. Se obtuvieron 204 preparaciones que requerían una manipulación estéril previa a la administración y/o estaban consideradas peligrosas.
2. Se hicieron las matrices de riesgo de las 204 presentaciones y se obtuvieron 111 preparaciones de riesgo medio o alto. 53 eran fármacos de oncología, ya preparados en el SF y de administración inmediata. De las restantes 58 presentaciones que se deberían preparar en el SF, 34 preparaciones ya tenían protocolizada su preparación en el área estéril de farmacia.
3. Se deben preparar 25 nuevas preparaciones en el área estéril del SF:
 - 5 son fármacos de uso urgente sin estabilidad superior a 24 horas y de baja rotación. El servicio no dispone de recursos para poder garantizar su preparación las 24 horas.
 - 11 son perfusiones a concentraciones ya estandarizadas, pero únicamente en 3 la correlación entre la estabilidad FQ y su rotación permite la preparación de stock. El resto se debería de preparar de forma individualizada.
 - 2 son fármacos peligrosos del grupo 3 y de riesgo bajo. No está decidido si se debería preparar en farmacia. En ambos su estabilidad FQ permitiría valorar su preparación de stock. Entre ambos en 2017 hubieran supuesto 4214 preparaciones.
 - 8 fármacos son de riesgo medio y no entran en las anteriores categorías. Por su bajo consumo y baja estabilidad fisicoquímica todos ellos se deberían preparar de forma individualizada. En 2018 hubieran supuesto 61 preparaciones.La implantación de la GBP y GMP está muy condicionada por el tamaño y la forma de trabajo de cada centro. En las condiciones actuales de nuestro SF implica un gran aumento del trabajo en el área estéril y un elevado riesgo de perder medicación por el estrecho margen de caducidad (baja rotación de los preparados) y la complicada logística (no disponer de técnico de preparación en fin de semana, ni guardias de 24 horas). Esto implica preparados de stock, lo que nos obliga a tener que superar la estabilidad de las matrices y hacer controles microbiológicos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

162. ESTABILIDAD DEL CARBOPLATINO A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN

AUTORES

VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, CÓRDOBA DÍAZ D, CÓRDOBA DÍAZ M, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12'5. MADRID

OBJETIVOS

Las reacciones de hipersensibilidad (RH) a carboplatino suponen un gran desafío en el manejo de los pacientes con cáncer de ovario.

Los protocolos de desensibilización a carboplatino (PDC) se han posicionado como una práctica segura y efectiva para continuar el tratamiento cuando sea necesario en pacientes que hayan desarrollado RH previas. Uno de los PDC más utilizado es el propuesto por Castell et al. basado en tres soluciones (X/100 mg, X/10 mg y X mg, siendo X la dosis terapéutica total para cada paciente) que se administran en doce pasos aumentando de forma progresiva la velocidad de infusión.

El debate fundamental se basa en la falta de información sobre la estabilidad de las soluciones utilizadas en los PDC cuando la concentración es menor que la establecida en ficha técnica (0,5mg/mL).

El objetivo es determinar la estabilidad físico-química de carboplatino a concentraciones de 200mcg/ml y 20mcg/ml en 250ml de glucosa 5% en bolsas de polipropileno y protegido de la luz a temperatura ambiente a las 3, 6 y 24 horas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un método indicativo de estabilidad para carboplatino mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) de fase reversa. Condiciones: columna Eclipse-XDB C18, 4,6x150mm-5µm. Fase móvil metanol/agua: 2/98. Flujo



= 1 ml/min. Detección UV-vis a $\lambda=210$ nm. Se validó la sensibilidad, linealidad, límite de detección (LOD) y límite de cuantificación (LOQ), precisión, y robustez según las directrices ICH.

Las concentraciones de las muestras se calcularon para las dos primeras soluciones del PDC para una dosis terapéutica total $X=500$ mg de carboplatino.

Se prepararon 3 muestras para cada concentración a estudio y se analizaron por duplicado a tiempo= 0, 3, 6 y 24 horas.

Se consideró estable cuando el % de concentración de carboplatino (CC) (representada por el % de AUC respecto al inicial a $t=0$ h) se mantuvo dentro del rango 95-105%. La estabilidad física se evaluó mediante inspección visual. El análisis cualitativo se realizó a través de la comparación de los espectros UV para cada concentración a los distintos tiempos y con el espectro a $t=0$ horas de una solución referencia de 500mcg/mL.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El método resultó adecuado para el estudio. LOD = 0,69mcg/mL y LOQ = 2,1mcg/ml. Tiempo de retención=5,2 minutos. Los productos de degradación se separaron claramente del pico de carboplatino.

Solución 0,2 mg/ml: %CC entre 95-105% durante todo el periodo de estudio.

Solución 0,02 mg/ml: %CC > 105% desde $t=3$ horas.

No se detectaron productos de degradación ni se observaron alteraciones macroscópicas en la inspección visual en ninguno de los casos.

La comparación de los espectros mostró que el carboplatino permaneció intacto durante todo el estudio para 0,2 mg / ml, pero se observaron modificaciones del espectro para 0,02 mg/ml.

Conclusiones

La solución de carboplatino 0.2 mg / ml puede considerarse estable durante 24 horas a temperatura ambiente en bolsas de Glucosa 5% de polipropileno.

No se ha podido demostrar que la solución de carboplatino 0,02 mg / ml sea estable ni siquiera 3 horas en las mismas condiciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

215. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES

GUERRO PRADO M, SALAS RIVERA M, BLAZQUEZ GALAN A, CASTELLANO HERRADOR JJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Evaluar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados en un centro sociosanitario; analizar las actuaciones que se han llevado a cabo y proponer las medidas correctoras oportunas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (enero - diciembre de 2016) sobre la totalidad de los residentes institucionalizados en un centro sociosanitario. Se recogen los siguientes datos de la historia clínica electrónica del paciente: el peso, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la escala Mini Nutricional Assessment (MNA).

Se clasifican a los pacientes en dos grupos:

1/ Pacientes en mal estado nutricional o en riesgo nutricional: Screening MNA menor de 11 puntos, pérdida de peso significativa > 5% último mes o 10% en los últimos 6 meses.

2/ Pacientes con buen estado nutricional: Screening MNA > 11 puntos

En los pacientes del primer grupo se valora si han recibido los requerimientos nutricionales adecuados calculando unas necesidades calóricas de 25-30 Kcal/kg/día (excepto en Insuficiencia renal que será de 30 kcal/kg) y proteicas de 1,2-1,5 g prot./kg /día excepto Insuficiencia renal (ClCr < 30 mL/min \rightarrow 0,8 g prot./kg) y revisando si se han programado controles de ingesta para pautar suplementación oral (necesaria en aquellos que no se cubran el 75% de sus requerimientos). Se revisa si se han analizado aspectos que puedan limitar la ingesta como la higiene oral y estado de piezas dentarias, las preferencias alimentarias y aceptación menús residencia o un tiempo adecuado de auxiliar en pacientes que requieren asistencia.

En los pacientes del segundo grupo, se valora si el IMC es superior a 27, si se realiza modificación dieta basal si efectos adversos asociados (dolor por artrosis, apnea del sueño...) y siempre con ejercicio físico adaptado asegurando correcta ingesta de calcio y vitamina D.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

46/140 residentes no tenían recogidos los datos mínimos de peso y talla ni se les había pasado la escala MNA por lo que no se incluyen en el estudio. De los 94 residentes restantes 57/94 (60,6%) eran mujeres y 37/94 (39,4%) hombres. El peso medio fue de 64,4 [37,5-95] Kg con un Índice de Masa Corporal medio de 27,4 [17-45,1] Kg/m².

62/94 residentes fueron clasificados en el grupo de mal estado nutricional o en riesgo nutricional (65,9%). Durante el período del estudio fallecieron 10 de los 62 residentes de este grupo. Se realizó control periódico de peso y registro de ingestas en 12/62 y sólo 2/12 residentes con ingesta < 75% de sus requerimientos recibieron suplementación nutricional.

No hay registro en la historia de análisis de aspectos que puedan limitar la ingesta.

48/94 residentes presentaban un IMC mayor de 27 (51,1%), a ninguno se lo modifica la dieta basal, no se dispone de programa de ejercicio físico adaptado aunque si se asegura la correcta ingesta de calcio y vitamina D.

Conclusiones

Están en riesgo o presentan mal estado nutricional más de la mitad de los residentes, las actuaciones realizadas son claramente optimizables por lo que urge realizar un protocolo de valoración e intervención nutricional.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**226. ¿ES EL TIEMPO DE TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL UN FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES NUTRICIONALES?****AUTORES**

NAVARRO DÁVILA MA, FERRER MACHÍN A, CALZADO GÓMEZ G, PLASENCIA GARCÍA I, MESA EXPÓSITO R, FRAILE CLEMENTE C, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. AVENIDA DEL ROSARIO S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Evaluar el tiempo de tratamiento con Nutrición Parenteral Total (NPT) de los pacientes que desarrollaron complicaciones metabólicas y mecánicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal de las complicaciones nutricionales de los pacientes en tratamiento con NPT en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años que se encontraban en seguimiento completo por el servicio de Endocrinología o Farmacia del hospital. Se definió como complicación mecánica aquella derivada de la colocación del catéter (flebitis, flebitis séptica, colocación incorrecta del catéter, salida involuntaria del catéter, extravasación, neumotórax, hemotórax, hemomediastino y trombosis venosa). Como complicación metabólica aquella atribuible al exceso o déficit de nutrientes (sodio, potasio, calcio, fósforo, magnesio, glucosa, triglicéridos y colestasis). Se realizó un análisis descriptivo a través de la mediana y recorrido intercuartílico [P25-P75] para las variables numéricas. La prevalencia de complicaciones se estimó con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Todas las pruebas de contraste de hipótesis fueron bilaterales, para un nivel de significación del 5%, mediante T-Student para variables de distribución normal. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC (versión 24.0 para Windows, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se necesitó NPT para 346 pacientes de los cuales 140 presentaron al menos algún tipo de complicación nutricional. La mediana de tiempo de tratamiento con NPT de los pacientes que desarrollaron complicaciones mecánicas vs aquellos que no desarrollaron esta complicación fue 7 [6;12] vs 10 [6;15], siendo la $p=0.4$. Sin embargo La mediana de tiempo de tratamiento con NPT de los pacientes que desarrollaron complicaciones metabólicas vs aquellos que no desarrollaron esta complicación fue 5 [3;10] vs 8 [6;13], siendo la $p=0.022$. El tiempo de tratamiento con NPT fue mayor entre los pacientes que presentaron complicaciones metabólicas con respecto a pacientes con complicaciones mecánicas. Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el tiempo de tratamiento con NPT de los pacientes que desarrollaron complicaciones mecánicas. El farmacéutico especialista en Nutrición Hospitalaria juega un papel fundamental en la reducción del tiempo con nutrición parenteral total, junto con el equipo multidisciplinar formado por enfermería, médicos responsables y endocrinología.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**230. ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD FÍSICA Y ESTABILIDAD QUÍMICA DE DAPTOMICINA A CONCENTRACIONES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA****AUTORES**

MARTÍNEZ GÓMEZ MA, MOLINA CASABAN C, PORTA OLTRA B, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. AVENIDA GASPAR AGUILAR 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Establecer el periodo de validez de mezclas intravenosas de daptomicina a diferentes concentraciones y temperaturas de conservación utilizadas en la práctica clínica, mediante el estudio de la compatibilidad física y estabilidad química. En ficha técnica se indica para dosis de 4 y 6 mg por kg: 12h 25°C, 24h 2-8°C.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fármaco: Daptomicina (Cubicin® 350 mg vial, polvo para solución inyectable y perfusión).
Vehículo: Cloruro sódico 0,9% en envase de poliolefinas (Viaflo®).
Concentraciones: 5-7,5-10-20 mg/ml. Se calcularon en base a dosis utilizadas en la práctica clínica: 4, 6, 8 y 12 mg por kg y 60-80kg de peso corporal.
Mezclas y condiciones de conservación: Se prepararon 4 mezclas de cada concentración (total, 16 mezclas), 2 se conservaron a temperatura ambiente ($TA=23,6\pm 0,2^{\circ}C$) y 2, en nevera ($N=4,2\pm 0,3^{\circ}C$).
Tiempo de muestreo: 3 días a TA y 10 días en N con muestreo a 0h y cada 24h.
Compatibilidad física: se evaluó: a) variación de color, turbidez y precipitación, mediante inspección visual (incompatibilidad: aparición de algún parámetro); b) pérdida de volumen, mediante gravimetría (incompatibilidad: pérdida $\geq 5\%$); c) pH, medido con pH-metro y electrodo de vidrio (incompatibilidad: variación $pH > 5$).
Estabilidad química: se determinó el porcentaje de concentración remanente (%CR) de daptomicina a cada tiempo así como el T90, cuando %CR fue $\leq 90\%$. El análisis se realizó por duplicado mediante Cromatografía líquida de alta resolución. Condiciones experimentales: columna Supelcosil® LC-8 150x4,6mm (5 μ m); fase móvil: 70% tampón fosfato 0,2M-30% acetonitrilo; flujo: 1ml/min; longitud de onda: 223nm; temperatura: 30°C; volumen de inyección: 30 μ l; tiempo de retención: 16 minutos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Compatibilidad física. No se observó turbidez, precipitación ni pérdida de volumen en las mezclas. La variación de pH al final del estudio fue $\leq 4\%$ en todos los casos (pH inicial, 4,5). Se intensificó el color: (i) 5 y 7,5 mg/ml a TA a día 3; (ii) 10 y 20 mg/ml a TA a partir del día 2; (iii) 10 y 20 mg/ml en N a partir del día 6.

Estabilidad química. La estabilidad química de daptomicina en N es concentración dependiente: %CR a 10 días es inversamente proporcional a la concentración ($r^2=0,9997$); las mezclas fueron estables durante: (i) 10 días (tiempo de estudio) a 5 y 7,5 mg/ml (%CR:94,6% y 93,2%, respectivamente); (ii) 10 días a 10 mg/ml (%CR:91,6%); (iii) 7 días (T90) a 20 mg/ml (%CR a 10 días:86,6%), no observándose productos de degradación. Las mezclas a TA fueron estables durante 3 días (tiempo de estudio), siendo %CR $\geq 95\%$ en todas las mezclas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio amplían la estabilidad fisicoquímica de mezclas de daptomicina sin fotoprotección respecto a ficha técnica en: (i) 3 días a temperatura ambiente a 5-7,5-10-20 mg/ml; (ii) 10 días en nevera a 5-7,5-10 mg/ml y (iii) 7 días en nevera a 20 mg/ml (periodo de validez). Estos resultados indican que no hay relación entre la variación de color y la estabilidad química de las mezclas. Considerando la estabilidad fisicoquímica obtenida en este estudio y la microbiológica recomendada (criterio USP 797:25°C 30h; 2-8°C 9 días), es posible la preparación anticipada de las mezclas en los Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

251. SOLUCIÓN DE INDIGO CARMIN Y ADRENALINA EN CROMOENDOSCOPIA SUBMUCOSA

AUTORES

LEÓN BARBOSA A, CORTE GARCÍA JJ, TRUJILLO FAGUNDO M, MARTINEZ MENENDEZ MA, FRAILE PIÑEIRO M
FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE. AV. DE EDUARDO CASTRO, 161. ASTURIAS

OBJETIVOS

Descripción y validación galénica de una solución de índigo carmín (IC) y adrenalina en coloide expansor plasmático derivado de gelatina para utilización en cromoendoscopia. Establecimiento del período de validez según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación (GBPP).

MATERIALES Y MÉTODOS

La cromoendoscopia supone la inyección de una solución colorante en la capa submucosa de la pared del intestino que realza el área infiltrada y facilita la delimitación y marcaje de áreas susceptibles de tratamiento endoscópico. La inyección submucosa permite levantar lesiones planas: si la solución se formula con suero esta se absorbe en segundos, mientras que con la formulación en coloide se mantiene más tiempo. La técnica clásica consiste en añadir IC a la solución inyectada, coloreando el abombamiento creado y asegurando que la capa inyectada sea la submucosa, lo que disminuye el riesgo de perforación y la viabilidad de la resección endoscópica. La incorporación de adrenalina en la solución, a concentración 10 veces menor que con fines hemostáticos, previene una eventual hemorragia y remarca los epitelios más vascularizados. No existe ninguna preparación comercializada ni estandarizada para la realización de esta técnica.

Se desarrolló una fórmula compuesta por: adrenalina 1 mg, IC 32 mg (4 mL de IC 0,8%) y c.s.p. 100 mL de coloide expansor plasmático derivado de gelatina succinilada 40 mg/mL. La elaboración se realizó en cabina de flujo laminar horizontal, aditivándose en bolsa estéril de polioliéfina de 100 mL (sin interacción con los componentes de la solución). La solución final se protegió de la luz.

Se determinó el riesgo de la preparación final conforme a la matriz de la GBPP y se efectuó la validación galénica mediante evaluación de los siguientes parámetros: estabilidad física por cambio de color mediante valoración cualitativa sobre fondo blanco y negro por dos observadores; estabilidad química con determinación del pH por potenciometría; estabilidad microbiológica (cultivo en medio agar Soja trypticase). Se realizaron determinaciones a 0, 15, 30 y 45 días post-preparación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

No se produjo cambio de color en ninguna muestra salvo en t45, donde si se observó viraje marcado de la coloración. Respecto al pH se obtuvieron los siguientes resultados: t0: 6,65 \pm 0,02; t15: 6,83 \pm 0,02; t30: 6,57 \pm 0,03; t45: 6,70 \pm 0,02. No hubo crecimiento microbiológico en ninguna muestra. Se estableció conforme a la GBPP un nivel de riesgo medio y un periodo de validez de 14 días entre 2-8°C.

La solución de IC permanece física, química y microbiológicamente estable durante 14 días entre 2 y 8°C y protegida de la luz. La concentración final de IC empleada y la asociación con adrenalina permite, a juicio de los endoscopistas, la adecuada diferenciación y distinción de las áreas susceptibles de resección endoscópica.

Tras su utilización, los endoscopistas consideran que la preparación cumple con los requisitos demandados y no ha sido necesario variar la composición de la formulación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

252. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL

AUTORES

SÁEZ BELLÓ M, GÓMEZ HERRERO D, MIRANDA MALLEA J, MARTÍNEZ ARENAS S
HOSPITAL VITHAS NISA 9 DE OCTUBRE. VALLE DE LA BALLESTERA 59. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto asistencial y económico de un protocolo de nutrición parenteral neonatal (NPN), en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva Neonatal (UCINEO) en un hospital general privado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras la revisión bibliográfica en PubMed®, Web of Science®, SciELO®, EMBASE®, Google Scholar® y Cochrane® empleando las palabras clave “parenteral nutrition” y “Intensive Care Units, Neonatal”, y en consenso con la UCINEO, se diseñó un algoritmo de tratamiento con NPN en el que, entre otros condicionantes, se recogió la disponibilidad de facultativo especialista en farmacia hospitalaria en el centro. En dicho algoritmo se recogieron las siguientes presentaciones:

└ NPN estandarizadas disponibles en stock en el SF:

a) de preparación externalizada;

b) preparada en el Servicio de Farmacia (SF), ante falta de disponibilidad de la NPN de preparación externalizada; y

c) tricameral comercial (Numeta G13%E®), con indicación en recién nacidos prematuros.

└ NPN individualizada:

a) de preparación externalizada, siempre y cuando la dosificación de la NPN pudiera anticiparse con > 24 horas de antelación de días laborables; y

b) preparada en el SF, siempre y cuando no pudiera anticiparse.

Las variables recogidas fueron las unidades administradas y desechadas de cada presentación en el periodo del 11/17 al 04/18, así como los costes unitarios de cada una de ellas. En el caso del cálculo del coste de la NPN preparada en el SF se estimó según el concierto entre la Generalitat Valenciana y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. No se han tenido en cuenta algunos costes directos, tales como mantenimiento de instalaciones (cabina de flujo laminar) y otros costes generales del hospital (luz, agua, limpieza, teléfono, etc.).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

└ Estandarizadas.

a) NPN de preparación externalizada (50,96€/unidad): 50,7% (70/138) unidades administradas (3.567,20 €) y 49,3% (68/138) desechadas (3.465,28 €).

b) NPN preparada en el SF (41,90€/unidad): 100% (10/10) de unidades administradas (419 €).

c) NPN tricameral comercial (81,12€/unidad): 100% (14/14) de unidades administradas (1.135,68 €).

└ Individualizada.

a) NPN de preparación externalizada (61,36€/unidad): 88,8% (301/339) de unidades administradas (18.469,36 €) y 11,2% (38/339) desechadas (2.331,68 €).

b) NPN preparada en el SF (46,77€/unidad): 95,5% (150/157) de unidades administradas (7.015,50 €) y 4,4% (7/157) desechadas (327,39 €).

Conclusiones

La combinación de NPN individualizada y estandarizada, externalizando o no la preparación de la misma, cubre el 100% de las necesidades nutricionales de pacientes ingresados en UCINEO, aportando flexibilidad en cuanto a la disponibilidad de tratamiento de forma ininterrumpida. Sin embargo, la externalización de los servicios supone desechar un 17% de las presentaciones (113 unidades) con un incremento del 17% del gasto (6.124 €).

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

271. EVALUACIÓN DE UNA ACCIÓN FORMATIVA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA DE LAS CABINAS DE SEGURIDAD BIOLÓGICA

AUTORES

MARTÍN DEL PUEYO A, RODRÍGUEZ CORNEJO C, CEAMANOS RENOM S, MARÍN ROMERO AM, CASTELLS LAO G, LÓPEZ CABEZAS C

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Valorar la eficacia de una acción formativa realizada por técnicos de farmacia sobre el procedimiento de limpieza de las cabinas.

MATERIALES Y MÉTODOS

La acción formativa fue diseñada por técnicos de farmacia, con la colaboración de un farmacéutico, con el objetivo de mejorar el grado de conocimiento y cumplimiento del procedimiento de limpieza, recientemente actualizado siguiendo recomendaciones de la SEFH. Incluyó: la grabación de un vídeo tutorial, una sesión presencial y un póster resumen del procedimiento de limpieza.

Para valorar la eficacia de la formación se confecciona una encuesta de diez preguntas multirrespuesta que recogen los puntos clave a seguir en la limpieza de las cabinas. Consta de dos partes: la primera, de ocho preguntas, sobre el procedimiento de la limpieza: objetivo, materiales necesarios, tiempo mínimo empleado y la importancia en el orden de ejecución. La segunda valora el grado de satisfacción de los técnicos con la información de consulta que disponen sobre el procedimiento.

En la sesión presencial se explica la técnica de limpieza de las cabinas. Se muestra el tutorial que se instala en el ordenador de trabajo de la cabina y un póster con el esquema del procedimiento a seguir que, a su vez, se instala como salva-pantallas en el mismo ordenador.

A los treinta días post-formación se vuelve a pasar la encuesta a los técnicos que asistieron a la sesión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizan dos sesiones presenciales para permitir la asistencia de los diferentes turnos de trabajo.

La encuesta inicial fue contestada por 19 técnicos, el 100% de los encuestados. La encuesta final por 16 técnicos, el 80%.



Considerando que el objetivo ideal sería un resultado del 100% de aciertos en las preguntas que hacen referencia al procedimiento de limpieza, obtenemos que el porcentaje que refleja el conocimiento sobre el procedimiento de limpieza antes de la formación es del 62%, mientras que 30 días después de la formación es del 83%. Se detectan deficiencias en la comprensión del orden de limpieza y algunos de los materiales necesarios, por lo que se insiste de nuevo en estos puntos en una nueva sesión presencial. Por otra parte, se recomienda visualizar periódicamente el video para consolidar la información.

El grado de satisfacción de los técnicos con la información a su alcance fue del 67% en la encuesta previa frente al 97% post-formación.

Conclusiones

La acción formativa ha mejorado los conocimientos de los técnicos en un 21%. La encuesta ha sido útil para identificar puntos débiles en la formación, que se han podido reforzar para mejorar el grado de comprensión.

La elevada satisfacción mostrada por los técnicos con la acción formativa muestra la buena acogida de esta vía de formación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

299. NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

SOLANA ALTABELLA A, EDO SOLSONA MD, LOPEZ BRIZ E, ALMEIDA CASIMIRO-ANTUNES FM, VAZQUEZ POLO A, CENTELLES ORIA M, BELTRAN GARCIA I, POVEDA ANDRES JL

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La Nutrición Parenteral Pediátrica Domiciliaria (NPPD) está indicada en los pacientes pediátricos con problemas de malabsorción o intolerancia intestinal de larga duración con el fin de lograr un aporte adecuado de nutrientes para su correcto crecimiento. El objetivo de este trabajo es analizar la utilización de la NPPD en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal retrospectivo en pacientes pediátricos que recibieron NPPD entre marzo de 2011 y marzo de 2018. La prescripción de las NDPD las realizó el médico responsable en consenso con el farmacéutico encargado de Nutrición Parenteral Infantil, quien envió la composición de las mismas a una empresa externa que las elaboró y envió de manera programada a los domicilios de los pacientes. Se recogieron variables demográficas, días/horas semanales de NPPD, indicación de NPPD, duración del tratamiento, complicaciones asociadas a NPPD y discontinuaciones del tratamiento. Se calculó media y desviación estándar (DE) o mediana y rango de los datos continuos. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia (%).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio llevaron NPPD 29 pacientes pediátricos (15 varones). La edad media al iniciar la nutrición fue de 6,9 (DE: 5,4) años y únicamente 2 pacientes comenzaron NPPD antes del año de edad. El peso medio al inicio fue de 17,9 (DE: 11,9) kg.

La duración total de las NPPD fue de 29.216 días, con una mediana de duración de 951 días (2,6 años) y un rango de 24 a 2.266 días. En el momento del análisis, 13 pacientes llevaban NPPD los siete días de la semana y 14 lo hacían a lo largo de las 24 horas, siendo sólo 7 los pacientes con nutrición 24 horas/7 días. La mediana de días por semana con NPPD fue de 5 (rango: 1 a 7) días y la de horas del día con NPPD fue de 15 (rango: 8 a 24) horas. Todos los pacientes recibieron aportes nutricionales orales junto a la NPPD.

La indicación principal fue síndrome de intestino corto en 19 pacientes (66%), síndrome de malabsorción intestinal en 3 (10%), diarrea crónica en otros 3 (10%) y otras causas para los 4 niños restantes.

Finalmente, 11 (38%) pacientes discontinuaron el tratamiento: 3 (10%) por exitus al progresar su enfermedad de base (angiomiolipoma renal, leucemia linfoblástica aguda y síndrome polimalformativo congénito). De los demás, en 4 (14%) se interrumpió la NPPD por mejora de la tolerancia oral (2 pacientes con intestino corto) y en otros 4 por infección relacionada con el catéter (IRC). Un total de 14 pacientes (48%) presentaron al menos un ingreso por IRC y 3 (10%) de ellos tuvieron más de una.

Conclusiones

La NPPD permite aportar los nutrientes adecuados a los niños para su correcto crecimiento, mejorando su calidad de vida y facilitando la normalización de sus actividades, aunque no está exenta de riesgos como infección del catéter endovenoso. El papel que las nuevas terapias estimulantes del crecimiento de la mucosa intestinal puedan desempeñar en estos pacientes está pendiente de definir con precisión.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

308. FORMULACIÓN URETRAL DE 5-FLUOROURACILO 17,9 MG/ML / TETRACAÍNA 84,4 MG/ML PARA EL TRATAMIENTO OFF-LABEL DE CONDILOMAS INTRAURETRALES

AUTORES

MONTERO PÉREZ O, PRADO MEL E, CABALLERO COBOS R, GARCÍA VALVERDE Á, CARRIÓN MADROÑAL IM, YÁÑEZ FERIA D

HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ. RONDA NORTE S/N. HUELVA

OBJETIVOS

Disponer de una Fórmula Magistral (FM) uretral de 5-Fluorouracilo (5-FU) y Tetracaína con forma farmacéutica de gel para el tratamiento de Condilomas Intrauretrales.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed a partir de los términos MeSH “condyloma”, “Fluorouracil” y “Urethra”, encontrando 2 casos clínicos y una revisión de 25 pacientes.

Tras revisar la bibliografía se diseña la siguiente FM:

Composición:

5-Fluorouracilo (5 g/100 mL).....5 mL

Hidrocloruro de Tetracaina gel (7,5 mg/g).....11,25 g

Material:

Cabina de Flujo Laminar Vertical de seguridad biológica 2B

Jeringa 10 mL Luer-Lock®

Trasvasador de líquidos por jeringa con filtro

Jeringa 50 mL conexión cono-catéter

Tapón obturación Luer-Lock®

Aguja de carga

Báscula

Método de elaboración:

En cabina, separar la jeringa de 50 mL del émbolo. Colocar el tapón Luer-lock® en el terminal “cono” de la jeringa.

Pesar, sobre la jeringa sin émbolo, 11,25 g de gel de Hidrocloruro de Tetracaina. Volver a introducir el émbolo cuidadosamente unos centímetros y una vez que esté seguro, quitar el tapón de la jeringa.

Cargar en jeringa de 10 mL Luer-Lock® con trasvasador de líquidos, 5 mL de 5-FU, e introducirlos en la jeringa de 50 mL a través de la punta cono.

Con el émbolo deslizado hacia atrás unos centímetros para dejar suficiente espacio, volver a taponar la jeringa de 50 mL con el tapón Luer-lock®. Agitar suavemente hasta homogenización.

Retirar cuidadosamente el tapón de la jeringa para eliminar el aire sobrante y volver a taponar. Quedará un volumen final de 15 mL.

Control de calidad:

Características organolépticas y físicas: Aspecto del producto (Gel blanquecino ligeramente opaco), olor (inodoro), consistencia (alcanza textura óptima tras 12h de refrigeración, gel consistente sin precipitados visibles).

Para comprobar la estabilidad y textura óptima del fármaco se evaluó a diario durante 10 días. Además, se aplicó la matriz de riesgo de la “Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”, obteniendo un nivel de riesgo medio, que establece un período de validez de 30h a temperatura ambiente y 9 días en frigorífico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtiene un gel blanquecino, ligeramente opaco, inodoro y muy fluidificado. La FM obtenida alcanza la textura óptima para su administración intrauretral tras 12h de refrigeración. Tras 7 días se observa ligeramente más opaco y con pequeños precipitados de 5-FU.

Como efectos secundarios, el paciente presentó escozor y molestia al miccionar durante las 24h posteriores a la aplicación.

Conclusiones

La FM diseñada reúne los requisitos para ser administrada por vía uretral. Su consistencia permite una adecuada permanencia de 5-FU en uretra. Es estable con los parámetros valorados hasta 7 días, pero se debe aplicar cuando su consistencia es óptima, por lo que se decide establecer un período de validez de 48h y se debe usar tras 12h de refrigeración. La FM fue bien tolerada por el paciente, siendo la disuria y el escozor los únicos efectos indeseables reportados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

311. ASIGNACIÓN DE MATRIZ DE RIESGO PARA PREPARADOS ESTÉRILES EN UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES

MORA HERRERA C, VARAS PEREZ A, PUIVECINO MORENO C

HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA DE CIRCUNVALACION, S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Las buenas prácticas de preparación de medicamentos son parte de garantía de calidad que asegura la preparación de medicamentos en los hospitales se realiza de acuerdo con unas normas de calidad apropiadas. Antes de preparar un medicamento el servicio de farmacia del hospital (SFH) debe realizar una evaluación de los riesgos con el fin de determinar el nivel de garantía de calidad del sistema que se debe aplicar.

El objetivo del presente estudio es evaluar la aplicación de la metodología de la matriz de riesgo de la “Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en el SFH (GBPC)” a las preparaciones estériles con la intención de actualizar los plazos de validez teóricos máximos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se contabilizaron todas las fórmulas magistrales estériles (FME) elaboradas por el Área de Farmacotecnia en Enero-2016 a Diciembre-2017. En 2º lugar, se revisaron los procedimientos de elaboración y la estabilidad fisicoquímica. En 3º lugar, se aplicaron los criterios de decisión para la evaluación de los riesgos agrupados en 6 categorías: proceso de preparación (1), vía de administración (2), perfil de seguridad (3), cantidad preparada (4), vulnerabilidad/susceptibilidad de la preparación (5) y distribución (6). Finalmente, se actualizó el plazo de validez según resultado de la matriz, y las acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2016, en el Área de farmacotecnia se prepararon un total de 3.774 preparaciones estériles (60% mezclas intravenosas, 18,35% jeringas intravítreas, y 21,65% colirios). Observándose en 2017, un crecimiento de un 194,14% (11.101 preparaciones estériles) que se corresponden a un 85,95% mezclas intravenosas, 3,45% colirios, 10,55% inyecciones intravítreas y los restantes fueron suspensiones.

Las matrices de riesgo de FME elaboradas en dicho período fueron 48: (n=17 colirios, n=17 inyecciones intravítreas, n=3 suspensiones, y n=11 mezclas intravenosas). Los criterios más susceptible de duda a la hora de la asignación fueron 2 y 4. Todas las FME obtuvieron un nivel de riesgo medio salvo dos que obtuvieron un riesgo bajo. El período de validez microbiológica y condiciones de conservación de las FME intravítreas se pudieron ampliar de 24 a 30 horas a Tª ambiente. Así como, la validez microbiológica de los colirios se amplió de 7 a 9 días en frigorífico a Tª (2°C–8°C). Pese al incremento de un 43,25% en la elaboración de mezclas intravenosas en el SFH, como áreas de mejora estudiamos 3 nuevos FME de elaboración bajo cabina de flujo laminar con ambiente controlado en el SFH podríamos ampliar hasta 12-48h con el aprovechamiento de viales y el ahorro económico que nos supondría.

Conclusiones

Tras la aplicación de la metodología de la matriz de riesgo, el período de validez de las FME evaluadas se puede ver ampliado. Encontramos discrepancias (84%) entre los procedimientos de elaboración y estabilidad utilizados en nuestro SFH y los implicados cuando analizamos la matriz por categorías, probablemente debido a la subjetividad asociada. La adaptación a los nuevos plazos de validez supone un cambio en la actividad del Área de Farmacotecnia pero implica una mayor calidad de las preparaciones y una mayor seguridad para el paciente.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

321. STABILITY STUDY OF A MAGISTRAL FORMULATION OF FUROSEMIDE SYRUP 2MG/ML

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, CHICA MARCHAL AM, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC, FERNÁNDEZ-LOBATO . B, SARRIÓ MONTÉS G, PÉREZ PÉREZ IG
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

To evaluate the physicochemical and organoleptic stability of a furosemide liquid formulation, elaborated in the pharmacy service of a tertiary hospital, for a period of 30 days.

MATERIALES Y MÉTODOS

A syrup of furosemide 2mg/mL was prepared in triplicate, starting from furosemide active principle and using as excipients simple syrup and a solution of phosphate buffer pH = 8 (previously elaborated from potassium dihydrogen phosphate and sodium dibasic phosphate anhydrous). The syrups were kept protected from light and refrigerated at a temperature between 2 and 8 °C. pH was selected as an indicator of physicochemical stability, since it is a determining factor for the stability of the active ingredient in liquid pharmaceutical forms; A Mettler Toledo SevenMulti™ pHmeter was used for its determination. The evaluated organoleptic characteristics were appearance, smell and taste. The determinations were carried out on days 0, 10, 17, 24 and 30 post-processing, after the syrups had been tempered. The study period established was 30 days, as the period of validity was referenced for this formulation according to the bibliography. The data was collected and analyzed with an Excel® 2007 table; the results were expressed as average ± standard deviation.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

The syrup under study was a clear and colorless solution, with a sweet smell and taste, not unpleasant. These organoleptic characteristics remained constant throughout the study period.

The pH also remained stable during the 30 days, registering values of 6.912 ± 0.104 in sample 1, 6.919 ± 0.101 in sample 2 and 6.901 ± 0.142 in sample 3.

Conclusiones

The syrup of furosemide 2mg/mL prepared in our service maintained the organoleptic characteristics and proved to be physically and chemically stable at the established pH, kept in a refrigerator and protected from light, and an expiration period of 30 days could be established.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

324. CONTROL DEL PH DE AMPICILINA EN SOLUCIÓN: OPTIMIZACIÓN DE SU ESTABILIDAD

AUTORES

GARCÍA GARCÍA S, ALONSO MARTÍNEZ C, BETRIU SEBASTIÀ L, ARÉVALO BERNABÉ ÁG, CAMPANY HERRERO D
VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS.. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El tratamiento de determinadas infecciones incluye la administración de dosis elevadas de ampicilina repartidas en varias tomas al día durante un periodo de tiempo prolongado. En pacientes con estabilidad clínica, la unidad de hospitalización a domicilio (HaD) permitiría realizar este tratamiento, reduciendo la estancia hospitalaria. Sin embargo, esta opción se ve comprometida por la corta estabilidad de ampicilina en solución y las limitaciones logísticas de la HaD. Dado que los betalactámicos tienen estabilidad pH-dependiente, éste es un factor sobre el que se podría actuar con la finalidad de optimizar su administración en HaD.

El objetivo de este estudio es evaluar si la adición de un tampón a una solución de ampicilina permite estabilizar el pH durante 24 horas (h) para su administración en HaD.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras revisar la bibliografía disponible, se constató que el periodo de estabilidad para una solución de ampicilina a una concentración máxima de 30 mg/mL en suero fisiológico 0.9% (SF), y temperatura de 25°C es de 8h (Trissel 16th edition). En periodos superiores a 24h pueden esperarse pérdidas superiores al 10%. También se ha descrito que el valor de pH=7.5 es el de mayor estabilidad (Maher N et al, 2016) de modo que la adición de un tampón podría estabilizar el pH de la solución de ampicilina.

Se prepararon dos soluciones de ampicilina 24 g/mL en un envase de polipropileno. La solución A contenía 12 g de ampicilina en 500 mL de SF. La solución B tamponada contenía 12 g de ampicilina y 10 mEq de fosfato monopotásico en 500 mL de SF.

Se realizaron 2 medidas sucesivas del pH utilizando un pH-metro a diferentes tiempos (t): t=0h, t=8h y t=24h.

Se determinó: pH medio y coloración mediante inspección visual a las 0h, 6h y 24h.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

-Coloración. Tras 24h de la reconstitución y dilución de ampicilina, ambas soluciones se mantuvieron translúcidas y transparentes, con una ligera coloración amarillenta (más intensa en la solución tamponada). Ambas experimentaron una evidente pérdida de coloración respecto a la que tenían a las 6h.

-pH: Los resultados para la solución A a las 0, 8 y 24 h fueron de 8.68, 8.39 y 8.22, respectivamente. En el caso de la solución B tamponada fueron de 7.54, 7.54 y 7.56, respectivamente.

El pH de la solución B se mantuvo constante a lo largo de las 24h del estudio; en cambio, en la solución A se observó una pronunciada disminución.

Conclusiones

La adición del tampón de fosfato monopotásico a la solución de ampicilina permite mantener el pH en torno a 7.5 (media = 7.54) durante 24 h a temperatura ambiente.

No obstante, sería necesario realizar estudios con técnicas que permitan evaluar directamente la estabilidad fisicoquímica de la solución de ampicilina (HPLC) y las concentraciones de la misma a las 0, 8 y 24 horas para avalar los resultados obtenidos y proceder a la implantación de un protocolo hospitalario.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

327. ELABORACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS CON 1-BROMO-3-CLORO-5,5 DIMETILHIDANTOINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

MARTÍN MARQUÉS M, DEL ESTAL JIMÉNEZ J, LÓPEZ BROSETA PA, DE DIOS LÓPEZ A, DOMINGO ROJAS A, VILASECA BLANCH I, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. DOCTOR MALLAFRÉ GASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Describir el procedimiento de elaboración de parches epicutáneos de 1-Bromo-3-cloro-5,5 dimetilhidantoina (BCDMH) y evaluar su efectividad. El BCDMH es un compuesto orgánico, usado para el mantenimiento del agua limpia, que puede ser responsable de dermatitis de contacto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 13 años que presenta episodios de lesiones cutáneas que requiere tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos que mejoran a los 3-4 días. Las lesiones aparecen siempre en contacto con agua de piscinas tratadas con componentes como cloro y bromo.

El Servicio de Alergología solicita al Servicio de Farmacia la preparación de unas pruebas epicutánea de Bromo 1%, 5% y 10%.

Por parte del Servicio de Farmacia, se realiza una búsqueda bibliográfica para determinar: la forma física del principio activo (si es principio activo puro o como medicamento), la riqueza del principio activo, la forma farmacéutica disponible, la solubilidad y los excipientes necesarios para la preparación. Se calculan las cantidades necesarias de los componentes para obtener la concentración que nos solicitan del Servicio de Alergología. La evaluación de la efectividad se lleva cabo mediante el resultado de la prueba epicutánea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se elabora una prueba epicutánea a partir de una tableta de bromo, ya comercializada, que presenta una riqueza del 92,5% y una poca solubilidad (1,5 g/l). Por estas características, se decide pesar y pulverizar el comprimido. También se pesa el excipiente, en este caso vaselina filante, que es fundida al baño maría a 70°C. Seguidamente en un mortero se incorpora el principio activo al excipiente y finalmente se realiza un control visual para comprobar la homogeneidad de la mezcla y se envasa en una jeringa etiquetada, con una caducidad de uso inmediato.

Tras la prueba epicutánea, el paciente presenta reacción en todas las concentraciones (1%, 5% y 10%) y en todos los tiempos evaluados (48 y 96 horas).

Para concluir, la elaboración de una prueba epicutánea por parte del Servicio de Farmacia es necesario conocer las características físico-químicas del principio activo, para asegurar una correcta eficacia, seguridad y estabilidad y la elaboración de una prueba epicutánea favorece el rápido diagnóstico de una reacción de hipersensibilidad.



CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

345. INCIDENCIA DE FLEBITIS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA

AUTORES

LIZARRALDE ALVAREZ A, HEREDIA LEDESMA D, GARCIA MEZA L
HOSPITAL QUIRONSAZARAGOZA. PASEO MARIANO RENOVALES S/N. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Estudiar la incidencia de flebitis y sus causas en los pacientes que han recibido nutrición parenteral periférica (NPP) en nuestro hospital y compararlas con los estudios publicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que recibieron NPP durante los años 2016 y 2017. La NPP diseñada según los requerimientos del paciente tuvo una osmolaridad entre 750 y 800 mOsm/l. El catéter de inserción periférico que se utilizó fue de poliuretano, como componente principal, y de calibre variable (18G, 20G ó 22G). Se recogieron los datos de edad, sexo, calibre del catéter, posición de la vía, aparición de flebitis y duración de la NPP. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa G-STAT mediante la prueba U de Mann Whitney. En todos los casos se consideró significación estadística valores de $P < 0.05$

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total 40 pacientes con edades comprendidas entre 32 y 87 años; de los cuales 15 eran mujeres y 25 hombres. La media de días con NPP fue de 6,175 y la mediana de 5.

El 30% de pacientes que recibieron NPP presentaron flebitis. Este dato se corresponde con los publicados en la bibliografía. De los pacientes que presentaron flebitis el 83% recibieron NPP más de 4 días.

Tras analizar la relación entre la duración de NPP y la aparición de flebitis observamos que en aquellos pacientes con duración de más de 4 días hay diferencias estadísticamente significativas. $P > 0,05$.

Así mismo también se puede observar que la incidencia de flebitis es mayor en pacientes con tamaño de catéter de 18G respecto a 20G y 22G (40% y 33% superior respectivamente).

Conclusiones

En este estudio se han podido asociar los diferentes factores de riesgo con la aparición de flebitis en pacientes con NPP. Se ha observado una relación de la incidencia de flebitis con el número de días que el paciente recibe NPP y el calibre del catéter.

En base a estos resultados el algoritmo de decisión de nuestro hospital recoge que si el paciente va a estar más de 4 días con nutrición parenteral la opción recomendada sea la administración por vía central; de este modo también se asegura que el paciente pueda recibir aporte calórico completo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

365. RECOMENDACIONES DE MANEJO Y CONSERVACIÓN DE COLIRIO DE TACRÓLIMUS: EVALUACIÓN DE GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES

AUTORES

GONZÁLEZ FURELOS T, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ A, FUSTER SANJURJO L, RODRÍGUEZ PENÍN I
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. AVENIDA DE LA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar el grado de conocimiento de los pacientes sobre las recomendaciones de manejo y conservación del colirio de tacrolimus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal desarrollado entre 01/04/2018 y 30/04/2018. Población: Pacientes a tratamiento con colirio de tacrolimus 0.03% elaborado y dispensado en el Servicio de Farmacia de un hospital de segundo nivel.

Se diseñó una encuesta con preguntas sobre: a) datos demográficos (sexo y edad), b) administración: 1 cerrada de respuesta múltiple (quién administra), 2 abiertas de respuesta elaborada construida (frecuencia y número de gotas) y 6 cerradas con respuesta alternativa simple (check-list de precauciones durante la administración) y c) almacenamiento, transporte y desecho: 3 cerradas de respuesta múltiple y d) consulta de fecha de caducidad: 1 cerrada con respuesta alternativa simple.

Tras solicitar la participación anónima y voluntaria se entregó la encuesta a 57 pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Veintidós encuestas fueron cumplimentadas, porcentaje de participación 38,6%; edad mediana (n=21): 54 años (37-60), 68.2% mujeres.

El paciente afirmó administrarse el colirio en un 68,2% de los casos y en un 27.3 % lo hizo un familiar. La frecuencia de administración (n=21) mayoritaria fue cada 12 horas (63,6%) seguido de cada 24 horas (27.3%), en un paciente la frecuencia era cada 15 horas. El número de gotas administradas cada vez que se aplica el colirio (n=20) fue de 1 gota en el 75%.

Afirmaron lavarse las manos antes de administrar el colirio (n=22) el 86.3% y volver a lavárselas después de administrarlo (n=21) un 72.7% de los casos. La totalidad de los pacientes administraron correctamente el colirio (bajando el párpado y aplicando la gota en el saco conjuntival). El 95.5% de pacientes evitó el contacto del frasco con piel o con el ojo. El 72.7% de los pacientes presionaban el lagrimal con el dedo. De los 22 pacientes, 15 se aplicaban más de un colirio y de ellos 13



esperaban al menos entre 10-15 minutos para administrarse el siguiente.

El 50% de los participantes afirmaron seguir correctamente todos los pasos incluidos en el check-list de precauciones durante la administración.

La totalidad de los pacientes almacenaban correctamente el colirio en nevera; sin embargo el transporte del colirio (n=21) en 42.8% fue en nevera portátil, 38.0% en bolsa y en un 19% en un medio distinto. Un 72.7% reconoció desechar el colirio en la farmacia del hospital, un 22.7% en la basura y un 4.5% en el centro de salud. El 90.4% de los pacientes saben comprobar la fecha de caducidad y la comprueban.

Conclusiones

La encuesta demuestra un alto grado de conocimiento de los pacientes acerca del almacenamiento, comprobación de fecha de caducidad y las precauciones durante la administración del colirio de tacrolimus. A pesar de ello tan solo el 50% cumplen todas las precauciones de administración.

Entre los aspectos detectados sobre los que se debería incidir durante la educación del paciente destacarían la conservación de la cadena de frío y, al tratarse de un medicamento peligroso, el lavado de manos y desecho del colirio en la Farmacia del Hospital.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

373. FORMULACIÓN MAGISTRAL DE COLIRIOS DE GENTAMICINA, LATANOPROST Y TIMOLOL EN LA REPÚBLICA ÁRABE SAHARAUI DEMOCRÁTICA

AUTORES

FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ N, CASTELLS LAO G, MENSA VENDRELL M, LÓPEZ CABEZAS C, DEL CACHO DEL CACHO ME, CODINA JANE C

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/ VILLAROEL 170 08036. BARCELONA

OBJETIVOS

El laboratorio de producción de medicamentos de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) contribuye a mejorar la salud de su población mediante la formulación magistral de diferentes medicamentos incluyendo cápsulas, cremas, jarabes y gotas óticas. Los desabastecimientos frecuentes y la necesidad de tratar patologías oculares como el glaucoma motivaron los objetivos del presente estudio: i) Diseño de 4 formulaciones magistrales de colirios, ii) Formación del personal técnico local y iii) Elaboración de las formulaciones en el laboratorio del RASD

MATERIALES Y MÉTODOS

Se formó un grupo de trabajo compuesto por 1 técnico en farmacia y 3 farmacéuticos hospitalarios. Durante las semanas previas a la estancia en terreno se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración de las guías de fabricación de colirios de gentamicina 0,3%, latanoprost 50mcg/mL y timolol 0,25% y 0,5% en el servicio de Farmacia.
- Producción de lotes (18-20 unidades) de las diferentes formulaciones magistrales.
- Realización de controles de calidad osmolaridad, pH, esterilidad y control de volumen final.
- Grabación de vídeos formativos con los siguientes tópicos: vestimenta en el área de preparación, elaboración de los colirios, limpieza de la cabina de flujo laminar.

Durante la estancia de cooperación (6 días) las actividades previstas para conseguir los objetivos fueron:

- Realización de sesiones teóricas impartidas por un técnico de farmacia y un farmacéutico
- Formulación magistral de los colirios y realización de los controles de calidad con el personal local

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron dos sesiones formativas a todos los técnicos (una al inicio y otra al finalizar la visita) dónde se expusieron los vídeos previamente grabados. Los colirios se fabricaron según referencias bibliográficas validadas. Dos técnicos locales formularon un total de 54 colirios (18 de timolol 0,5%, no fue posible realizar timolol 0,25% por falta de tiempo, 18 de latanoprost 50mcg/mL y 18 de gentamicina 0,3%) siguiendo los procedimientos previamente validados. En las 4 formulaciones se incluyeron cloruro de benzalconio como conservante, una solución tampón fosfato (pH=8) y suero fisiológico al 0,9% como vehículo. Además, el colirio de latanoprost 50mcg/mL requirió la adición de Polisorbato (tween 20) como disolvente del principio activo. Los resultados de los controles de calidad en nuestro hospital fueron: osmolaridad 285-291 mOsm/L, pH: 6,8-7, esterilidad negativa y el control final de volumen correcto. En los campamentos, los resultados de los controles fueron: pH 6,5-7,1, esterilidad negativa, control de volumen final correcto. La osmolaridad no se pudo medir ya que no se disponía del equipo necesario y se recogieron muestras para ser evaluadas a posteriori. La formulación magistral de colirios contribuirá al acceso al tratamiento de patologías oftálmicas en los campamentos de refugiados saharauis. Se fabricaron satisfactoriamente las formulaciones magistrales. La formación de los profesionales sanitarios locales es un factor determinante para la autonomía y desarrollo de la población en los campamentos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

377. CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA DE MICAFUNGINA Y ANIDULAFUNGINA PARA SU ADMINISTRACIÓN MEDIANTE NEBULIZACIÓN

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, TERRADAS CAMPANARIO S, COMPANY HERRERO D, GARCÍA ORTEGA P, SANTULARIO VERDÚ L, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA



OBJETIVOS

En algunos pacientes trasplantados pulmonares, la infección causada por determinadas especies de hongos altamente resistentes a los antifúngicos convencionales requiere, junto con la farmacoterapia sistémica, el uso de un antifúngico vía nebulizada.

La administración de fármacos por esta vía, permite alcanzar altas concentraciones a nivel local con una mínima exposición sistémica lo que, generalmente, se traduce en una mayor eficacia y un menor número de efectos adversos sistémicos.

La literatura sugiere que valores extremos de pH y osmolaridad, así como la ausencia de cloruros en los preparados para nebulización y la presencia de los excipientes edetato sódico y cloruro de benzalconio pueden producir tos y/o broncoconstricción.

Actualmente, los únicos antifúngicos de los que se dispone de información para su administración nebulizada son anfotericina, pentamidina, nistatina, caspofungina y posaconazol.

El objetivo de este estudio consiste en valorar experimentalmente si los antifúngicos micafungina y anidulafungina poseen valores de pH, osmolaridad y contenido en cloruros adecuados para ser administrados mediante nebulización, dado que su ficha técnica sólo contempla la vía endovenosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo las determinaciones analíticas se emplearon las presentaciones comerciales de polvo concentrado para solución para perfusión 100 mg y se prepararon a partir de ellas dos concentraciones diferentes de cada equinocandina, 5 mg/mL y 10 mg/mL, utilizando cloruro sódico al 0.9% como diluyente.

Para cada una de las muestras se realizaron las determinaciones de osmolaridad y contenido en cloruros por triplicado en el Servicio de Bioquímica del Hospital. La determinación de pH se realizó en el Servicio de Farmacia mediante el pH-metro Testo 206, también por triplicado, pero solamente con la concentración de 5mg/mL, ya que esta no afecta al valor de pH. Las concentraciones estudiadas permitirían la administración de volúmenes adecuados para la nebulización de una dosis de 50 mg.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, expresados como media (desviación estándar), para la muestra de micafungina 5 mg/mL fueron: pH = 5.80 (0.14); osmolaridad = 293.33 (1.53) mOsm/kg y contenido en cloruros = 134.67 (0.58) mmol/mL; y para la muestra de 10 mg/mL: osmolaridad = 342.00 (1.00) mOsm/kg y contenido en cloruros = 139.67 (0.58) mmol/mL. Para la muestra de anidulafungina 5mg/mL fueron: pH = 4.22 (0.01); osmolaridad = 464.67 (2.52) mOsm/kg y contenido en cloruros = 137.00 (0.00) mmol/mL; y para la muestra de 10 mg/mL: osmolaridad = 656.33 (1.15) mOsm/kg y contenido en cloruros = 132.00 (0.00) mmol/ml.

Los valores de pH y osmolaridad obtenidos en las muestras de micafungina y anidulafungina 5 mg/ml y 10 mg/ml, así como el contenido en cloruros, se encuentran dentro de los intervalos aceptados para una correcta tolerancia por vía nebulizada (pH = 2.6-10; osmolaridad = 150-1200 mOsm/kg; cloruros = 31-300 mmol/mL). Además, las preparaciones no contienen ningún excipiente relacionado con la producción de tos y/o broncoconstricción. Destacar que sólo serían resultados válidos para las marcas comerciales empleadas.

A parte de los parámetros analizados, otros factores como la viscosidad de la solución y el tipo de nebulizador utilizado deben tenerse en cuenta para asegurar una liberación eficaz del fármaco a nivel pulmonar.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

393. GRADO DE ADECUACIÓN ENERGÉTICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AUTORES

MUÑOZ GARCÍA I, CHICA MARCHAL AM, GARCÍA ZAFRA MV, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, NÚÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARIA C, MIRA SIRVENT MC
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar el grado de adecuación energética de la nutrición parenteral (NP) a las necesidades del paciente hospitalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, desde mayo de 2017 hasta marzo-2018, donde se incluyeron todos los formularios de prescripción de NP recogidos en el programa de historias clínicas (Selene®). El formulario incluye información demográfica (sexo y edad), datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal (IMC)), clínicos y nutricionales. Para cada formulario se calculó el gasto energético basal, mediante las fórmulas de Harris-Benedict empleando el peso ajustado si el IMC \geq 27 kg/m², y el gasto energético total (GET), incluyendo los factores de estrés y actividad.

Igualmente se calcularon los aportes energéticos diarios de las NP prescritas, que se clasificaron en individualizadas, si eran elaboradas de forma específica para cada paciente, y en tricamerales, si correspondían a NP comercializadas sin posibilidad de modificar el aporte calórico.

Se asumió una diferencia entre el aporte calórico de la NP y el GET del \pm 10%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtuvieron un total de 2662 prescripciones de NP. De éstas se descartaron 703 por imposibilidad de realizar el cálculo del GET por falta de datos. De las 1959 restantes, se excluyeron 59 prescripciones por falta de cumplimentación del contenido nutricional de la preparación en el formulario. El resultado final fueron 1900 prescripciones de NP, correspondiente a 296 pacientes, 61,15% hombres, con una media de edad de 63,55 años (\pm 16,65), y un IMC medio de 25,73 kg/m² (\pm 5,61).

En 726 (38,21%) de los formularios obtenidos, el aporte energético de la nutrición parenteral se adecuaba al GET del paciente, asumiendo una diferencia entre ambos valores del $\pm 10\%$. En 143 (19,70%) formularios se prescribió un NP tricameral, y en los 583 (80,30%) restantes las NP fueron individualizadas. El aporte calórico de la NP superó el GET en 415 (21,84%) de las prescripciones, de las que 87 (20,96%) correspondía a NP tricamerales y 328 (79,04%) a individualizadas. En 759 (39,95%) de los formularios obtenidos el aporte energético de la NP fue inferior al GET, en los que se prescribieron NP tricamerales en 424 (55,86%) formularios y 335 (44,14%) fueron NP individualizadas.

Conclusiones

En la mitad de los pacientes ingresados que reciben NP, el aporte calórico de la misma está por debajo de los requerimientos energéticos del individuo. En ellos se observa en mayor medida la utilización de las NP tricamerales frente a las individualizadas.

El aporte energético del paciente ingresado supone un pilar más en su tratamiento, por lo que la adecuación de la NP a éste hace necesaria una exhaustiva validación e individualización de la NP.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

406. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO Y EVALUACIÓN ECONÓMICA TRAS PREPARACIÓN CENTRALIZADA DE JERINGAS PRECARGADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

RAMÍREZ CÓRCOLES A, PAGAN NUÑEZ FT, PARDO SANCHEZ R, ALFONSÍN DIÉGUEZ Y, RIAZA TÉBAR MM
GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE ALMANSA. AVENIDA CIRCUNVALACIÓN S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Aflibercept intravítreo está indicado en degeneración macular asociada a la edad (DMAE), oclusión de rama venosa retiniana (ORVR), edema macular diabético (EMD) y neovascularización coroidea miópica (NVCM). El objetivo del estudio fue el análisis de utilización de aflibercept intravítreo y evaluación económica tras la centralización de la preparación de jeringas precargadas de aflibercept en la unidad de mezclas intravenosas (MIV) del Servicio de Farmacia (SF).

MATERIALES Y MÉTODOS

En enero 2015 se inició la administración de aflibercept 2 mg intravítreo en el hospital, pactándose con el Servicio de Oftalmología la agrupación de los pacientes en un mismo día para su administración en quirófano dispensándose el vial completo. A partir de enero 2017 se comenzaron a elaborar las dosis individualizadas para cada paciente en la unidad de MIV del SF.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo desde enero de 2015 hasta abril 2018, en el que se analizó la utilización de aflibercept intravítreo así como el ahorro económico que supone la centralización de la preparación de jeringas precargadas de aflibercept en el SF. Los datos fueron obtenidos del programa informático Farmatools® y de una base de datos Excel® elaborada por el SF donde se registraban número historia clínica, paciente, edad, indicación y número de administraciones por paciente. Para el cálculo de los costes se ha considerado PVL -7,5% RD + 4% IVA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio fueron tratados con aflibercept intravítreo un total de 95 pacientes, 47 hombres (49,5%) y 48 mujeres (50,5%) con una edad media de 76 ± 11 años. La indicación más frecuente fue DMAE (49,4%), seguida de EMD (23,3%), ORVR (13,7%) y NVCM (10,6%). Durante 2015-2016, previo a la centralización de la preparación en el SF, fueron administradas 69 dosis con las que se trataron a 22 pacientes y se utilizaron un total de 36 viales. A partir de enero de 2017 hasta abril de 2018 se han utilizado 98 viales de los que se obtuvieron en el SF 322 jeringas precargadas tratándose a 73 pacientes, el número total de administraciones fue de 315. Se calculó el índice nº dosis/vial, siendo en el periodo anterior a la preparación desde el SF (2015-2016) de 1.91 y el coste por dosis de 320,58€. En el periodo 2017-2018 este índice aumentó a 3.28, lo que supone 186,67€/dosis. Estos datos ponen de manifiesto la optimización del fraccionamiento de dosis mediante la preparación centralizada de jeringas precargadas de aflibercept en el SF.

Conclusiones

Se observa una tendencia ascendente del número de pacientes en tratamiento con aflibercept intravítreo, lo que se traduce en un aumento del gasto sanitario. Desde el inicio de la preparación de dosis individualizadas en el SF se ha producido un ahorro del 42% (43.160 €) lo que contribuye a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

407. ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y TOLERANCIA DE UNA SOLUCIÓN DE ARGININA- LISINA PARA NEFROPROTECCIÓN EN TRATAMIENTO CON 177LU-DOTATATE.

AUTORES

MELERO MORENO MM, CENTELLES ORIA M, VALERO GARCÍA S, VILA CLÉRIGUES MN, LÓPEZ BRIZ E, POVEDA ANDRÉS JL

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA. FDO ARIL MATORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

La terapia radionúclida de receptores peptídicos con análogos de la somatostatina (177Lu-DOTATATE) constituye una opción terapéutica en pacientes con tumores neuroendocrinos con enfermedad metastásica. Para conseguir una adecuada protección renal, sin disminuir la captación tumoral, aminoácidos como la L-arginina y la L-lisina disminuyen significativamente la concentración renal del radiotrazador. La no disponibilidad de especialidades farmacéuticas a las



concentraciones requeridas hace necesaria su elaboración por parte del Servicio de Farmacia.

Describir la elección de vehículo y elaboración de la solución de arginina/lisina, cuantificar su uso y evaluar su tolerancia y efectividad en la nefroprotección del tratamiento con ^{177}Lu -DOTATATE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración se partió de materia prima en polvo de L-arginina CIH y L-lisina CIH, preparando una solución al 2,5% de cada aminoácido en un volumen final de 1 L. El vehículo se eligió de acuerdo con el contenido en cloro y los valores de pH y osmolaridad (medición por triplicado de tres lotes elaborados con NaCl 0,9% y tres con agua para inyección (API)). El número de elaboraciones efectuadas y de pacientes tratados entre marzo de 2015 y mayo de 2018 se obtuvieron de la base de datos del área de farmacotecnia. Los datos de tolerancia a la infusión y de efectividad se obtuvieron de la historia clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La media (\pm SD) de pH y osmolaridad de las preparaciones con API fue de 5,63 (\pm 0,03) y 418 mOsm/Kg (\pm 4,68) respectivamente, con un contenido en cloro de 9,06 g/L (255 mEq/L). Las preparaciones con NaCl 0,9% presentaron un pH y osmolaridad medios de 5,75 (\pm 0,03) y 687 mOsm/Kg (\pm 4,12), con 14,52 g/L (409 mEq/L) de cloro. Se eligió el API como vehículo por su osmolaridad más fisiológica y menor contenido en cloro. La preparación se consideró de alto riesgo según la Guía de Buenas Prácticas y se elaboró en cabina de flujo laminar horizontal utilizando material estéril y realizando doble filtración esterilizante. Por cuestiones organizativas se inicia la elaboración el día anterior a la administración, realizando la segunda filtración esterilizante y envasado en bolsa EVA previo a iniciar la perfusión de 4 horas por vía periférica.

Durante el periodo de estudio se trataron 22 pacientes, todos ellos con diagnóstico de tumor neuroendocrino con enfermedad metastásica, para los que se elaboraron 74 soluciones. La mayoría (n=13) recibieron 4 administraciones. Cuatro pacientes recibieron 1 vez la solución; a uno se le administró 2 veces; dos pacientes recibieron 3 administraciones y otros dos recibieron 5.

Un paciente experimentó deterioro de la función renal 8 días tras la primera dosis (creatinina inicial 1,21 mg/dL, final 2,35 mg/dL). No se observaron reacciones adversas derivadas de la infusión de los aminoácidos ni alteración de la función renal en los otros pacientes. Estos datos avalan la seguridad y efectividad nefroprotectora de la solución elaborada. La elaboración de la solución de arginina CIH 2,5% y lisina CIH al 2,5% usando API como vehículo no ha producido reacciones infusionales o de tolerancia durante el periodo de estudio, siendo efectiva en la protección renal frente a la administración de ^{177}Lu -DOTATATE.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

413. SELECCIÓN DE FÓRMULAS NUTRICIONALES PARA UNA GUÍA TERAPEUTICA PEDIÁTRICA

AUTORES

MUÑOZ GARCÍA I, CHICA MARCHAL AM, CORTÉS MORA P, VINEY . AC, NÚÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, JUEZ SANTAMARIA C, MARTÍNEZ PENELLA M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Seleccionar las fórmulas nutricionales enterales que cubran las necesidades nutricionales en la población pediátrica hospitalizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo desde Octubre-2016 hasta Diciembre-2016 en un hospital de tercer nivel, donde se incluyeron todas las fórmulas nutricionales enterales comercializadas en España para la población pediátrica. Se empleó como fuente de información las composiciones detalladas de las distintas fórmulas. Se excluyeron las fórmulas para el tratamiento de enfermedades de errores congénitos del metabolismo.

Los criterios nutricionales empleados para la población pediátrica fueron: Normoproteica si aporta ente el 9-15% del valor calórico total, el aporte de grasas debe contribuir al 34-45% del valor calórico total y emplear como fuente el aceite vegetal, los hidratos de carbono deben aportar el 44-56% del valor calórico total a base de almidón y dextrinomaltosa. Los electrolitos y minerales se deben adecuar al 100% de las "Reccomended daily intake" y pueden contener o no fibra. El grado de fraccionamiento molecular puede incluir poliméricas u oligo-monoméricas. La osmolaridad debe oscilar entre 400-500 mOsm/L y la densidad energética divide a las fórmulas entre normocalóricas (1 kcal/mL) e hipercalóricas (> 1,2 kcal/mL).

Las fórmulas seleccionadas se clasificaron en función de la edad, la funcionalidad gastrointestinal (GI) y los requerimientos energéticos.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtuvieron un total de 19 fórmulas nutricionales, de las que seleccionaron para la guía 12, clasificadas:

- Para niños menores de 1 año: Con función GI normal: fórmula adaptada (para requerimientos energéticos normales) y fórmula polimérica para lactantes y módulos de suplementación de la leche materna (para requerimientos aumentados). Con función GI alterada: fórmula sin lactosa, semielemental y elemental (para requerimientos normales) y fórmulas hipercalóricas parcialmente hidrolizadas (Infasource®) e hidrolizadas (Infatrini peptisorb®) para requerimientos aumentados.

- Para niños mayores de 1 año: Se seleccionaron fórmulas poliméricas; normocalóricas con fibra (Fortini 1.0 multifibre®) y sin fibra (Ensure junior drink®), e hipercalóricas con fibra (Febrini energy fibre drink®) y sin fibra (Ensure junior plus®). Así

como fórmulas oligo-monoméricas normoproteicas (Novasource junior®).

Las fórmulas incluidas y no seleccionadas para la guía fueron 7 y se clasificaron con los mismos criterios con el fin de conocer las alternativas en posibles desabastecimientos.

Conclusiones

La elección de la fórmula constituye la fase más importante al instaurar una nutrición enteral. Decidir la fórmula más acertada es una tarea complicada por los numerosos factores que hay que tener en cuenta y la gran cantidad de preparados disponibles en el mercado.

La elaboración de esta guía ha permitido facilitar la toma de decisiones para instaurar la nutrición enteral en la hospitalización pediátrica. Así mismo, simplifica la gestión de estos preparados y unifica criterios entre los profesionales implicados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

425. RESULTADOS EN SALUD Y COSTE DE UNA FÓRMULA ESPECÍFICA PARA DIABETES VERSUS FÓRMULA ESTÁNDAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

AUTORES

ALAÑÓN PARDO MM, MARCOS DE LA TORRE A, NOTARIO DONGIL C, PROY VEGA B, GÓMEZ LLUCH MT, ANDRÉS NAVARRO N

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LA MANCHA-CENTRO. AVENIDA DE LA CONSTITUCIÓN, Nº 3. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Comparar la efectividad, seguridad y coste de una fórmula enteral específica para diabetes (FED) frente a una fórmula estándar (FST) en pacientes diabéticos hospitalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes ≥ 18 años diagnosticados de diabetes mellitus que recibieron nutrición enteral (NE) completa con FED ó FST por sonda enteral/ostomía durante ≥ 5 días consecutivos desde 1 agosto 2016 hasta 31 agosto 2017 en un hospital general con 350 camas. Se hizo seguimiento hasta 30 abril 2018. Criterios de exclusión: pacientes ingresados en UCI y pacientes que habían recibido ambos tipos de fórmulas durante el mismo ingreso. La proporción de carbohidratos/lípidos/proteínas con respecto al aporte calórico total fue 45/38/17 para FED y 54/30/16 para FST. Ambas fórmulas fueron normocalóricas (1 Kcal/mL). Variables analizadas: clínico-demográficas (edad, sexo, número y tipo de comorbilidades), bioquímicas [glucemia (mg/dL) al inicio de la NE (GLU-0) y a los 5 días (GLU-5)], farmacológicas [insulinas y/o antidiabéticos orales (ADO)], variables relativas al soporte nutricional [tipo de NE (FED/FST), vía de administración (sonda enteral/ostomía)], variables de efectividad [control glucémico (GLU-5 < 180 mg/dL), duración de estancia hospitalaria (EH) (días), mortalidad intrahospitalaria y a los 90 días, nº reingresos y nº visitas a urgencias], variables de seguridad (hipoglucemia, náuseas/diarrea, infección) y económicas [coste directo de NE (PVP+IVA)]. Fuentes consultadas: historia clínica, programas de prescripción electrónica y gestión económica. Análisis estadístico (IBM-SPSS v.15): Chi-cuadrado para comparar variables cualitativas; prueba "T" Student ó Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas. Se aplicó Shapiro-Wilk para comprobar si las variables cuantitativas seguían distribución normal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 42 pacientes diabéticos (edad media: $83,6 \pm 9,3$ años, 59,5% mujeres, 40,5% ostomizados): 33 con FED y 9 con FST. Comorbilidades ($2,3 \pm 1,1$ comorbilidades/paciente): hipertensión (88,1%), dislipemia (38,1%), cardiopatía (28,6%), enfermedad cerebral (45,2%), nefropatía (21,4%), retinopatía (4,8%). El 57,1% recibió ADO; 42,9%, insulina glargina. Al comparar las características basales entre FED vs. FST, sólo se encontraron diferencias significativas ($p=0,001$) en la mediana de GLU-0 (158 vs. 115,5 mg/dL). Las FED fueron asociadas con una reducción significativa de la mortalidad a los 90 días con respecto a las FST (39,4% vs. 77,8%, $p=0,041$). Coste de FED vs. FST: 0,99 vs. 0,44 €/1.000 Kcal. La mediana del coste total de la NE administrada durante la EH fue superior ($p=0,017$) con FED (7,4 € vs. 4,9 €). No se observaron diferencias significativas entre FED vs. FST con respecto al porcentaje de pacientes con GLU-5 < 180 mg/dL (77,8% vs. 100%, $p=0,143$), la mediana de EH (18,0 vs. 16,5 días, $p=0,202$), nº reingresos (1,0 vs. 1,5, $p=0,525$), nº visitas urgencias (1,0 vs. 1,5 $p=0,810$), mortalidad intrahospitalaria (6,1% vs. 22,2%, $p=0,143$) e incidencia de hipoglucemias (9,1% vs. 11,1%, $p=0,855$), náuseas/diarreas (11,1% vs. 12,1%, $p=0,934$), infecciones (45,5% vs. 66,7%, $p=0,259$).

Conclusiones

Según nuestra experiencia, la utilización de FED en pacientes diabéticos hospitalizados parece relacionarse con una reducción significativa de la mortalidad durante el seguimiento a corto-medio plazo, mostrando un perfil similar de efectos adversos y mayores costes que las FST. Sin embargo, se necesitarían otros estudios con mayor tamaño muestral para confirmar nuestros resultados.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

427. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICOQUÍMICAS Y VALIDACIÓN MICROBIOLÓGICAS DE DIFERENTES FORMULACIONES DE ACETILCISTEÍNA COLIRIO 10% UTILIZADAS EN QUERATOCONJUNTIVITIS FILAMENTOSA

AUTORES

PRAT RIERA A, CONEJO MARIN I, JUANES BORREGO E, VEGA HANNA L, RODRIGUEZ JIMENEZ M, GARCÍA OSUNA Á, RIERA ARMENGOL P, GARIN ESCRIVA N

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/SANT QUINTÍ 89. BARCELONA



OBJETIVOS

Comparar dos preparaciones de colirio de acetilcisteína al 10% formuladas a partir de presentaciones comerciales y evaluar su estabilidad fisicoquímica y validación microbiológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de las distintas formulaciones de colirio de acetilcisteína al 10% descritas en la literatura a partir de presentaciones comerciales disponibles por vía parenteral (Flumil® y Hidonac® antídoto). Se seleccionaron dos considerando la viabilidad técnica de fabricación para evaluar sus características fisicoquímicas y validación microbiológica: Fórmula A: Flumil® 100 mg/ml solución inyectable 10 mL; Fórmula B: Hidonac® 200 mg/ml antídoto 5 mL+ lágrimas artificiales (Liquifilm lágrimas®) 5 mL.

Ambas formulaciones se prepararon en cabina de flujo laminar vertical siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de preparación de medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria. Se elaboraron tres lotes de cada solución. De cada lote se procesaron muestras por triplicado acondicionadas en frasco de colirio BEXEN®. Se almacenaron en nevera a 2-8°C, humedad relativa del 60% y protegidas de la luz. Las muestras fueron analizadas a tiempo 0, +7, +14, +21 y +28 días post-preparación.

Los parámetros fisicoquímicos evaluados fueron: presencia de partículas y cambio de color (valoración cualitativa por dos observadores diferentes), pH (determinado por potenciometría) y osmolaridad (valoración en osmómetro de descenso crioscópico). La estabilidad microbiológica se valoró, a cada tiempo de estudio, por cultivo en frascos de hemocultivo BACT/ALERT PF Plus aerobio® incubado a 37° durante 48h.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

No se observaron partículas ni cambios en el color durante los 28 días de estudio en ninguna de las dos formulaciones. El pH se mantuvo estable en ambos preparados, considerándose adecuado para la administración ocular (resultados expresados como media \pm desviación estándar). Resultados de pH: Fórmula A: t0 = 6,79 \pm 0,01; t7 = 6,76 \pm 0,06; t14 = 6,76 \pm 0,03; t21 = 6,75 \pm 0,03; t28 = 6,75 \pm 0,04. Fórmula B: t0 = 6,83 \pm 0,02; t7 = 6,84 \pm 0,02; t14 = 6,82 \pm 0,02; t21 = 6,82 \pm 0,02; t28 = 6,86 \pm 0,02.

La osmolaridad obtenida fue muy superior a la deseada (200-600 mOsm/L), siendo las dos preparaciones marcadamente hiperosmolares. Ambas fórmulas mantuvieron osmolaridades homogéneas durante los días de estudio y éstas fueron ligeramente superiores en la Fórmula B. Resultados Fórmula A: t0 = 1310 \pm 6,42; t7 = 1316 \pm 8,44; t14 = 1312 \pm 19,69; t21 = 1309 \pm 17,52; t28 = 1297 \pm 8,14; Resultados fórmula B: t0 = 1490 \pm 17,17; t7 = 1485 \pm 24,93; t14 = 1488 \pm 12,27; t21 = 1489 \pm 159,54; t28 = 1490 \pm 15,16. La elevada hiperosmolaridad de este colirio está descrita en la bibliografía.

No se observó crecimiento bacteriano en las muestras cultivadas para las formulaciones estudiadas.

Conclusiones

Las dos fórmulas evaluadas tienen características fisicoquímicas similares a nivel de pH e inspección visual. La fórmula A, al no requerir la adición de vehículo, minimiza la manipulación y el riesgo potencial de incompatibilidades entre ambos productos. Las dos fórmulas presentan una elevada hiperosmolaridad, por encima de lo normalmente deseado en fórmulas oftalmológicas, con valores ligeramente inferiores en la fórmula A.

Por otra parte, la validación microbiológica permite ampliar el plazo de validez de acetilcisteína colirio partiendo de solución inyectable hasta los 28 días, contribuyendo a optimizar la gestión interna de este tipo de preparaciones.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

429. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD EN LA ELABORACIÓN DEL COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO 20% EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

GONZÁLEZ DE LA ROSA C, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, ESQUINAS PADIN A, GONZÁLEZ AVILÉS C, VICO GARCÍA V, CASTRO FIUZA MJ, RODRÍGUEZ LABRADOR J, NOGALES REY GL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES. AVDA. MARIE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Los listados de verificación (LV) son herramientas útiles para mejorar la seguridad del paciente. En la elaboración de colirios de suero autólogo 20% (CSA20%) es esencial evitar riesgos de seguridad derivados de la incorrecta identificación del paciente, sus muestras de sangre y los colirios elaborados. Se pretende describir el diseño e implantación de un LV dirigido a la detección precoz de errores por incorrecta identificación del paciente durante el proceso de elaboración del CSA20%.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron todas las fases de la elaboración del CSA20%, detectándose como punto crítico de seguridad y calidad en la elaboración la identificación inequívoca del paciente durante todo el proceso. Se diseñó un listado de preguntas (LV) dirigido al personal elaborador, que permitiera la comprobación rápida y estructurada de la identificación del paciente, su sangre y el CSA20% elaborado. El LV se incorporó a las hojas de elaboración del CSA20% para su cumplimentación por todo el personal implicado antes y después de la elaboración del colirio. Para evaluar la efectividad de la medida implantada, se registraron y contabilizaron el número de errores de identificación de pacientes 10 meses antes y 10 meses después de la implantación del LV.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se diseñó un cuestionario con 12 preguntas de respuesta dicotómica (SI/NO), dirigidas a evitar la confusión en la identidad del paciente y la mezcla de las muestras de sangre y hemoderivados elaborados de diferentes pacientes. Las 8 primeras preguntas debían repasarse y contestarse antes de la elaboración del colirio por todo el personal elaborador,



y contemplaban aspectos como: adecuada identificación del paciente, sus muestras de sangre, guía de elaboración y etiquetas identificativas para CSA20%, así como idoneidad del material necesario para la elaboración. Si durante el proceso de chequeo se contestaba “NO” a alguna de las preguntas, el personal elaborador debía realizar las acciones oportunas para subsanar esta incidencia y el colirio no debía elaborarse hasta solucionarla. Las 4 últimas preguntas del LV, debían chequearse tras finalizar la elaboración del CSA20%, y estaban dirigidas a asegurar que el CSA20% elaborado, las muestras para control de calidad y la documentación de la elaboración estaban correctamente identificados y cumplimentados, y no se habían producido errores por confusión con preparados de otros pacientes. Entre febrero-noviembre de 2016, 828 colirios fueron elaborados detectándose de forma precoz 1 error por incorrecta identificación del paciente. En los 10 meses posteriores (diciembre 2016-septiembre-2017), se elaboraron un total de 972 CSA20%, detectándose precozmente un total de 15 errores de identificación con la implementación del LV.

Conclusiones

La implantación del LV en la elaboración del CSA20% ha permitido incrementar la detección precoz de errores por incorrecta identificación del paciente, sus muestras y hemoderivados elaborados en un 92,2%, lo que puede haber contribuido a mejorar la seguridad y la calidad del proceso de elaboración del colirio.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

447. DESARROLLO GALÉNICO DE UNA FÓRMULA MAGISTRAL DE CARBOCISTEÍNA 10% + UREA 5% PARA EL TRATAMIENTO DE LA ICTIOSIS LAMELAR

AUTORES

GONZALEZ FREIRE L, DAVILA POUSA MC, GIMENEZ CANDELA RM, GARCIA MAYO ME, BOULLOSA LALE S, VARELA SANJURJO V, BATALLA CEBEY A, CRESPO DIZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. AREA SANITARIA PONTEVEDRA-SALNES. FUNDACION BIOMEDICA GALICIA SUR. MOURENTE. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

La Ictiosis Lamelar (IL) es una enfermedad rara que provoca un trastorno de la queratinización. El tratamiento tópico con N-acetilcisteína (NAC) es una alternativa terapéutica que se ha mostrado efectiva y segura, pero presenta como inconveniente el olor sulfúreo desagradable.

El objetivo de este trabajo es desarrollar una fórmula magistral (FM) alternativa a la NAC para el tratamiento de la IL, utilizando la misma concentración y excipientes, que mejore las propiedades organolépticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó la estructura química de la molécula de NAC y sus procesos metabólicos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para evaluar moléculas con similitud estructural a la NAC y poder analizar sus propiedades fisicoquímicas y organolépticas.

Los criterios de selección del principio activo fueron: similitud estructural a la NAC, disponibilidad de materia prima en España y ausencia de olor.

Para el desarrollo galénico y validación de la fórmula se realizaron varios ensayos y controles siguiendo el procedimiento de elaboración de emulsiones del Formulario Nacional (PN/L/FF/002/00).

Para establecer el periodo de validez se siguieron las recomendaciones de la “Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria”.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La NAC presenta grupo sulfhidrido libre, responsable del olor, sufre desacetilación y sus principales metabolitos son cistina y cisteamina.

Las moléculas evaluadas fueron: cistina, cisteamina, metionina y carbocisteína.

Se seleccionó la carbocisteína por su similitud estructural, carecer de grupo sulfhidrido libre, pertenecer al mismo grupo terapéutico, tener el mismo mecanismo de acción e indicación autorizada y estar disponible como materia prima en España.

La carbocisteína es prácticamente insoluble en agua y soluble en disoluciones de ácidos minerales e hidróxidos alcalinos. A diferencia de la NAC, carece de olor fétido. Presenta su máxima estabilidad a pH 5,5-7,5.

En primer lugar se trató de solubilizar la carbocisteína con hidróxido sódico (NaOH) en la fase acuosa, pero solo se consiguió este efecto cuando la FM tenía un pH > 8; pH no apropiado por estar fuera del rango de máxima estabilidad, ni para utilizar de forma crónica por toda la superficie corporal.

El siguiente paso fue la pulverización del polvo en mortero y humectación con glicerina y propilenglicol, incorporando dicha pasta en la fase de enfriamiento una vez formada la emulsión. El tamaño de partícula no era apropiado ya que se apreciaba tras la aplicación. La eliminación de este efecto se consiguió reduciendo el tamaño de partícula mediante pulverización en molinillo eléctrico.

Posteriormente, se humectó el polvo con glicerina y se incorporó en la fase acuosa en caliente y bajo agitación.

El pH se ajustó a 5-6 con NaOH.

Los caracteres organolépticos, signo de la emulsión y pH permanecieron estables durante los 30 días de caducidad establecidos.

La composición de la FM final fue (100g): carbocisteína (10g), urea (5g), glicerina (15g), agua (44mL), NaOH (1g) y neo PCL O/W (25g).

Conclusiones

La FM de Carbocisteína10% + Urea5% desarrollada cumple con los requisitos necesarios desde el punto de vista galénico para su aplicación tópica en el tratamiento de la IL, mejorando las propiedades organolépticas frente al tratamiento convencional.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**489. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL****AUTORES**

ALVAREZ MARTIN T, GARCÍA MARTÍNEZ T, MONTAÑES PAULS B, RAGA JIMÉNEZ C, PASCUAL MARMANEU O, MENDOZA AGUILERA M, TRIPIANA RALLO MDM, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AV/BENISCASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

La cirugía Sugarbaker, realizada en pacientes con carcinomatosis peritoneal, consiste en una citorreducción con o sin quimioterapia intraperitoneal e hipertermia. La elevada complejidad de la técnica exige una correcta selección de los pacientes, teniendo en cuenta diferentes factores entre los que se encuentra el estado nutricional. El objetivo de este estudio es identificar el método de diagnóstico nutricional más adecuado en pacientes sometidas a cirugía Sugarbaker.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2015 a abril de 2018 en un hospital terciario donde se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía Sugarbaker. Se realizó la valoración nutricional mediante tres métodos de diagnóstico en todos los pacientes previamente a la cirugía: el cribado nutricional (CN), la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) y una valoración nutricional completa (VC) que incluye parámetros antropométricos y analíticos. Se tomó como valoración nutricional de referencia la VGS-GP, ya que según la bibliografía es la más recomendada en pacientes con carcinomatosis peritoneal, aunque no se cuenta con un gold estándar para el diagnóstico del estado nutricional. Se realizó una tabla de contingencia para determinar la sensibilidad (Se), especificidad (Sp) y el valor predictivo del CN en comparación con VGS-GP, y de la VC en comparación con VGS-GP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 90 pacientes. Se documentó que con el CN un 23,3% estaban desnutridos, con la VGS-GP un 35,5% (de los cuales el 12,5% presentaba malnutrición grave, el resto malnutrición moderada o riesgo de malnutrición) y con la VC un 53,3% (50% desnutrición mixta, 25% proteica y 25% calórica). El CN tiene una sensibilidad (Se) del 46,9%, una especificidad (Sp) del 89,7%, un 10,3% de falsos positivos (FP) y un 53,1 % de falsos negativos (FN), un valor predictivo positivo (VP+) del 71,4 % y un valor predictivo negativo (VP-) del 75,4%. La VC presenta una Se del 100% y una Sp del 72,4%, un 27,6% de FP y un 0 % de FN, un VP+ del 66,6% y un VP- del 100%. Estarían clasificados correctamente un 74,4% de los pacientes con el CN y un 82,2% con la VC.

Los resultados de desnutrición difieren en función del método de diagnóstico nutricional que se utilice. La valoración completa presenta el método con mayor sensibilidad, dada la elevada morbi-mortalidad de la cirugía Sugarbaker se prioriza la necesidad de captar todos los pacientes desnutridos, por tanto, es el método que se debe emplear en la valoración nutricional previa.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**504. ADECUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZÁLEZ GARCÍA J, GONZÁLEZ PONSJOAN S, GARCÍA GIL S, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, RAMOS RODRÍGUEZ J, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. OFRA S/N- LA CUESTA. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La desnutrición es frecuente en los pacientes oncológicos debido a la hipofagia y a una actividad catabólica aumentada. La nutrición parenteral total (NPT) estará indicada en aquellas circunstancias en las que el soporte nutricional no pueda administrarse por vía oral o enteral. El objetivo del presente estudio es analizar el grado de adecuación de las NPT prescritas a pacientes con neoplasias hematológicas (NH) a las recomendaciones nutricionales para esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-retrospectivo de un año de duración (año 2017) realizado en la unidad de hematología de un hospital de tercer nivel. La evaluación de la adecuación de los requerimientos nutricionales (RN) se realizó en base a las recomendaciones recogidas en la guía sobre nutrición en pacientes oncológicos de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) publicada en 2017: Aporte calórico total (ACT) de 25-30 Kcal/Kg/día; 1'5-2 g/Kg/día de proteínas; relación de kilocalorías no proteicas lípidos/carbohidratos 1:1. Los cálculos fueron realizados en función del peso corregido. Para obtener los RN teóricos se tomaron los valores de 25 Kcal/Kg/día para el ACT y 1'5 g/Kg/día para el aporte proteico. Se consideró que no existían diferencias significativas entre las recomendaciones y los aportes si diferían en menos de un 15%. Se registraron todos aquellos pacientes con NH que durante el ingreso recibieron NPT. El régimen nutricional de cada uno se obtuvo a partir del programa informático para elaboración de NPT de nuestro hospital. Los datos demográficos y clínicos fueron extraídos de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 35 pacientes (edad media 57'3 años (21-87); 62'9% (n=22) varones). El 31,4% (n=11) presentaban diagnóstico de leucemia mieloide aguda, el 31,4% de linfoma No Hodgkin (n=11), 28,6% de Mieloma Múltiple (n=10) y de otras NH el 8'6% (n=3).

El 65'7% (n=23) fueron pacientes que recibieron trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). El tiempo medio de hospitalización fue de 26'1 días (5-67) y recibieron NPT una media de 7'2 días (1-34).

La indicación principal para iniciar NPT fue mucosistis en el 65'7% (n=23). Otras causas fueron: hemorragias digestivas

[11'4% (n=4)], quilotórax [5'7% (n=2)] y por otras circunstancias en el 17'1% (n= 6).

El 20% de los pacientes (n=7) presentó elevación de las transaminasas. Ninguna NPT contenía glutamina y solo el 11'4% (n=4) presentaba lípidos ricos en ácidos grasos esenciales y ω -3. Los RN recomendados por la ESPEN y los aportados, fueron respectivamente:

- ACT (Kcal/día): 1.690 (\pm 194) versus 1.890 (\pm 187)
- Proteínas (g/Kg/día): 1'5 versus 1'48 (\pm 0'22)
- Carbohidratos (g/Kg/día): 2'38 versus 3'73 (\pm 0'65)
- Lípidos (g/Kg/día): 1'06 versus 0'81 (\pm 0'12)

El grado de adecuación de los aportes calóricos y proteicos con respecto a los requerimientos dictados por la ESPEN fue elevado. Sin embargo, se observó en esta población, una relación de kilocalorías no proteicas 60:40 en lugar de 50:50 como establecen las últimas recomendaciones, lo que se traduce en una diferencia entre aportes y requerimientos teóricos de carbohidratos y lípidos de un +56% y -23% respectivamente. Esto muestra la necesidad de seguir optimizando la valoración nutricional del paciente oncológico en nuestro medio con el fin de prevenir su deterioro clínico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

505. USO COMBINADO DE BEVACIZUMAB Y ALTEPLASA PARA EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS SUBMACULARES POR DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

AUTORES

BELLÓ CRESPO M, MONTERO HERNÁNDEZ M, SANTIUSTE ROMÁN Á, LÓPEZ PÉREZ E, LORENTE FERNÁNDEZ L, MEDINA GUERRERO Á, MONZÓ RAUSELL M, SOLER COMPANY E
HOSPITAL ARANU DE VILANOVA-LLÍRIA. SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y la seguridad de la preparación combinada con bevacizumab y alteplasa para el tratamiento de hemorragias submaculares e intrarretinianas de pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes con DMAE para los que se prescribió la preparación combinada de bevacizumab 1'25 mg + alteplasa 10 mcg para el tratamiento de hemorragias submaculares o intrarretinianas. El periodo de evaluación fue desde febrero de 2017 a 2018. El control y seguimiento se realizó a través de la historia clínica electrónica. Se revisó el tratamiento pre-intervención y a los 3 meses. Para determinar la efectividad del tratamiento, las variables que se revisaron fueron la dimensión de la hemorragia y su desplazamiento, el tamaño del líquido subretiniano obtenido por la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la agudeza visual (AV). La seguridad se evaluó con la aparición de reacciones adversas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Fueron incluidos 5 pacientes, 60% hombres, con una mediana de edad de 78 años (68-89). Se evaluaron 6 ojos, ya que un paciente presentaba hemorragias en ambos. De forma objetiva se redujo el porcentaje de hemorragia observado en el fondo del ojo de una media de 70% a 6% tras la intervención. El tamaño del líquido subretiniano disminuyó en todos los casos tras la intervención de 1531 micras (1891-1195) a 516'8 micras (324-667). La AV mejoró en 2 de los 5 pacientes y se mantuvo en el resto. Todos los pacientes refirieron subjetivamente una gran mejoría tras la intervención. En todos los casos el tratamiento ha sido seguro por la ausencia de aparición de reacciones adversas.

Conclusiones

El tratamiento con la preparación combinada con bevacizumab y alteplasa ha demostrado ser efectivo, seguro y con una significación clínica relevante. Se ha reducido el tamaño de la hemorragia y el líquido subretiniano medido por la OCT y la AV se ha mantenido o mejorado. Además, todos los pacientes han referido una mejoría subjetiva tras el tratamiento.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

511. ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULA MAGISTRAL INTRAVESICAL PARA EL TRATAMIENTO DE CISTITIS INTERSTICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, RÍOS SÁNCHEZ E, GIL SIERRA MD, SALMERÓN NAVAS FJ, CAMEAN CASTILLO M, PALOMO PALOMO C, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, BORRERO RUBIO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de una fórmula magistral (FM) intravesical de heparina con lidocaína alcalinizada en el tratamiento de cistitis intersticial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recibió una petición por parte del Servicio de Urología para el tratamiento de un caso de cistitis intersticial mediante una FM de administración intravesical a base de heparina con lidocaína alcalinizada. Se recogieron los siguientes datos de la Historia Clínica Electrónica: edad, sexo, indicación de la fórmula, tratamiento previo, dosis, duración del tratamiento, sintomatología y reacciones adversas. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando los siguientes términos: "interstitial", "cystitis", "heparin" y "lidocaine". Se encontró un protocolo de elaboración que describía el uso de una FM en esta indicación. Tomando como referencia el protocolo encontrado se elaboró una FM utilizando 40000 UI (8ml) de heparina sódica al 5%, 8ml de lidocaína al 2% y 3 ml de bicarbonato sódico 8,4% (1M). Para



garantizar las condiciones de asepsia, se preparó la FM en campana de flujo laminar vertical: se cargaron los volúmenes correspondientes de cada uno de los componentes en una jeringa luer-lock de 20 ml y se acondicionó para su utilización. Se definió la efectividad como la disminución de sintomatología tras 6 dosis, y la seguridad como ausencia de reacciones adversas (RA) asociadas a la FM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mujer de 58 años diagnosticada de cistitis intersticial, previamente tratada con escopolamina butilbromuro, mirabegron, D-manosa y ácido úrsólico. Sometida a distensión vesical bajo anestesia 9 meses antes de la solicitud de la FM, con mejoría clínica inicial importante. La sintomatología basal, considerada justo antes del inicio de las instilaciones de la FM fue la siguiente: polaquiuria, disuria, frecuencia miccional nocturna de 4-5 veces y urgencia miccional con incontinencia ocasional asociada. Se administró semanalmente una dosis de 19 ml de la FM mediante instilación intravesical, siendo la primera dosis el 25/01/18, hasta un total de 6 semanas. En cuanto a la eficacia, tras haber recibido las 6 instilaciones no se encontró ninguna mejoría de la sintomatología, sino un empeoramiento de la misma respecto a los niveles basales: nocturia cada 1.30 minutos, frecuencia miccional diurna menor de 2 horas, disuria, estranguria, sensación de vaciado incompleto y dolor punzante a nivel genital, teniendo que acudir a urgencias en una ocasión. Posteriormente fue necesaria una nueva intervención quirúrgica (cistoscopia con hidrodistensión bajo anestesia) para poder conseguir una mejoría sintomatológica de la enfermedad, que se realizó un mes y medio después de la última instilación de la FM. No se observaron RA asociadas al tratamiento con la FM. CONCLUSIONES: 1) La FM no resultó ser efectiva ya que no produjo ninguna mejora de la sintomatología en la paciente, e incluso se produjo un empeoramiento de la misma. 2) Fue bien tolerada, ya que no se encontraron RA que pudieran asociarse a la FM.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

512. SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

AUTORES

BELLÓ CRESPO M, MONTERO HERNÁNDEZ M, GARCÍA MUÑOZ S, GARCÍA MARTÍNEZ T, BELLVER ALBERTOS M, PÉREZ SANZ A, MARTÍ BENEYTO C, SOLER COMPANYY E
HOSPITAL ARANU DE VILANOVA-LLÍRIA. SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar el uso de soporte nutricional en los pacientes que se encuentran en la última fase de su vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se revisaron todos los pacientes que recibieron nutrición parenteral entre febrero de 2017 y febrero de 2018 y se incluyeron para evaluación los pacientes que fallecieron con soporte nutricional o en un intervalo de 72 horas tras su retirada. Se recogieron distintas variables: número de pacientes éxitos con nutrición parenteral, edad, sexo, peso, talla, IMC, servicio prescriptor, patología de base, requerimientos aportados, duración del soporte nutricional, tipo de nutrición parenteral (tricameral/individualizada), vía de acceso (central/periférica) y parámetros bioquímicos al inicio y fin.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se revisaron un total de 330 pacientes, de los cuales 46 pacientes cumplían los criterios de inclusión. El 61% falleció el mismo día de la retirada del soporte nutricional. La mediana de edad fue 78,5 años (55-96) siendo el 61% hombres. La mediana del peso fue 68,5 kg (43-90) y de la talla 1,7 m (1,45-1,86) obteniendo un IMC con una mediana de 24,5 (13,4-31,3). Los servicios prescriptores implicados fueron medicina intensiva (26%), oncología (22%) y medicina interna y cirugía (15,2%, respectivamente). Los diagnósticos principales fueron: neoplasias (26), infecciones (11), afectación de páncreas y vías biliares (4) e ictus (3). Los pacientes requerían una media de 1600 kcal y con el soporte nutricional recibieron una media de 1728 kcal. La duración media del tratamiento fue 6,5 días (1-22). A 33 pacientes se les administró nutrición de tipo tricameral con aditivos y 13 se individualizaron según sus requerimientos. Recibieron nutrición parenteral de acceso periférico 21 pacientes, 17 central y en 8 pacientes se administraron ambas. La media de los parámetros bioquímicos al inicio y al final fue: albúmina 2,4 g/dl y 2,2 g/dl, prealbúmina 9,9 mg/dl y 10,5 mg/dl y PCR 223,6 mg/l y 162,2 mg/l.

Conclusiones

Las patologías oncológicas son las más prevalentes en los pacientes éxitos con soporte nutricional. Los servicios más implicados han sido medicina intensiva y oncología, pues se trata de pacientes mayores y más susceptibles de presentar situaciones clínicas complicadas o fases terminales. Los pacientes han recibido los requerimientos nutricionales ajustados a sus necesidades en todo momento, individualizándose las nutriciones en un 40% de ellos. Esto ha evitado una malnutrición en los últimos días de vida y un empeoramiento de los parámetros bioquímicos revisados. El empleo de nutrición parenteral en las últimas etapas de vida presenta mucha controversia y la revisión evidencia la necesidad de establecer protocolos entre servicios clínicos para evitar actuaciones agresivas e intensivas que no consigan beneficios clínicamente significativos en pacientes subsidiarios de medidas paliativas. El soporte nutricional es un tratamiento que en ocasiones se utiliza como un soporte vital que hace necesario acudir a los criterios de calidad de vida de los pacientes oncológicos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

521. ESTABILIDAD DEL GEL DE DILTIAZEM AL 2%

AUTORES

CASTRO BALADO A, GONZALEZ LOPEZ J, IGLESIAS LOPEZ V, GONZALEZ BARCIA M, BLANCO DORADO S, BANDIN VILAR EJ, GARCIA QUINTANILLA L, LAMAS DIAZ MJ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El diltiazem es un antagonista de los canales de calcio que, empleado vía tópica en el tratamiento de la fisura anal, disminuye la presión en reposo del esfínter con menos efectos adversos que la nitroglicerina. No existe ninguna presentación comercial de diltiazem tópica, por lo que se precisa una formulación magistral.

Estas formas farmacéuticas permiten alcanzar elevadas concentraciones locales sin aumentar la incidencia de efectos adversos sistémicos. Entre ellas (ej. geles, cremas, pomadas) existen diferencias importantes que podrían influir en su efectividad y tolerancia. Actualmente no se dispone de datos de estabilidad de estas formulaciones, resultando de interés ya que, para facilitar la incorporación del principio activo, en ocasiones es necesaria la aplicación calor para fluidificarlas previamente.

El objetivo es determinar la estabilidad fisico-química y microbiológica de una forma farmacéutica tópica tipo gel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se caracterizó espectrofotométricamente diltiazem clorhidrato en disolución acuosa y posteriormente se obtuvo una recta de calibrado para establecer la relación absorbancia-concentración. En una segunda etapa, se elaboró la formulación de gel diltiazem 2% y se determinó la concentración de principio activo empleando agua como disolvente. La estabilidad físico-química se evaluó mediante dos procedimientos. Por una parte, una cantidad conocida de gel fue disuelta en agua los días 1, 30 y 60, y se cuantificó la concentración de diltiazem mediante medidas de absorbancia. Para conocer la estabilidad térmica del diltiazem se sometió una disolución acuosa del mismo a 60 y 80°C durante 2 horas, midiendo la absorbancia a diferentes tiempos.

Todas las medidas espectrofotométricas se realizaron por triplicado con un espectrofotómetro Shimadzu modelo UVmini-1240 UV-Vis.

Para determinar la estabilidad microbiológica se realizaron cultivos por duplicado del gel los días 1, 9 y 42 en caldo tioglicolato, y en agar sangre (Columbia) y Saboureaud. Todos los medios se incubaron en aerobiosis a 37°C, el tioglicolato durante 10 días y las placas de agar sangre y Saboureaud, 48 horas. Estas últimas se incubaron posteriormente 13 días en aerobiosis a temperatura ambiente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El máximo de absorbancia del diltiazem se alcanzó a una longitud de onda de 237 nm, y la recta de calibrado permitió relacionar absorbancia con concentración de diltiazem en el gel sin interferencia de los excipientes. La concentración de diltiazem se mantuvo constante en la formulación en gel, mostrando una concentración remanente de principio activo a los 30 y 60 días del 100%. La estabilidad físico-química no se vio afectada a las temperaturas de 60°C y 80°C, puesto que los valores de absorbancia se mantuvieron constantes a distintos tiempos. Por otro lado, los cultivos microbiológicos mostraron un crecimiento negativo de colonias bacterianas y fúngicas.

Conclusiones

El presente estudio permitió conocer la estabilidad físico-química y microbiológica de una forma farmacéutica tópica de naturaleza hidrófila de diltiazem en gel al 2%. La aplicación de calor durante procesos de elaboración no afecta a la estabilidad del principio activo. Con estos datos, es posible asegurar la estabilidad de la presente formulación a temperatura ambiente durante al menos 60 días.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

550. DETERMINACIÓN DE DILTIAZEM Y SU LIBERACIÓN EN FORMULACIONES MAGISTRALES TÓPICAS

AUTORES

CASTRO BALADO A, GONZALEZ LOPEZ J, IGLESIAS LOPEZ V, GONZALEZ BARCIA M, BLANCO DORADO S, BANDIN VILAR EJ, GARCIA QUINTANILLA L, LAMAS DIAZ MJ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

El diltiazem es un antagonista de los canales de calcio que, aplicado vía tópica en la fisura anal, disminuye la presión en reposo del esfínter con menos efectos adversos que la nitroglicerina. No existe ninguna presentación comercial de diltiazem tópico, por lo que es necesario acudir a la formulación magistral.

Este tipo de formas farmacéuticas permiten alcanzar altas concentraciones locales sin aumentar la incidencia de efectos adversos sistémicos. Entre ellas (ej. geles, cremas, pomadas) existen diferencias importantes de permanencia y liberación del principio activo, las cuales podrían influir en su efectividad y tolerancia. No se dispone de un método para determinar el diltiazem en estas formulaciones que permita conocer sus características de liberación, estabilidad y su relación con los resultados clínicos.

El objetivo es desarrollar un método de determinación de diltiazem en formas farmacéuticas tópicos tipo gel y pomada, y su velocidad de liberación de principio activo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se caracterizó espectrofotométricamente diltiazem clorhidrato en disolución acuosa y en diclorometano (DCM), único disolvente de los testados (metanol, etanol, dimetilsulfóxido, acetona, diclorometano) que permitió disolver bases apolares. Se obtuvo una recta de calibrado en cada medio para establecer la relación absorbancia-concentración. Después, se elaboraron dos formulaciones de diltiazem 2%: gel y pomada, determinándose la concentración de principio activo empleando como disolventes agua y DCM respectivamente. La liberación se evaluó situando un filtro de acetato de celulosa (0,2 µm) en la abertura superior de una cubeta llena de agua en su totalidad. Sobre el filtro se colocaron 200 mg de gel/pomada cubriendo toda su superficie, realizándose medidas de absorbancia de diltiazem en continuo durante 2 horas a 21°C. Todas las medidas espectrofotométricas se realizaron por triplicado con un espectrofotómetro Shimadzu modelo UVmini-1240 UV-Vis.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El máximo de absorbancia del diltiazem se alcanzó a una longitud de onda de 237 nm, y las rectas de calibrado en ambos disolventes resultaron equiparables ($y=52,913x$, $R^2 = 0,9996$ para el gel; $y = 53,963x$, $R^2 = 0,9896$ para la pomada). El método de determinación de diltiazem en las formulaciones magistrales fue más preciso en el gel que en la pomada, con un error de precisión de 8,38% frente a 13,25% en la pomada, en probable relación con la interferencia de los excipientes apolares en el espectro de absorbancia. Se compararon las regiones constantes de las curvas de liberación del gel y pomada, observándose que el primero liberaba el diltiazem considerablemente más rápido: $5,1E-4$ mg/s el gel frente a $7,7E-5$ mg/s la pomada. El tiempo necesario para liberar una dosis de 4 mg de diltiazem resultó de 2,18 y 14,18 horas respectivamente, precisándose hasta 6,5 veces más tiempo para liberar la misma cantidad de principio activo con la pomada.

Conclusiones

El método descrito permite determinar la cantidad de diltiazem en gel mediante espectrofotometría UV, pero son necesarios más estudios que permitan optimizar la precisión de la determinación en formulaciones oleosas. La velocidad de liberación a partir del gel es diez veces superior a la pomada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

566. UTILIZACIÓN DE COLIRIO DE INTERFERÓN ALFA 2B Y RESULTADOS CLÍNICOS

AUTORES

FERNÁNDEZ OLIVEIRA C, GARCÍA QUEIRUGA M, FEAL CORTIZAS B, GIMENEZ ARUFE V, FERNANDEZ BARGIELA N, MONDELO GARCIA C, MARTIN HERRANZ I
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

El tratamiento quirúrgico, la crioterapia, la aplicación tópica de fármacos quimioterápicos, como 5-Fluorouracilo o Mitomicina C, y el colirio de interferón alfa 2b son los tratamientos empleados la neoplasia conjuntival intraepitelial (NCI) o el carcinoma intraepitelial epidermoide (CIE). El interferón se utiliza en una concentración de 1 M UI/ml, aplicándose una gota 4 veces al día durante un periodo variable. Se postula que su mecanismo de acción es la inhibición de la angiogénesis y/o la replicación del virus del papiloma humano (VPH). El objetivo de este trabajo es describir a los pacientes tratados con interferón tópico en un hospital de nivel terciario y analizar el porcentaje de respuesta al ser empleado como tratamiento primario y en casos de recidiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional entre Noviembre 2010 - Abril 2018 de los pacientes tratados con colirio de interferón alfa 2b. Fuentes de datos: Historia clínica electrónica (IANUS®) y aplicativo de dispensación hospitalaria (Silicon®). Se recogieron datos demográficos, diagnóstico, tratamiento previo con cirugía y/o crioterapia y/o tratamiento farmacológico tópico, recidiva a tratamiento previo, duración del tratamiento, recidiva posterior al colirio de interferón, tolerancia al tratamiento y resolución del proceso. Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia(n) y porcentaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

19 pacientes, 53% mujeres. Edad media al diagnóstico: $74 \pm 15,9$ años años (rango:22-91 años). Diagnóstico: 21% CIE, 47% NCI, 11% Pterigion, 21 % otros diagnósticos (1 síndrome de Sjögren, 1 lesión por VPH y 2 úlceras corneales). Mediana del tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el inicio de tratamiento con interferón: 3,85 semanas (rango: 0-166 semanas). Recibe interferón como tratamiento primario el 31,6 % (n=6) y el 68,4% (n=13) tras recidiva a tratamiento previo. Mediana de duración del tratamiento: 16 semanas (rango 2-40 semanas). De los pacientes recidivantes al tratamiento previo, 31% recidivante a cirugía y/o crioterapia, 46% recidivante a tratamiento previo con colirios quimioterápicos y 23% recidivante a cirugía y/o crioterapia y tratamiento previo con colirios quimioterápicos. El 43% de los pacientes tratados con interferón sin empleo de tratamiento posterior tuvieron respuesta clínica satisfactoria y todos ellos eran recidivantes a tratamiento previo. No respondieron al tratamiento con interferón y necesitaron tratamiento posterior el 47 % de los pacientes (2 con cirugía y/o crioterapia, 3 con mitomicina C y 3 con otros tratamientos). Actualmente continúan 2 pacientes a tratamiento. La pauta fue 4 gotas al día y la tolerancia al colirio fue buena en todos los casos.

En este trabajo se observan tasas de respuesta inferiores en los pacientes tratados primariamente con interferón alfa 2b respecto a los recidivantes a tratamiento previo. Son necesarios más estudios y un tamaño muestral mayor para poder observar diferencias entre los grupos. El colirio de interferón alfa 2b demuestra su utilidad en recidivas y sus mínimos efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

605. ENJUAGE CON DEXAMETASONA EN PACIENTES CON MUCOSITIS ORAL EN TRATAMIENTO CON EVERÓLIMUS Y EXEMESTANO

AUTORES

FERRIS VILLANUEVA M, MARTIN CLAVO S, ESTEPA ALONSO MJ, BRIEGAS MORERA D, GARCIA LOBATO E, RANGEL MAYORAL JF, FERRIS VILLANUEVA E, FERRIS VILLANUEVA C
HOSPITAL INFANTA CRISTINA. AV. DE ELVAS, S/N. BADAJOZ



OBJETIVOS

La mucositis es uno de los efectos adversos más frecuentes del everólimus. En este sentido, los glucocorticoides han demostrado una importante reducción de la incidencia y severidad de la mucositis disminuyendo así la necesidad de reducir o interrumpir dosis de everólimus.

Describir los resultados de la formulación de un enjuague bucal de dexametasona y su aplicación como profilaxis o/y tratamiento de la mucositis oral en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con everólimus y exemestano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo a propósito del uso de una nueva fórmula de dexametasona en pacientes con cáncer de mama receptor hormonal positivo (HR+) y receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo en tratamiento con everólimus y exemestano.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed para “dexamethasone and everolimus” y en fuentes de formulación magistral (acofarma) para determinar las consideraciones galénicas en la formulación de enjuagues bucales.

Finalmente, se hizo un seguimiento de la evolución clínica de las pacientes tratadas, recogiendo datos de frecuencia de administración, duración de tratamiento, incidencia y grado de mucositis (según la escala de la Organización Mundial de la Salud).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A a partir de la información obtenida se diseñó la siguiente ficha de elaboración:

Nombre de la fórmula y forma farmacéutica: Dexametasona 0,5mg/5ml suspensión.

Composición: 20 miligramos de dexametasona, 30 gramos de glicerol, 2 gramos de carboximetilcelulosa, 2 gotas de Tween 20® y cantidad suficiente para 200 mililitros de agua purificada.

Material de acondicionamiento: vidrio topacio.

Caducidad y Conservación: 14 días a temperatura entre 2 y 8º C. Este plazo se fijó en base a la matriz de preparaciones no estériles de la Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (Junio 2014)

Indicación: Prevención y tratamiento de mucositis en pacientes sometidos a quimioterapia.

Vía de administración: oral

Modus Operandi: Dispersar la carboximetilcelulosa en el agua empleando un agitador magnético a alta velocidad hasta la formación de un gel fluido transparente (al menos 30 minutos). En un mortero reducir a polvo fino la dexametasona y añadir el Tween 20 y la glicerina (por este orden) en pequeñas porciones batiendo hasta la formación de una pasta homogénea. Finalmente agregar el gel fluido en pequeñas porciones batiendo hasta lograr una suspensión homogénea. El servicio de oncología solicitó el enjuague de dexametasona para 6 mujeres con cáncer de mama con HR+ y HER2 negativo. La edad media de las pacientes era de 51,4 años (44-60 años). En todas las pacientes se prescribió enjuagues bucales con dexametasona tres veces al día durante 8 semanas. Durante el tratamiento con everólimus/exemestano, solo una de las pacientes sufrió mucositis grado 1 que remitió tras dos semanas.

El uso profiláctico de enjuagues de dexametasona en combinación con una correcta higiene oral resultó efectiva y redujo de forma significativa la incidencia y gravedad de la mucositis refractaria al tratamiento de everólimus y exemestano. No obstante, se requieren más estudios de eficacia además, de la validación galénica de la fórmula magistral que confirmen estos datos preliminares.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

607. MEJORA DEL PROCESO DE TERAPIA ANTIANGIOGENICA INTRAVITREA

AUTORES

SANTOS IBAÑEZ A, GOMEZ DE SEGURA SAROBE A, MENENDEZ LIENDO L, MORA ATORRASAGASTI O, MARTINEZ BENGOCHEA MJ, CARDENAS SIERRA M, NUÑEZ CERUELO I, BUSTOS MARTINEZ M
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. BARRIO LABEAGA 46A. VIZCAYA

OBJETIVOS

Mejorar el proceso de terapia antiangiogénica intravítrea en Oftalmología para atender la necesidad de tratamiento de los pacientes el mismo día de la consulta médica y mejorar la seguridad.

DISEÑO

La preparación de las terapias antiangiogénicas intravítreas, ranibizumab 0,5 mg/0,05 mL, aflibercept 2 mg/0,05 mL y bevacizumab 1,25 mg/0,05 mL, se realiza de forma centralizada en el Servicio de Farmacia. Hasta el momento, la preparación se llevaba a cabo dos veces por semana (martes y jueves) para pacientes con cita previa para tratamiento intravítrea. Los pacientes tenían que acudir dos días distintos al hospital, uno para la revisión médica y otro para recibir el tratamiento y este se retrasaba hasta que hubiera disponible un hueco en la agenda. De acuerdo con el servicio de Oftalmología, se decidió preparar otros dos días por semana (lunes y miércoles) un número fijo de dosis, para ofrecer a los pacientes que acudían a la revisión médica la posibilidad de ser tratados el mismo día, evitando así retrasos en el tratamiento y visitas adicionales al hospital.

CIRCUITO Y ETAPAS

Los lunes y miércoles se prepara en Farmacia un número fijo de dosis acordado con Oftalmología (12 jeringas de ranibizumab 0,5 mg/0,05 mL y 12 jeringas de aflibercept 2 mg/0,05 mL). Dichas dosis se dispensan en bloque y se administran a los pacientes candidatos que han acudido a revisión ese día y desean ser tratados. El oftalmólogo responsable prescribe el tratamiento administrado en el sistema de prescripción electrónica, indicando el número de registro interno para garantizar la trazabilidad. Las dosis sobrantes se devuelven al servicio de Farmacia para ser utilizadas al día siguiente.



Los martes y jueves se prepara el número de dosis solicitadas por Oftalmología en petición expresa para pacientes con cita previa para tratamiento intravítreo (primeras dosis o no tratados el día de la revisión). Los jueves, además de las dosis solicitadas, se preparan todas las que salgan del volumen sobrante de los viales, que se administran si es posible el viernes o de lo contrario se desechan. Las dosis preparadas se utilizan generalmente en las 24 horas siguientes a su preparación (y máximo en 48 horas) para prevenir la transferencia de partículas de silicona de la jeringa y su posible aparición posterior en el humor vítreo.

IMPLANTACIÓN

El sistema está implantado desde el 15 de enero de 2018. En las primeras semanas se fue ajustando el número de dosis a preparar los lunes y los miércoles en función de la demanda.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde el 15 de enero al 15 de abril de 2018, 434 dosis de antiangiogénicos intravítreos de un total de 908 (47,8%) se administraron el mismo día de la revisión médica. De esta forma, se evitaron 434 visitas adicionales al hospital, tanto del paciente como de sus acompañantes. Todas las dosis se utilizaron en las 24 horas siguientes a su preparación.

Limitaciones

Es necesario disponer de instalaciones y personal en el Servicio de Farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El circuito es fácilmente aplicable a otros Servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

655. BUNDLE DE MEDIDAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS ORALES

AUTORES

MONJE GARCÍA B, TOVAR POZO M, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MÁ, PICAZO MORENO I, GALLEGO ÚBEDA M, RODRIGUEZ LABRADOR J, GONZÁLEZ DE LA ROSA C, TUTAU GÓMEZ F
HOSPITAL DEL HENARES. AV. MAIRE CURIE S/N. MADRID

OBJETIVOS

Describir la optimización del proceso de gestión de reenvasado de medicamentos sólidos orales en un servicio de farmacia.

DISEÑO

Al analizar las debilidades encontradas en el reenvasado de medicamentos sólidos orales, se elabora un plan de mejora para la optimización del circuito. Se forma un equipo integrado por el farmacéutico responsable de la unidad de gestión de riesgos, farmacéutico responsable de farmacotecnia y la coordinadora de técnicos para diseñar el nuevo modelo de gestión de reenvasado, que incluye medidas en materia de gestión y seguridad.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Análisis de mercado: se realizó un estudio de mercado y se elaboró una base de datos de presentaciones comerciales en formato unidosis (criterio positivo) y multidosis (criterio negativo) con sus respectivas ofertas económicas. Se introdujo la información en el programa de gestión y se priorizó la compra de las presentaciones comerciales con criterios positivos.
- Optimización en gestión de stocks y compras: se estandarizó la compra de medicamentos de bajo coste a reenvasar a un consumo aproximado de 3 meses. Esto redujo el número de lotes del fabricante que se adquieren y el número de lotes de reenvasado del mismo producto.
- Creación e implantación de software de registro de reenvasado: se creó en formato MS Access® una aplicación que incluye: a) fichas de medicamentos por código nacional, foto del producto reenvasado por ambas caras, excipientes de declaración obligatoria, clasificación lista NIOSH y especificaciones; b) registro informatizado de actividad y control de calidad de producto reenvasado.
- Potenciación de medidas en materia de seguridad: comprobación por una segunda persona de lote/fecha de caducidad del producto a reenvasar, reenvasado del lote completo de adquisición, señalización por parte del técnico de la primera y última impresión vacía del medicamento reenvasado en las tiras de impresión.
- Inclusión de medidas de seguridad para el profesional: reetiquetado o reenvasado en alveolos de medicamentos clasificados como peligrosos en lista NIOSH. Se dejan de reenvasar con máquina reenvasadora (posibilidad de rotura de comprimidos y creación de polvo/aerosoles).

IMPLANTACIÓN

En diciembre 2017 se inició la implantación del plan de mejora para la optimización del proceso de gestión de reenvasado de medicamentos sólidos orales.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se elaboraron 246 fichas por producto en la aplicación y 26 plantillas para el reetiquetado de medicamentos incluidos de la lista LIOSH.

Comparando con el mismo periodo del año anterior (enero-abril 2017/ enero-abril 2018), desde la implantación se han reducido:

- los errores relacionados con el reenvasado: 80,0% (5 vs 1)
- número de lotes reenvasados: 38,4% (469 vs 289)
- número de presentaciones comerciales reenvasadas en un 18,4% (129 vs 158) por compra de 34 presentaciones comerciales en unidosis.

Por el contrario han aumentado:

-la mediana de unidades de reenvasado por lote: 86,6% (60 vs 112)

-unidades totales de reenvasado: 13,8% (43.532 vs 49.522)

Como limitación no se ha cuantificado el ahorro de tiempo y coste que suponen las medidas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es aplicable a cualquier servicio de farmacia que disponga de una máquina reenvasadora de sólidos orales en dosis unitaria.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

660. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UNA CREMA DE ANFOTERICINA B 1% PARA MICOSIS TÓPICA. EVALUACIÓN DE SU EFICACIA

AUTORES

MELGAREJO ORTUÑO A, PERNÍA LÓPEZ MS, CHAMORRO DE VEGA E, REVUELTA HERRERO JL, BLANCO SÁNCHEZ G, AMOR GARCÍA MA, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DOCTOR ESQUERDO Nº 46. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar un Procedimiento Normalizado de Trabajo para elaborar un preparado tópico de anfotericina B, realizar la validación galénica de la fórmula y evaluar la respuesta al tratamiento en un paciente con micosis profunda de miembros amputados por pie diabético.

MATERIALES Y MÉTODOS

En un paciente con los antecedentes anteriormente descritos se aislaron en una muestra de tejido *Candida albicans* y *Fusarium oxysporum*. El Servicio de Microbiología Clínica indicó tratamiento con anfotericina B tópica, que se solicitó al Servicio de Farmacia como fórmula magistral. En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar la concentración más adecuada y diseñar un procedimiento de elaboración. Se estableció su estabilidad y se realizó la validación galénica de la fórmula según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria. Se estudiaron los parámetros físico-químicos de la muestra el día de la elaboración y de forma semanal durante 30 días. Los aspectos evaluados fueron: color, olor, evanescencia y oclusividad, extensibilidad, consistencia, efecto refrescante, formación de grumos, homogeneidad, efectos de cremado y sedimentación y pH determinado por potenciometría. La efectividad de la preparación se evaluó valorando la respuesta clínica y realizando cultivos de nuevas muestras del tejido afectado, tomando los datos de la historia clínica electrónica (HP-HCIS).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La anfotericina B es prácticamente insoluble en agua, por lo que se decidió formular una emulsión O/W. Se estableció una concentración del 1 % y se elaboró a partir de 1 gramo (g) de anfotericina B, 10 g de Neo PCL O/W autoemulsionable, 5 g de sorbitol solución al 70 %, 1 g de glicerol, 0,2 g de metilparaben sódico y agua para laboratorio cantidad suficiente para 100 g. Se elaboró la emulsión según el procedimiento habitual y posteriormente se incorporó el principio activo previamente humectado con glicerina. Se establecieron 30 días de validez en nevera y protegido de la luz por ser el periodo máximo para preparaciones acuosas no orales y ser la anfotericina B termolábil. Respecto a la estabilidad físico-química, no se observaron cambios en los parámetros estudiados, siendo una emulsión de color amarillo intenso, inodoro, con propiedades evanescentes y refrescantes, fácilmente extensible, de consistencia semifluida y homogénea. No se observó la aparición de grumos o efectos de cremado y sedimentación a lo largo de todo el período de evaluación. El pH el día de la elaboración fue de 8,523 con una variabilidad máxima del 2 % (t8: 8,406; t15: 8,537; t22: 8,699 y t30: 8,658). En relación a la efectividad de la preparación, tras 20 días de tratamiento, se observó una mejoría notable con resolución progresiva de las lesiones. Los cultivos de tejido resultaron asimismo negativos, por lo que se decidió suspender el tratamiento.

Conclusiones

La emulsión de anfotericina B al 1 % permanece física y químicamente estable protegida de la luz y en nevera durante al menos 30 días, y cubre una laguna terapéutica en el tratamiento de micosis producidas por microorganismos sensibles.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

683. INFLUENCIA DE LA CARGA PROTEICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN LA HOMEOSTASIS DE FÓSFORO, CALCIO Y POTASIO EN PREMATUROS

AUTORES

GÓMEZ GANDA L, PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, GARCÍA PALOP B, LINÉS PALAZÓN M, GOTERRIS BONET L, CASTILLO SALINAS F, BLANCO GRAU A, CLEMENTE BAUTISTA S
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar si la carga proteica administrada mediante nutrición parenteral (NP) tiene efecto sobre la homeostasis de fósforo, calcio, potasio y la mortalidad en el recién nacido prematuro de muy bajo peso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel de enero a diciembre de 2016. Se incluyeron recién nacidos de edad gestacional ≤ 33 semanas, con peso al nacer ≤ 1500 g, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en las primeras 24h de vida y que recibieron NP durante un mínimo de 72h. Se recogieron datos biodemográficos, clínicos y analíticos así como la composición y duración de la NP. Según los aportes proteicos

administrados, expresados como gramos de aminoácidos, se establecieron dos grupos de pacientes con aportes extremos: ≥ 3 g/kg/día y $\leq 2,7$ g/kg/día.

Se definió hipofosfatemia como $P < 1.6$ mmol/L, hipercalcemia $Ca > 2.8$ mmol/L e hipokalemia $K < 3$ mmol/L.

Se realizó un análisis univariable para examinar la asociación entre el aporte proteico (total o por grupos) y las concentraciones séricas de fósforo, calcio, potasio y la mortalidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 114 neonatos (57% niñas) con un peso medio al nacer de 1069 (277) g, 28.5 (2.6) semanas de gestación y una duración media de NP de 8.8 (7.3) días.

La composición media de la NP durante el tratamiento fue: volumen 94 (17) mL/kg/día, energía 58.8 (8.2) Kcal/kg/día, hidratos de carbono 7.4 (1.3) g/kg/día, aminoácidos 2.9 (0.4) g/kg/día, lípidos 1.8 (0.3) g/kg/día, sodio 2.4 (0.8) mEq/kg/día, potasio 1.4 (0.3) mEq/kg/día, calcio 1.5 (0.2) mEq/kg/día y fósforo 0.7 (0.1) mmol/kg/día.

En el grupo $\leq 2,7$ g/kg/día (26 pacientes) las concentraciones plasmáticas medias de fósforo, calcio y potasio fueron 1.62 (0.47) mmol/L, 2.24 (0.21) mmol/L y 1.19 (0.17) mmol/L, respectivamente. La incidencia de hipofosfatemia, hipercalcemia e hipokalemia fue de 34.6%, 3.8% y 96.0%, respectivamente.

En el grupo ≥ 3 g/kg/día (54 pacientes) las concentraciones plasmáticas medias de fósforo, calcio y potasio fueron 1.42 (0.41) mmol/L, 2.29 (0.16) mmol/L y 1.11 (0.09) mmol/L, respectivamente. La incidencia de hipofosfatemia, hipercalcemia e hipokalemia fue de 55.6%, 1.8% y 90.7%, respectivamente.

Se observó una tendencia entre el mayor aporte proteico y una mayor incidencia de hipofosfatemia aunque no se halló relación estadísticamente significativa ($p=0.0763$).

Aportes superiores a ≥ 3 g/kg/día se relacionaron con mayor número casos de hipofosfatemia ($p=0.001$). En cambio, no se observó una relación estadísticamente significativa entre aportes proteicos ≥ 3 g/kg/día e hipercalcemia o hipokalemia.

La mortalidad global a los 30 días del inicio de la NP fue del 5.2% (6 pacientes), no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de aporte extremo de aminoácidos.

En nuestro estudio no se encontraron diferencias entre los aportes proteicos y la mortalidad o la incidencia de hipercalcemia o hipokalemia. Sin embargo, un aporte proteico ≥ 3 g/kg/día se relacionó con mayor incidencia de hipofosfatemia.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

689. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RITUXIMAB

AUTORES

QUESADA MUÑOZ L, FERNÁNDEZ FRADEJAS J, PÉREZ MENÉNDEZ - CONDE C, GARCÍA BASAS L, SOLANO SOLARES E, GÓMEZ DE SALAZAR LÓPEZ DE SILANES ME, PUEYO LÓPEZ C, BERMEJO VICEDO MT
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. CTRA. DE COLMENAR, KM. 9.100. MADRID

OBJETIVOS

Describir la utilización de un protocolo de desensibilización al rituximab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital general de tercer nivel.

La población de estudio fueron todos los pacientes que recibieron un protocolo de desensibilización a rituximab entre abril de 2014 y abril de 2018.

El protocolo de desensibilización al rituximab consiste en su administración en 12 pasos, en los que se va aumentando de forma progresiva la velocidad de infusión y la concentración del fármaco durante aproximadamente 6-8 horas, hasta alcanzar la dosis terapéutica total. El servicio de farmacia prepara en condiciones asépticas 3 diluciones para administración intravenosa: solución 3 (dosis total en 250 mL de suero fisiológico), solución 2 (dilución 1/10), solución 1 (dilución 1/100).

Se seleccionaron los pacientes a través del programa de prescripción electrónica (Oncowin®). Los datos del paciente y evolución clínica se obtuvieron de su historia clínica.

Las variables del estudio fueron: sexo, edad, diagnóstico, manifestación clínica de la reacción alérgica, realización de pruebas alérgicas, número de ciclos con desensibilización y eficacia de la desensibilización.

La eficacia de la desensibilización se determinó obteniendo la proporción de pacientes a los cuales, a pesar del evento adverso, se les pudo administrar el medicamento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A 19 pacientes se les administró un protocolo de desensibilización al rituximab. El 67,9% (11) fueron hombres. El rango de edad estuvo comprendido entre los 22 y los 89 años, siendo la media de 60,2 años.

El diagnóstico principal fue en el 78,9% (15) un cáncer de tipo hematológico, mientras que el 21,1% (4) presentó una enfermedad de carácter inmunológico (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o sarcoidosis).

Las manifestaciones clínicas de la alergia fueron en el 57,9% (11) de los pacientes síntomas cutáneos o en las mucosas, que aparecieron junto a sensación distérmica en un 40% de los casos. Un 15,7% (3) sufrieron reacciones de tipo anafiláctico y 15,7% (3) síntomas respiratorios.

Se realizaron pruebas cutáneas en un 89,5% (17) de los casos, siendo positivas el 6,2% (1). El 52,6% fue sometido a una provocación controlada al fármaco, que resultó positiva en el 100% de los casos.

La mediana total de ciclos de desensibilización recibidos por paciente fue de 3 (mínimo 1 – máximo 14).

El 94,7% (18) de los protocolos de desensibilización fueron eficaces. Un 5,3% (1) fracasó por producirse reacciones adversas de hipersensibilidad graves durante la infusión del primer ciclo de desensibilización.

La pauta de desensibilización y la formulación utilizada constituyen una estrategia eficaz para los pacientes, permitiendo la continuidad del tratamiento con rituximab. El protocolo de desensibilización se aplica no solo a pacientes hipersensibles (con prueba cutánea o provocación controlada positivas), sino también a aquéllos que no teniendo datos objetivos de su hipersensibilidad, presentaron durante la administración del fármaco reacciones adversas graves.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**790. TRATAMIENTO DE LA ERITRODISESTESIA PALMOPLANTAR POR CAPECITABINA CON CREMA DE VITAMINA E Y ALANTOÍNA****AUTORES**

CASTRO BALADO A, TOURIS LORES M, FERNANDEZ FERREIRO A, GONZALEZ BARCIA M, BERNARDEZ FERRAN B, LAMAS DIAZ MJ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La eritrodisestesia palmoplantar (EPP) o síndrome mano-pie es una de las reacciones adversas más frecuentes derivadas del tratamiento con capecitabina. Su abordaje terapéutico se centra en el uso de tratamientos tópicos como los corticoides, la urea y preparados a base de compuestos antioxidantes. La ausencia de presentaciones comerciales tópicas que coformulen compuestos con acción antioxidante junto con principios activos con actividad cicatrizante y queratolítica a altas concentraciones, motiva la búsqueda de una alternativa terapéutica tópica destinada al tratamiento de esta reacción adversa, que actúe en la proliferación del estrato córneo, acelerando la cicatrización de las lesiones, al mismo tiempo que limpie y elimine el tejido necrótico.

El objetivo del presente trabajo es presentar una nueva fórmula magistral tópica en crema para el tratamiento del EPP en pacientes que reciben capecitabina oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Inicialmente se realizó una búsqueda de los principios activos y excipientes compatibles que reunieran las características farmacológicas, físico-químicas y organolépticas más adecuadas para la elaboración de una formulación magistral tópica para el tratamiento del EPP. Una vez elaborada la formulación, fue empleada por 25 pacientes con EPP. La crema se aplicó dos veces al día durante 1 mes en las zonas afectadas de palmas de las manos y plantas de los pies.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Tras la búsqueda, la formulación tópica presentó una concentración del 3% de vitamina E acetato, seleccionada por su acción antioxidante e hidratante, y un 1% de alantoína, con actividad cicatrizante y queratolítica. Como excipiente se escogió la Cold-Cream, vehiculizante de los compuestos anteriores con acción emoliente de base externa acuosa. Para elaborar el preparado, se pesaron 3 g de vitamina E acetato, incorporando con agitación manual Cold-Cream de forma homogénea hasta alcanzar los 50 g. Se pesó por otro lado 1 g de alantoína y se disolvió en 2 ml de agua destilada calentada previamente a 60°C. Después, se incorporó la solución alantoína a la mezcla inicial, completando y homogenizando con Cold-Cream hasta un peso final de 100 g. La formulación presentó unas características reológicas adecuadas para su aplicación, mostrando adecuada extensibilidad, absorción y tolerancia tras su administración en todos los pacientes. Tras el periodo de tratamiento, los pacientes refirieron una buena aceptación y no se comunicó ningún problema de tolerancia, ni de empeoramiento de la EPP con su uso.

Conclusiones

La formulación magistral tópica en crema de vitamina E y alantoína presenta de forma conjunta principios activos con actividad antioxidante y cicatrizante a una concentración más alta que las disponibles en el mercado. Es una fórmula sencilla de elaborar, que no requiere equipamiento especial, y que permite su adecuada aplicación sobre las zonas afectadas. A partir de nuestra experiencia, se presenta como una alternativa bien aceptada y tolerada para el tratamiento del EPP en pacientes que reciben capecitabina oral.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**823. IMIQUIMOD 3% TÓPICO EN USO OFF-LABEL PARA PAPILOMATOSIS ORAL FLORIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES**

RENDÓN DE LOPE L, RUIZ HUERTAS P, DONOSO RENGIFO C, MURILLO IZQUIERDO M, CORDERO RAMOS J, VÁZQUEZ REAL M, CASTAÑEDA MACÍAS I, CAMEÁN FERNÁNDEZ M

HOSPITAL UNIV. VIRGEN MACARENA. C/ DR. FEDRIANI, 3. SEVILLA

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico de Papilomatosis Oral Florida (POF) tratada con imiquimod tópico al 3%, tras recidivas con cirugía convencional y vaporización con láser de CO₂. El imiquimod es un inmunomodulador, con actividad antitumoral, indicado para el tratamiento de verrugas genitales y perianales producidas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), queratosis actínica y carcinoma basocelular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Elaboración de una fórmula magistral, en el laboratorio de farmacotecnia, de imiquimod al 3%, en excipiente adhesivo oral, para el tratamiento de lesiones papilomatosas en la mucosa oral y seguimiento de la evolución de la paciente tratada con dicha fórmula desde el inicio del tratamiento hasta el fin del periodo de estudio. Para ello se usó la aplicación de acceso a historia clínica informatizada, Diraya®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Paciente de 74 años, sexo femenino, diagnosticada de POF en 2008, intervenida en 2010 mediante extirpación de papiloma escamoso y posterior vaporización láser con CO₂, presentando posteriormente numerosas recidivas resultantes de la no-respuesta al tratamiento anteriormente mencionado. En 2011 se detecta en biopsia carcinoma verrucoso e hiperplasia verrucosa proliferativa, siendo intervenida de nuevo para extirpación e injerto de piel.



En 2015, tras biopsia, el diagnóstico anatomopatológico fue queratosis actínica y papiloma queratósico. En 2017 se realizó de nuevo una extirpación de las lesiones papilomatosas.

Finalmente, en enero de 2018 se llevó a cabo la última resección, resultando en la biopsia un tipaje para VPH de alto y bajo riesgo negativos. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, se decidió iniciar tratamiento con imiquimod tópico al 3%.

La elaboración se llevó a cabo utilizando excipiente adhesivo oral para prolongar la permanencia del fármaco en la mucosa oral y reducir los efectos del imiquimod en zonas de piel sana, además de vaselina líquida para favorecer la interposición del principio activo en el excipiente. Se obtuvo una fórmula con una consistencia de pasta y color blanquecino, correspondiente al polvo de imiquimod, de fácil aplicación en mucosa y cavidad oral mediante cepillo interproximal.

La pauta indicada fue de 1 aplicación por la noche, 3 días/semana, descansando fines de semana. Cada aplicación supone una dosis de aprox. 0,01 g de imiquimod (340 mg de preparado). Además, se añadió al tratamiento gel de ácido hialurónico para minimizar los efectos adversos del imiquimod en mucosa sana perilesional.

Durante las dos primeras semanas de tratamiento la paciente presentó una disminución del volumen de las lesiones y del aspecto escamoso, además de no presentar reacciones adversas. Tras 4 semanas de tratamiento, las lesiones se observaron más queratósicas. Tras 8 semanas de tratamiento tópico con imiquimod, la paciente presentó buena tolerancia, sin reacciones adversas ni complicaciones, y reducción de las lesiones.

Actualmente, semana +11, las lesiones papilomatosas de suelo de boca y punta lingual han desaparecido, manteniéndose una pequeña lesión en el labio inferior.

La evolución clínica de la paciente sugiere que la aplicación en mucosa oral de imiquimod 3% es segura y bien tolerada, mostrando ser eficaz en el tratamiento de POF y evitando así reiteradas intervenciones quirúrgicas.

La elección de excipiente adhesivo oral favorece la permanencia del fármaco en la zona afectada, asegurando el efecto farmacológico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

922. EVALUACIÓN GLOBAL DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

MENÁRGUEZ BLANC R, ARIAS MARTINEZ A, ÁLVAREZ MANCEÑIDO FJ, RODRIGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, MARTÍNEZ TORRÓN A, CARRILES FERNÁNDEZ C, GÓMEZ ÁLVAREZ E
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. AVDA. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

La elaboración de mezclas de nutrición parenteral es una actividad bajo la responsabilidad directa del farmacéutico. Los sistemas automatizados de elaboración de mezclas están diseñados para proporcionar al farmacéutico una serie de herramientas y ventajas frente a la elaboración manual clásica. El objetivo de este estudio es analizar distintos parámetros para evaluar la eficiencia, seguridad y precisión de la elaboración automatizada de nutriciones parenterales en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las variables recogidas para evaluar la eficiencia fueron: tiempo de montaje y calibración automática del sistema durante 10 días, tiempo de elaboración de las mezclas y número de elaboraciones en el periodo de máxima actividad (1 de Enero al 31 Marzo). Para evaluar la seguridad se determinó la concentración de electrolitos (Na, K, Ca y Mg) y la osmolaridad de 20 mezclas de nutrición parenteral en el Laboratorio de Bioquímica y se obtuvo el error relativo de cada uno de ellos. Además, se analizaron los resultados de todos los controles microbiológicos rutinarios realizados en 2017 por el Laboratorio de Microbiología. Para evaluar la precisión se utilizó el valor del error relativo en la pesada proporcionado por el control gravimétrico del sistema. Para determinar si la precisión se encuentra influida por el volumen total de la mezcla, se comparó el error relativo en la pesada de 20 mezclas estandarizadas de gran volumen (2500 ml) con el de 20 mezclas de bajo volumen destinadas a neonatos. La determinación de electrolitos se realizó por potenciometría indirecta y la osmolaridad por descenso crioscópico. En el proceso de montaje y elaboración siempre participaron dos enfermeras y dos auxiliares de enfermería.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El tiempo medio de montaje del sistema fue de 36 min (34-40 min) y el tiempo medio de calibración fue de 2 min. El tiempo medio para conseguir que el sistema fuera totalmente operativo fue de 39 min (36-43 min). El tiempo medio de elaboración por mezcla (n=40) fue de 4 min 26 s. Entre Enero-Marzo se elaboraron 2.549 mezclas, con una media de 33,54 mezclas/día. El error relativo medio de todos los electrolitos en las 20 mezclas analizadas fue de 4,1% (Na 3,85%, K 3,02%, Ca 5.1% y Mg 4.47%). En cinco determinaciones (8,3%) se superó el 10% de error relativo. En cuanto a la osmolaridad, la media del error relativo fue de 1,25%, y nunca superó el valor de 5%. De un total de 99 controles microbiológicos realizados en 2017, 5 cultivos resultaron positivos, catalogándose todos como contaminación en el proceso de manipulación de la muestra. De 586 mezclas, 470 (80,2%) estuvieron en el rango de -1/+1% de error relativo en la pesada, y ninguna superó el 5%. El error relativo medio en las 20 mezclas de gran volumen (2500 mL) y en las 20 mezclas de bajo volumen (media 137,2 mL) fue de 0,70% y 0,63% respectivamente, no encontrándose diferencias significativas entre ambos.

El sistema de elaboración automatizado ha demostrado ser eficiente según los tiempos de elaboración y rendimiento; seguro según los controles bioquímicos/microbiológicos y muy preciso según el análisis del control gravimétrico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**932. ANÁLISIS DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL DE DÍA 0 EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS****AUTORES**

ANTÓN MARTÍNEZ M, QUINTANA VELASCO F, CASTELLANO HERRADOR JJ, RAMIS RIERA F, ANDRÉS LEDESMA C
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

1/Analizar el perfil de prescripción e inicio de las nutriciones parenterales (NP) en Recién nacidos prematuros (RNP) en el servicio de neonatología y valorar la adecuación de la NP según las recomendaciones estándar.

2/ Identificar oportunidades de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 10 meses de duración (febrero-noviembre 2017) en RNP. Se revisaron las recomendaciones nutricionales para RNP en el primer día de vida de la sociedad ESPGHAN 2005, siendo las siguientes: glucosa: 6-12 g/kg/día; aminoácidos: 1.5-2 g/kg/día; lípidos: 0.5-1 g/kg/día; líquidos: 60-90 mL/kg/día; sodio y potasio: 0 mEq/kg/día. Se revisaron las historias de las nutriciones prescritas a RNP a partir de la base de datos informática del programa de gestión de NP y las hojas de registro de seguimiento de cada paciente por parte del servicio de farmacia, en las que se recogen: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, fecha de inicio de la NP, peso, volumen de agua mL/kg, gramos (g) de proteínas/kg, g de glucosa/kg, g de lípidos/kg y aportes de calcio, fósforo, sodio, potasio y vitaminas todo ello por kg de peso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Recibieron NP 29 RNP desde febrero hasta noviembre de 2017. De éstos, 14 (48 %) RNP empezaron la nutrición el día 0 de vida, 11 (38%) empezaron el día 1 de vida y 4 (14 %) el día 2. De los 14 RNP la mediana del peso fue 1.34 kg [0.6-2.12], de la duración con NP de 5 días [1-15], del volumen de líquidos 80 mL/kg [60-130], de aminoácidos 2.5 g/kg [1-3], de glucosa 7.5 g/kg [3-20] y de lípidos 0.5 g/kg [0-1]. Ninguna NP de día 0 llevaba sodio ni potasio.

Conclusiones

1/ Más de la mitad de las NP revisadas no empezaron el día 0 de vida del RN. Todas se ajustaron a las recomendaciones de glucosa, de sodio y potasio, 10/14 (71%) no se ajustaron a las recomendaciones de aminoácidos y 4/14 (29%) no llevaban lípidos.

2/ Desde farmacia se propone elaborar un protocolo de NP estandariza en el día 0 para RNP junto con el Servicio de Neonatología, el cual permitirá que todos los RNP reciban NP desde el día 0, con unos requerimientos estándar según las guías y de forma segura disminuyendo los posibles errores de prescripción y transcripción.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**939. ESTABILIDAD FISICOQUÍMICA Y MICROBIOLÓGICA DE UN PREPARADO COMERCIAL DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS****AUTORES**

VEGA HANNA L, CASANOVAS NAVARRO R, EROLES BAENA S, PRAT RIERA A, CARDENETE ORNAQUE J, ARETIO POUSA A, GARCÍA OSUNA Á, GARIN ESCRIVA N
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CARRER DE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA

OBJETIVOS

El aporte de vitaminas es esencial para el correcto desarrollo del paciente pediátrico, con unos requerimientos proporcionalmente más elevados que en los pacientes adultos. Existen varias presentaciones comerciales de vitaminas pediátricas aptas para su administración por vía parenteral. Una de ellas es Infuvite Pediatric®, que consta de dos viales (10 ml y 40 ml) que se mezclan en el momento de su preparación. Posteriormente se añade el volumen necesario de esta mezcla a la nutrición parenteral. El laboratorio fabricante recomienda desechar Infuvite Pediatric® a las cuatro horas de su reconstitución.

El objetivo de este estudio es evaluar la estabilidad fisicoquímica y microbiológica de Infuvite Pediatric® manipulados en condiciones asépticas, en el servicio de Farmacia Hospitalaria durante un periodo de siete días. Para el estudio químico se seleccionó el ácido ascórbico (vitamina C) al ser un compuesto de rápida degradación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la evaluación fisicoquímica se tomaron muestras de 5 viales a diferentes tiempos (0h, 24h, 48h, siete días) que se conservaron congeladas (-22°C) hasta su posterior análisis. La concentración de ácido ascórbico fue determinada mediante HPLC. La osmolalidad fue determinada con osmómetro (The Fiske micro-osmoter 210), y el pH con pHmetro (EUTECH instrument pH510), realizándose estas medidas en los tiempos anteriormente mencionados. Se estudió visualmente la presencia de partículas y el cambio de color en la solución.

Para el control microbiológico se tomaron 3 viales extrayendo un 10% del volumen del vial a estudio, tal y como recomienda la Farmacopea Europea, que se testaron a tiempo: 0h, 24h, 48h, siete días. Este proceso se realizó en cabina de flujo laminar horizontal en condiciones asépticas, desinfectando cada vial con povidona yodada. Una vez obtenida la muestra, se desinfectó de nuevo el vial y se almacenó refrigerado (4°C) hasta la toma de la siguiente muestra. Ésta se filtró a través de un filtro Millipore® de 0,22 micrómetros. Posteriormente se colocó en una placa agar-sangre, se incubó a 35°C durante 48 horas en atmósfera enriquecida con un 5% de CO₂.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La disminución de la concentración de ácido ascórbico (media, rango) en las muestras fue de 4,9% (3-5,2) a las 24h, 7,2% (4,7-10) a las 48h y 11,34% (6-15) a los siete días. El resto de parámetros fisicoquímicos permanecieron estables durante todo el periodo estudiado. El valor medio de pH fue de 6,1 (6,0-6,23) y el de osmolalidad 318,8 mOsm/kg (314-326). La inspección visual de partículas y los controles microbiológicos fueron negativos.

La solución de vitaminas Infuvite Pediatric® demostró ser estable desde el punto de vista fisicoquímico durante 24 h (pérdida inferior a 5%) y microbiológicamente durante siete días con una osmolalidad y pH adecuados para su administración intravenosa. Los resultados obtenidos indican la posibilidad de utilizar el preparado, bajo las condiciones de trabajo descritas, durante un periodo de 24 horas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

942. DISEÑO Y VALIDACIÓN GALÉNICA DE UN GEL TÓPICO DE AMIKACINA 0,5% PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES CUTÁNEAS

AUTORES

GARCÍA SÁNCHEZ S, PERNÍA LÓPEZ MS, MELGAREJO ORTUÑO A, BLANCO SÁNCHEZ G, GARCÍA MORENO FJ, AMOR GARCÍA MÁ, HERRANZ ALONSO A, SANJURJO SÁEZ M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. CALLE DEL DR. ESQUERDO, 46. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para elaborar un preparado tópico de amikacina y realizar su validación galénica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El Servicio de Microbiología Clínica de nuestro hospital venía administrando por vía tópica la solución comercial inyectable de amikacina al 1 % para el tratamiento de distintas infecciones cutáneas sensibles a dicho antibiótico. Para aumentar su tiempo de permanencia, solicitaron al Servicio de Farmacia la elaboración de amikacina tópica como fórmula magistral en gel o crema.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para determinar la concentración más adecuada y establecer un procedimiento de elaboración. Se estableció su estabilidad y se realizó la validación galénica de la fórmula según la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria. Se estudiaron los parámetros fisicoquímicos de la muestra el día de la elaboración y de forma semanal durante 30 días. Los aspectos evaluados fueron: color, olor, evanescencia, poder refrescante, extensibilidad aparente, consistencia aparente, transparencia, homogeneidad, exudación y pH.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Al realizar la búsqueda bibliográfica se encontró un gel de amikacina al 5 % comercializado en Venezuela e Italia con el nombre comercial de Likacin®. Tomando como base la composición de este medicamento, se elaboró un gel de amikacina al 0,5 %. Para ello, se diluyeron 2 mL de la presentación comercial de amikacina 250 mg/mL con 4 mL de glicerol y agua hasta un volumen final de 100 mL. Una vez obtenida la solución, se añadió 1 g de hidroxietilcelulosa en agitación continua, manteniéndose durante aproximadamente 8 horas hasta la gelificación. Para su dispensación se envasó en frasco de plástico y se conservó en nevera. El gel de amikacina 0,5 % obtenido fue transparente, homogéneo, de viscosidad media y pH 4-5. Presentó unas características óptimas de evanescencia, poder refrescante y extensibilidad. La validación galénica de la fórmula permitió comprobar que durante 30 días no se producen cambios en sus propiedades organolépticas ni en el resto de propiedades analizadas, por lo que se le asignó un periodo de validez de 30 días conservado entre 2 y 8 °C.

Conclusiones

La elaboración como fórmula magistral de un gel de amikacina al 0,5 % cubre una laguna terapéutica en nuestro país en el tratamiento de infecciones cutáneas.

La validación galénica nos permite asegurar que las características físico-químicas y organolépticas del gel, conservado en nevera, se mantienen durante todo el periodo de estabilidad asignado.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1025. MEDIDAS Y TRATAMIENTO TÓPICO CON DEFEROXAMINA PARA LA EXTRAVASACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO

AUTORES

LÓPEZ BROSETA P, MARTÍN MARQUÉS M, DE DIOS LÓPEZ A, DEL ESTAL JIMENEZ J, TURÉGANO FUENTES P, HILINGER FRIAS S, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DOCTOR MALLAFRÉ GUARCH N7. TARRAGONA

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio son:

1. Descripción de las medidas a aplicar tras una extravasación de hierro carboximaltosa intravenoso.
2. Descripción de la fórmula magistral con deferoxamina como tratamiento para la coloración oscura de la piel producida por la extravasación de hierro.
3. Eficacia y tolerancia del preparado tópico.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una consulta al Servicio de Farmacia(SF) desde hospital de día tras evidenciar la extravasación de hierro en una paciente. Se efectuó una búsqueda mediante pubmed así como también una consulta al laboratorio comercializador de hierro carboximaltosa intravenoso sobre las medidas generales y específicas a aplicar su extravasación. A consecuencia, puede aparecer un tatuaje en la piel, del color de la preparación, que desaparece en el momento que se absorbe del todo.

Desde la consulta de Dermatología se solicitó al SF la elaboración de una fórmula magistral (FM) con deferoxamina como tratamiento tópico de la pigmentación oscura. Este fármaco es un agente quelante que moviliza el hierro en su forma férrica (insoluble) de los depósitos de ferritina, hemosiderina y transferrina formando ferrioxamina, un complejo estable e hidrosoluble. Para la realización del preparado con deferoxamina se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas en formulación magistral.

Durante el tratamiento, se realizó un seguimiento de la paciente para comprobar la eficacia del tratamiento, mediante la visualización directa de la mancha y comparación con fotografías del momento de la extravasación, y tolerancia (pregunta directa sobre aparición de efectos adversos al aplicar el producto) tanto en dermatología como en el SF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las medidas recomendadas frente a la extravasación fueron:

- 1) Retirar la vía de infusión.
- 2) No manipular la región donde se ha presentado la extravasación con el objetivo de no extender el producto.
- 3) No mover la extremidad afectada, manteniéndola ni muy levantada ni muy baja.
- 4) En caso de dolor o inflamación, se puede administrar un analgésico o antiinflamatorio siempre vía oral, nunca vía tópica en el lugar de la extravasación. Puede ser beneficioso aplicar frío en la zona afectada.

A pesar de la aplicación de las medidas recomendadas, debido a que la mayoría de dosis se había extravasado, la paciente presentó una coloración oscura de la piel tanto en la cara anterior como posterior del antebrazo. Con la finalidad de reducir la pigmentación la paciente aplicó deferoxamina 0,5%, realizada por el SF, una vez al día durante 4 meses. La FM fue elaborada con los siguientes componentes: Deferoxamina 0,5%, propilenglicol, 20%, agua purificada 5% y base Beeler csp.

El resultado fue una disminución progresiva de la coloración pasando de marrón oscuro a claro. Respecto a los efectos adversos, la paciente refirió muy buena tolerancia al preparado.

Se deben aplicar las medidas recomendadas para la extravasación lo antes posible para así disminuir la probabilidad de aparición de la coloración oscura de la piel característica de la extravasación de hierro. La FM con deferoxamina ayudó a la reabsorción del hierro extravascular gracias a su mecanismo de acción, disminuyendo progresivamente la pigmentación de la piel en la zona extravasada.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1027. SECUENCIACIÓN A VÍA ORAL DE DOS SUSPENSIONES DE FENOBARBITAL AL 1%: EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

MARTÍNEZ-CABALLERO MARTÍNEZ D, COLOMER AGUILAR C, RAYMUNDO PIÑERO A, BOADA HERNANDEZ P, DÍAZ GONZALEZ M, PASCUAL CARRASCO Á, MAS SERRANO P, SELVA OTAOLAURRUCHI J
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. CALLE PINTOR BAEZA. ALICANTE

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comparar la secuenciación a vía oral de dos suspensiones de fenobarbital 10 mg/ml fórmula magistral (FM) con diferentes excipientes para el tratamiento de crisis convulsivas en pacientes ingresados en UCI neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero 2016 a abril 2018. Se incluyeron neonatos en tratamiento con fenobarbital con al menos datos de una concentración sérica (Cp) durante el tratamiento intravenoso, y una Cp tras secuenciación a vía oral. Se establecieron dos grupos: grupo 1 (enero 2015-abril 2016) pacientes que recibieron la FM 1 con excipientes Ora-Sweet SF® y Ora-Plus®; grupo 2 (marzo 2017-enero 2018) recibieron FM 2 con Flavor Plus® y Flavor SweetSF®.

Variable principal: diferencia entre Cp en estado estacionario (Cp_{ee}) estimada con última pauta posológica intravenosa previa a la secuenciación y la Cp_{ee} estimada con misma pauta posológica vía oral. Para evaluar la equivalencia de ambas formulaciones se compararon estas diferencias. Otras variables recogidas fueron edad, peso, posología, Cp observadas. La determinación de fenobarbital se realizó mediante enzimoimmunoensayo en la plataforma INDIKO® (Thermo®), rango de ensayo 1,2-80 mg/L, y ajustes posológicos con ABBOTTBASE Pharmacokinetic Systems® v. 1.1 (pKs).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Grupo 1: se incluyeron 6 neonatos con mediana de edad de 2 días (rango: 1-7 días) y peso medio 2,6 kg (IC95%: 1,89-3,21). Grupo 2: 5 neonatos con mediana de 3 días (rango: 1-30 días) y peso medio 3,5 kg (IC 95%: 3,2-3,8). Recibieron dosis de carga intravenosa de fenobarbital de 20 mg/kg y dosis de mantenimiento de 4,1 mg/kg/día (IC 95%: 3,3-4,7) intravenosa y oral.

Grupo 1: la media de las Cp_{ee} con pauta intravenosa fue 25,5 mg/L (IC95%: 21,6-29,4) y tras la secuenciación 23,5 mg/L (IC95%: 19,3-28,7), con una diferencia de medias de 2 mg/L (IC95%: 0,7-3,2);. Grupo 2: 26,6 mg/L (IC95% 23-30,2) y 23,4 mg/L (IC95%: 19,3-27,5), con diferencia de medias de 3,1 mg/L (IC95%: 2,5-3,7). Todos los valores de Cp se encontraron dentro del intervalo terapéutico objetivo de 15-40 mg/L. No se observó significación estadística entre las diferencias de



Cpée estimadas con las dos formulaciones orales.

Las Cpée estimadas en los 2 grupos previas a la secuenciación fueron similares. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas post secuenciación entre los 2 grupos, indicando la equivalencia de excipientes.

Las dos formulaciones de fenobarbital muestran Cpée dentro del intervalo terapéutico. El estado clínico de los pacientes fue de mejoría clínica con control de las crisis convulsivas en ambos grupos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1059. CREMA DE COLISTINA AL 0.1% EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES LOCALES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE

AUTORES

MANDILEGO GARCIA A, LOPEZ BARROS D, RODRIGUEZ CAMACHO JM, PEREZ RODRIGUEZ O, COMPANY BEZARES F, CANO COLLADO V, GONZALEZ MORCILLO G, VILANOVA BOLTO M
HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de una formulación magistral tópica de colistina en pacientes con infección local por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (MDR)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en un hospital que atiende a una población de 250.000 habitantes. Se incluyeron todos los pacientes ingresados que iniciaron tratamiento con una fórmula magistral de crema de colistina tópica al 0.1% desde Enero del 2017 hasta Abril del 2018.

Se recogieron las siguientes variables mediante revisión de las historias clínicas y los informes del Servicio de Microbiología: enfermedad de base, microorganismo aislado, localización y tipo de la lesión, tratamiento antibiótico sistémico realizado y duración del tratamiento con colistina 0.1%. La efectividad clínica y microbiológica se evaluó mediante datos relacionados con la mejoría del aspecto de la lesión y la negativización del cultivo. Para evaluar la seguridad se recogieron probables reacciones adversas a la colistina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el tiempo del estudio un total de 16 pacientes de nuestro sector fueron tratados con Colistina tópica de los cuales 7 (44%) fueron incluidos en el estudio (edad media 67±6 años, 5 de ellos hombres). Se excluyeron a 9 pacientes por tratarse de pacientes ambulatorios en tratamiento con crema de colistina.

En 6 de los pacientes se aisló en el cultivo de la lesión *Pseudomonas aeruginosa* MDR.

1 paciente se trató sin realizar ningún cultivo microbiológico pero con cultivos anteriores positivos a *Pseudomonas* y una sospecha clínica de infección por dicho microorganismo.

5 pacientes ingresaron por su enfermedad hematológica de base y desarrollaron las lesiones durante el ingreso. En los otros 2 pacientes la propia lesión fue la causa del ingreso.

En 5 pacientes la lesión tratada fue una úlcera varicosa y en 2 correspondía a una lesión violácea.

Las localizaciones de la lesión fueron en 3 pacientes a nivel de miembros inferiores, en otros 3 a nivel anal y axilar y en 1 paciente se localizó en la zona escrotal.

En cuanto al antibiótico sistémico, se utilizó monoterapia en 4 pacientes: 1 con levofloxacino oral, 2 con Piperacilina-tazobactam y 1 con Meropenem. En 3 pacientes se realizó doble terapia con betalactámico con actividad antipseudomona y Amikacina: 1 con Meropenem más Amikacina, 1 con Aztreonam más amikacina y 1 último con Piperacilina-tazobactam más amikacina

3 de nuestros pacientes negativizaron cultivo a *Pseudomonas aeruginosa* MDR tras un media de 20 días. 6 pacientes tuvieron una mejoría clínica sin signos de infección tras una media de 25 días. 1 paciente continuó en tratamiento sin signos de mejoría tras 110 días de tratamiento.

En relación a la seguridad del preparado no se observó ninguna reacción adversa relacionada con el medicamento.

La crema de colistina 0,1% produjo una buena evolución clínica en la gran mayoría de los pacientes. A nivel microbiológico se erradicó la *Pseudomonas aeruginosa* MDR en menos de la mitad de los pacientes.

Creemos que la crema de colistina se trata de una opción segura para tratar infecciones locales por *P.aeruginosa* MDR

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1102. MORTALIDAD Y APORTE PROTEICO EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRIGUEZ J, GALLARDO ANCIANO J, NEBOT VILLACAMPA MJ, HURTADO GOMEZ MF, ZAFRA MORALES R, PRIETO PARADELO M, FERNANDEZ CENCERRADO L
YARED GONZÁLEZ PÉREZ. C/ ITALIA 4 BAJO D. LA RIOJA

OBJETIVOS

Analizar la mortalidad de pacientes con nutrición parenteral (NP) en una unidad de cuidados intensivos (UMI) tras 90 días de estancia hospitalaria, así como el aporte diario de proteínas en la estancia en UMI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en un hospital general de 630 camas desde enero de 2014 a diciembre de 2017 en pacientes con NP en estancias mayores a 3 días en la UMI.

Las fuentes de información utilizadas fueron los evolutivos del Servicio de Farmacia y los programas informáticos de

prescripción electrónica, validación farmacéutica y de gestión y preparación de nutriciones.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso habitual, talla, índice de masa corporal (IMC), fechas relacionadas con las variables del estudio (inicio y fin NP, ingreso y alta del hospital, ingreso y alta de la UMI y fecha de fallecimiento.); nº de días de estancia (UMI y hospital), tiempo hasta el inicio de la NP tras el ingreso hospitalario, nº de días con ventilación mecánica, nº de días en tratamiento con antibiótico y los aportes de proteínas, lípidos, hidratos de carbono y calorías totales durante la estancia en UMI. Además, la variable del aporte proteico se expresa como el nº de gramos de proteína por Kg de peso diario.

Se ha utilizado una base de datos en Excel para procesar los datos. Para el cálculo de los aportes nutricionales se ha tenido en cuenta la administración concomitante de nutrición enteral, el propofol y la administración externa de sueros glucosados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 500 pacientes de los cuales 72 (14,4%) cumplieron los criterios establecidos con una edad media de $65 \pm 12,5$ años (70% hombres) $72 \pm 16,4$ Kg de peso, $166 \pm 9,4$ cm de altura y un IMC de $27,2 \pm 4,5$.

La duración de la NP en la estancia hospitalaria es de $13,2 \pm 6,4$ días y un tiempo medio para iniciarla tras el ingreso de $4,8 \pm 3,5$ días. La media de estancia en UMI y el hospital es de $13 \pm 9,1$ días y $37 \pm 20,3$ días respectivamente con una necesidad de 7 ± 3 días de ventilación mecánica y $23,6 \pm 12,7$ días en tratamiento con antibiótico.

Los aportes medios durante la estancia en UMI fueron de $63,6 \pm 11$ g de proteínas totales, $41,3 \pm 7,5$ g de lípidos y $154,8 \pm 15,6$ g de hidratos de carbono. Esto supone una media de $1287 \pm 134,5$ kcal totales. Además, 14 pacientes (19,4%) requirieron aporte de glucosa extra, 5 propofol (6,9%) y 12 (16,6%) tenían nutrición enteral concomitante.

La mortalidad a los 90 días fue del 27,8% (20 pacientes) y el aporte medio diario proteico por Kg de peso durante la estancia en UMI fue de 0,9 g proteínas /Kg.

La mortalidad durante estos tres años es lo esperado según la literatura (16-28%).

El aporte proteico diario no es el adecuado, pues no cumple los valores recomendados actualmente ($> 1,2-1,5$ g/Kg), sin embargo, aún existe controversia sobre cual es el valor óptimo a alcanzar.

Se necesitan realizar ensayos clínicos controlados, aleatorizados y randomizados para comprobar la existencia de una relación entre los valores del aporte proteico y la mortalidad en el paciente crítico.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1183. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN LA TRANSICIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL A ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

PÉREZ CORDÓN L, MIARONS FONT M, MARÍN RUBIO S, MARTÍNEZ DE LAGRÁN ZURBANO I, YÉBENES REYES JC, CAMPINS BERNADÀS L
HOSPITAL DE MATARÓ. CTRA. CICERA, S/N. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de complicaciones gastrointestinales secundarias a la transición de nutrición parenteral (NP) a nutrición enteral (NE) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Determinar qué factores están relacionados con este tipo de complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron todos los pacientes ingresados en la UCI que se trataron con NP entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se incluyeron aquellos que iniciaron NE posteriormente a la NP.

Las variables recogidas fueron: edad y sexo; parámetros antropométricos; diagnóstico médico/quirúrgico, estado séptico, escalas pronósticas (Charlson y Apache II); sedación, drogas vasoactivas y soporte ventilatorio mecánico durante las 72h posteriores al inicio de NE; complicaciones gastrointestinales; días de estancia en la UCI y mortalidad.

Las complicaciones gastrointestinales se definieron como: volumen de residuo gástrico: ≥ 500 ml/24h; distensión abdominal: cambio en la exploración abdominal (timpanismo y/o ausencia de ruidos peristálticos); diarrea asociada a la NE: heces líquidas ≥ 3 veces/día; estreñimiento: menos de 1 evacuación en un periodo de 3 días; regurgitación/vómito: cualquier regurgitación visible de contenido gástrico.

El test de ji al cuadrado se utilizó para parámetros categóricos y U de Mann-Whitney para parámetros continuos. Se estableció un nivel de significación del 0,05.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 117 pacientes, de los cuáles 30 cumplieron criterios de inclusión, 21 (70%) hombres, edad media de 67 ± 12 años. El peso, talla e IMC medios fueron de $75,5 \pm 22,5$ kg, $1,7 \pm 0,1$ m y $27,5 \pm 6,57$, respectivamente. El 33,3% de los pacientes eran médicos y el 66,7% quirúrgicos; un 60% se diagnosticó de shock séptico con puntuaciones Charlson y Apache II de $2,4 \pm 2,0$; $19,5 \pm 7,5$, respectivamente. La media de días con NP fue de $12,1 \pm 15,6$ y de estancia en la UCI de $26,4 \pm 18,1$ con una mortalidad del 50%.

Durante las 72h después del inicio de NE, 23 (76,7%) pacientes estuvieron con soporte ventilatorio mecánico, 14 (46,7%) sedados y 8 (26,7%) con drogas vasoactivas.

De los pacientes incluidos, 9 (30%) presentaron aumento del residuo gástrico, 13 (43%) distensión abdominal, 9 (30%) diarrea, 13 (43%) estreñimiento y 5 (17%) regurgitación o vómitos; 5 (16,7%) no presentaron complicaciones gastrointestinales. 19 pacientes consiguieron finalizar la NP antes del séptimo día después del inicio de la NE, 5 fallecieron en este transcurso.

Ningún factor de riesgo se relacionó con la presencia de complicaciones. Analizando individualmente las complicaciones y dichos factores se encontraron diferencias significativas al comparar la sedación con el estreñimiento ($p=0.03$) y la distensión abdominal con el uso de la NP a los 7 días ($p=0.025$).

La frecuencia de complicaciones gastrointestinales fue del 83,3% durante el paso de NP a NE. Entre las complicaciones, el estreñimiento y la distensión abdominal fueron las más frecuentes, seguidos del aumento del residuo gástrico y la diarrea.

Únicamente dos factores se asociaron a complicaciones gastrointestinales; los demás factores analizados no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, todos ellos mostraron una clara tendencia proporcional a la aparición de complicaciones. Posiblemente, un tamaño de muestra mayor confirmaría la existencia de diferencias significativas entre estos parámetros.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1202. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA FORMULA MAGISTRAL DE BUDESONIDA VISCOSA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

AUTORES

LAVANDEIRA PÉREZ M, SÁNCHEZ DE CASTRO M, MARTÍN ALCALDE E, GALICIA POBLET G, TORRALBA MARTÍNEZ DE SUSO M, MENDOZA ACOSTA I, BLANCO CRESPO M, HORTA HERNÁNDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTE DE SANGRE, S/N, 19002 GUADALAJARA. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de una fórmula magistral (FM) de Budesonida viscosa oral (BVO) para el tratamiento de pacientes diagnosticados de esofagitis eosinofílica (EEO).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte única observacional retrospectivo en el que se seleccionaron, a través del programa Farmatools® y Magisfor®, todos los pacientes que recibieron BVO entre Febrero 2017 y Abril 2018. De la historia clínica electrónica se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, dosis, enfermedades inmunoalérgicas asociadas (EIA), uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), tratamiento nutricional, efectos adversos, fase de tratamiento con BVO y número de eosinófilos por campo en las biopsias de esófago.

El servicio de farmacia elaboró y dispuso una FM de BVO al 0.2% en gel de metilcelulosa 1% a partir de principio activo, dando a todos los pacientes recomendaciones específicas de administración para aumentar el tiempo de contacto de la FM en el esófago.

La efectividad del tratamiento se evaluó en los pacientes que habían finalizado la fase de inducción (12 semanas en tratamiento con BVO a dosis de 2 ó 4 mg/día). Se comparó la diferencia en el número de eosinófilos por campo encontrados en el esófago al inicio y tras finalizar la fase de inducción. Para ello, se midió la diferencia de eosinófilos en la región distal, media, proximal y en el esófago completo.

El análisis estadístico de los datos se realizó a través del programa SPSS 15.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio 19 pacientes han estado en tratamiento con BVO, de los cuales 11 pacientes han finalizado la fase de inducción (72,7 % hombres). La mediana de edad fue de 12 años (RIC 9,64-23,76). En el 63,7 % de los pacientes la dosis de BVO fue de 1 mg/12h. En el resto (pacientes adultos) la dosis fue de 2 mg/12h. Un 54,5% presentaban EIA (dermatitis atópica, asma, rinoconjuntivitis), el 72,7% alergias alimentarias y el 63,6% alergia estacional. Un 72,7% de los pacientes habían sido tratados con IBP, el 63,6% habían usado otros tratamientos previos a BVO (corticoides inhalados o deglutidos) y el 100% seguían un tratamiento nutricional de exclusión de alimentos.

La media de eosinófilos encontrados en las biopsias pre y post tratamiento con BVO fueron: región distal: 92,18 (DE: 50,98) y 18,55 (DE: 34,79); región media: 140,33 (DE:51,67) y 0; región proximal: 68,43 (DE:60,28) y 0,71 (DE:1,89); esófago completo: 99,36 (DE:57,44) y 13,09 (DE: 26,59).

La disminución media de eosinófilos tras el tratamiento fue: región distal: 73,63 (IC95%: 36.7-110,56;p=0,001); región media: 140,33 (IC95%:11.9-268,7;p=0,042); región proximal: 67,7 (IC95%:11.7-123,65;p=0,025); esófago completo: 86,27 (IC95%: 42.9-129,6; p=0,001).

No se han registrado efectos adversos relacionados con el uso de BVO.

Conclusiones

El uso de la FM de BVO ha producido una reducción estadísticamente significativa en el número de eosinófilos por campo en el esófago. En la mayoría de pacientes se ha conseguido una reducción total de eosinófilos sin efectos adversos asociados. Esta FM puede ser una buena alternativa en el tratamiento de la EEO.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1245. APORTE DE MACRONUTRIENTES EN NEONATOS CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL

AUTORES

SÁNCHEZ GARCÍA AM, GARCÍA IRANZO E, MURCIA LÓPEZ AC, LLINARES ESQUERDO M, MARTÍNEZ PÉREZ S, MIRALLES ANDREU G, MATOSES CHIRIVELLA C, NAVARRO RUIZ A
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE. CAMINO DE LA ALMASSERA, 1. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la prescripción de macronutrientes en la Nutrición Parenteral en Neonatos (NP) y su variación en función de la edad gestacional (EG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se recogieron los datos de todas las prescripciones de NP de neonatos nacidos entre 2015 y 2017. Los datos obtenidos se compararon con las recomendaciones establecidas en los últimos estudios publicados de aporte de macronutrientes a través de NP en prematuros: aporte proteico inicial el primer día de vida de 2,4 a 3,6 g/kg, aporte lipídico de 2g/kg e hidratos de carbono (variables según el nivel glucémico) asegurando una adecuada relación de 24 a 32kcal no proteicas/gramos de proteína.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, inicio de NP en las primeras 24h de vida (NP temprana), aporte de macronutrientes el día 1 con NP y días totales con NP. Los datos fueron analizados mediante el programa IBM SPSS® Statistics 23.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En total, 175 niños recibieron NP, de los cuales el 53,1% fueron hombres, con una mediana de peso al nacimiento de 1,285 kg y una EG mediana de 30+4 semanas. El 21,14% eran extremadamente prematuros (EG < 28 semanas, grupo 1), el 56% prematuros (EG=28-34 semanas, grupo 2), el 12% prematuros tardíos (EG=34-37 semanas, grupo 3), y con una EG > 37 semanas un 10,28% (grupo 4).

El inicio de NP dentro de las primeras 24h de vida se llevó a cabo en el 81% de los casos, siendo en extremadamente prematuros del 97,3% y prematuros del 85,7%. La mediana de días totales con NP en extremadamente prematuros fue de 14 días, en prematuros de 8 días, en prematuros tardíos 5 días y en EG > 37 semanas 5,5 días.

Se observó que la mediana de aportes proteicos iniciales no difiere según la EG siendo de 2g/kg en todos los grupos. En cuanto al inicio de aportes lipídicos fue igual en el grupo 1 y 2 (mediana=1g/kg), siendo mayor e igual en los grupos 3 y 4 (mediana=1,25g/kg). El aporte inicial de glucosa fue más alto en el grupo 3 (8g/kg vs 6,5g/kg grupo 1 y 7g/kg grupo 2 y grupo 4).

El aporte inicial de macronutrientes no se ajusta a los resultados de los últimos estudios, por ello, el ajuste en la práctica habitual debe ser revisado, ya que en los prematuros, sobre todo con una EG < 28 semanas, que no toleran la nutrición enteral, debe asegurarse los aportes adecuados desde el primer día de vida para cumplir los requisitos de crecimiento fetal.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1246. ABORDAJE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

AUTORES

ANDÚJAR MATEOS A, ORTIZ SAEZ P, DEL MORAL SÁNCHEZ JM, GARCÍA CASES S, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL MARTÍNEZ M, ESPERT ROIG M, CÁNOVES ESCOLANO MÁ
CENTRO SOCIO SANITARIO LA FLORIDA. TOMÁS AZNAR DOMENECH, 43. ALICANTE

OBJETIVOS

Describir el protocolo multidisciplinar de abordaje nutricional en personas mayores institucionalizadas en centros sociosanitarios (CSS) y exponer los resultados de su aplicación en este medio

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal realizado durante el año 2017.

La base del protocolo se consensuó en el Comité de Nutrición de los diferentes CSS.

El personal implicado en llevarlo a cabo es: un nutricionista, un/a farmacéutico/a por cada tres residencias y el/la médico/a y enfermería de cada CSS.

La información clínica (pesos, analítica sanguínea, registro de ingestas, valoración clínica, características de cada residente) se recoge mediante comunicación con el CSS y en las diferentes visitas al centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El nutricionista es la persona que coordina a todos los profesionales implicados. Éste diariamente recopila toda la información y pone en marcha el protocolo. Individualmente realiza una puesta en común con el farmacéutico responsable, que más tarde se traslada al personal médico y enfermería del CSS correspondiente.

La intervención a llevar a cabo se dirige según el IMC del paciente:

< 18,4 kg/m²: desnutrición. Valoración nutricional completa (VNC) + pérdida de peso trimestral (%PP trimestral) + registro de ingestas (RI) → evaluación y decisión (refuerzo dieta, suplemento/módulo, nutrición enteral completa).

18,5-21,9 kg/m²: posible riesgo de desnutrición. VNC + %PP trimestral + RI. Si se descarta desnutrición, insistir en ingesta, refuerzo de dieta y seguimiento. En caso contrario, abordaje como en desnutrición

22 – 26,9 kg/m²: normalidad. Dieta basal y reevaluación semestral

> 27 kg/m²: sobrepeso/obesidad. Valoración metabólica, de riesgo cardiovascular. Modificaciones con respecto a la dieta basal. Ejercicio físico. Reevaluación trimestral

Un total de 1179 pacientes repartidos en 11 residencias fueron objeto de seguimiento nutricional durante el año 2017. A lo largo de ese tiempo, tras la actualización de información fueron revisados hasta en 5482 ocasiones diferentes.

De todas ellas, se consideró pertinente realizar alguna intervención en 466 pacientes, de los cuales, 355 fueron en torno al inicio/seguimiento/interrupción de nutrición enteral completa, suplemento o módulo proteico/arginina.

Entre las limitaciones que encontramos fue, por un lado, el insuficiente flujo de información por parte de dos centros (12% de los pacientes) a la hora de proporcionar los datos necesarios para llevar a cabo el seguimiento y, por otro, la escasez de personal disponible con respecto al gran número de residentes a valorar.

Conclusiones

La valoración nutricional es un elemento clave en el abordaje integral de las personas mayores que en muchas ocasiones supone una asignatura pendiente para los profesionales sanitarios.

Es imprescindible que profundicemos en su conocimiento, que nos dirijamos a un trabajo coordinado pese a la frecuente falta de recursos, que nos permite abarcar de manera protocolizada y equitativa como se realiza de manera habitual en otras entidades.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1247. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE RESIDENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

AUTORES

SILVA LÓPEZ A, IGLESIAS NEIRO P, VÁZQUEZ LÓPEZ C, PÉREZ MARTÍN J, LÓPEZ VIDAL C, DURÁN PÉREZ ME, LAGO RIVERO N, PIÑEIRO CORRALES G
HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. ESTRADA CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de desnutrición en residentes institucionalizados en un centro sociosanitario (CSS). Objetivos secundarios: Estudiar la relación del estado nutricional y la capacidad física para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y la influencia de la procedencia de los residentes (hospital, domicilio, otra residencia...) en la prevalencia de la desnutrición

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal observacional llevado a cabo durante 3 meses en una residencia sociosanitaria. Se reclutaron 39 pacientes de ambos sexos, con una edad superior a 65 años, y con una estancia de al menos 30 días en la residencia. Se han excluido del estudio 3 pacientes por ser éxitos durante el período de estudio. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, datos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), datos analíticos: (proteínas totales, albúmina sérica, Prealbúmina, Colesterol total y recuento de linfocitos), diagnóstico principal y nivel de independencia según el índice de Barthel. Para el cribado y valoración nutricional se empleó el test Mini Nutritional Assessment (MNA). Se considera desnutrición una puntuación inferior a 17, y riesgo de desnutrición una puntuación entre 17 y 23,5.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 34 pacientes estudiados, 29 de ellos eran mujeres (85,3%) y 5 hombres (14,7%), con una media de edad de 89,2 años (61-100). 20 de los pacientes procedían de otras residencias sociosanitarias, 11 de domicilio y 3 de ingreso hospitalario. La prevalencia de desnutrición ha sido del 38% (13 pacientes), y un 32% presentaba riesgo de desnutrición. El valor medio de MNA ha sido de 18,97 puntos y el IMC de 28,09. Los valores medios de proteínas totales y prealbúmina han sido de 6,12 g/dl y 18,04 mg/dl respectivamente. Los pacientes con desnutrición presentaron en el 69,2% de los casos diagnóstico de demencia, seguido de Enfermedad de Parkinson y Accidente Cerebro Vascular (ACV), ambos con un 15,4%.

Todos los pacientes superaban los 80 años de edad y eran mujeres. La mayoría procedían de otras residencias (76,9%) y presentaban un grado de dependencia total (84,6%). Ninguno de ellos presentaba independencia o dependencia leve.

Conclusiones

- La prevalencia de desnutrición en el grupo estudiado (38%) ha sido ligeramente inferior a los valores publicados en otros estudios, que sitúan el porcentaje de desnutrición en CSS entre el 40-70%.
- Todos los pacientes con desnutrición presentaban algún grado de independencia.
- Dada la alta prevalencia de desnutrición y su repercusión sobre la morbi-mortalidad de los pacientes, se debería realizar una valoración nutricional precoz con el objetivo de identificar a los pacientes con desnutrición e iniciar soporte nutricional para revertir dicha situación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1348. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE ETAMBUTOL POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES

MERINO BOHORQUEZ V, VALVERDE DELGADO M, LEAL ARANDA L, DAVILA POUSA MC, PERNIA LOPEZ S, VILLARONGA FLAQUE M, RODRIGUEZ MARRODAN B, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3.

OBJETIVOS

Etambutol es un fármaco que se utiliza en primera línea para el tratamiento de la tuberculosis. El etambutol hidrocloreto es un polvo cristalino blanco, higroscópico, inodoro y de sabor amargo. Una solución acuosa al 2% tiene un pH de 3,5-4. Presenta actividad óptica al tener 2 átomos de carbono quirales. El isómero levo no es activo y se relaciona con la neuropatía óptica. En España, solo disponemos de comprimidos de 400 mg, muy difíciles de partir o dispersar. Existen comprimidos de 100 mg en otros países. Se pueden preparar soluciones líquidas de etambutol como fórmula magistral, haciéndose necesario emplear métodos analíticos que garanticen la uniformidad de contenido en principio activo de los preparados y su estabilidad. El objetivo es validar un método analítico por HPLC para determinación de etambutol en preparaciones farmacéuticas según las recomendaciones de la United States Pharmacopeia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El sistema está compuesto por un cromatógrafo Agilent® 1260 Infinity con un detector ultravioleta de diodos en serie (UV-DAD). Las condiciones cromatográficas optimizadas fueron: flujo de 1 mL/min, fase móvil 50% acetonitrilo/50%

disolución acuosa de trietilamina al 0.1% ajustada con ácido ortofosfórico a pH 6. El volumen de inyección fue de 50 μ L, la temperatura de columna se fijó en 25°C y la longitud de onda del detector fue 200 nm. La columna utilizada Zorbax Eclipse XDB-CN 4.6x150 mm, 5 μ m (Agilent®). La validación del método se realizó siguiendo recomendaciones de las guías ICH. La linealidad de la técnica se realizó en el rango de concentraciones de etambutol a 0.25, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6 y 0.7 mg/mL, los resultados se representaron gráficamente y se realizó un análisis de varianza (ANOVA). La exactitud y precisión fueron evaluadas mediante los porcentajes de recuperación y coeficiente de variación (CV) a concentraciones bajas, medias y altas tanto intra como interdía. Se determinó el límite de detección y de cuantificación. Mediante análisis espectral se comprobó la especificidad y selectividad de la técnica. Se realizó estudio de degradación acelerada en medio básico (NaOH), ácido (HCl), oxidante (H₂O₂) y calor (80°C).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de la varianza (ANOVA) de la regresión lineal confirmó la linealidad de la técnica por rechazo de la hipótesis nula de desviación de linealidad con un nivel de significación estadística de 0.05 ($\alpha=0.05$). El coeficiente de variación del método fue de 0.98 %. La ecuación de la regresión lineal obtenida se corresponde con la expresión: $y= 4114.6x - 55.449$ ($n=18$; $R^2 > 0.9989$). La exactitud fue del 97.5-102.5% y la precisión tanto intra como interdía tuvo un CV < 1%. Los límites de detección y cuantificación fueron de 0.07 mg/mL y de 0.22 mg/mL. El tiempo de retención de etambutol fue de 6.32 minutos. El análisis espectral UV en 2D y 3D confirma la selectividad y especificidad de la técnica ante la ausencia de picos secundarios e interferentes. El estudio de degradación muestra que el método es indicador de estabilidad. Se ha validado un método analítico para determinación de etambutol en preparaciones farmacéuticas. El método puede aplicarse tanto para control de calidad como para el desarrollo de estudios de estabilidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1357. VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ANALÍTICO PARA DETERMINACIÓN DE HIDRAZINA POR DERIVATIZACIÓN PRECOLUMNA POR HPLC EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS

AUTORES

MERINO BOHORQUEZ V, DELGADO VALVERDE M, RODRIGUEZ FALCON FJ, DAVILA POUSA MC, PERNIA LOPEZ S, VILLARONGA FLAQUE M, RODRIGUEZ MARRODAN B, CAMEAN FERNANDEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. AVDA. DR. FEDRIANI 3.

OBJETIVOS

Según la FDA y la ICH M7, la hidrazina es un compuesto altamente mutagénico, genotóxico y carcinogénico en cantidades muy pequeñas y que produce aductos de ADN y alteraciones en las cromátidas y que en estudios con roedores ha inducido la formación de tumores de pulmón y de hígado. Algunos fármacos que pueden degradarse a hidrazina son isoniazida, hidralazina, oxaliplatino o carboplatino. La hidrazina no absorbe en la franja ultravioleta y hay que derivatizar con benzaldehído para que se forme un cromóforo (benzalazina) que permita su cuantificación con un detector UV. El objetivo de este trabajo es validar un método analítico por HPLC para determinación de hidrazina como impureza en preparaciones farmacéuticas subsidiarias de contener hidrazina.

MATERIALES Y MÉTODOS

El sistema está compuesto por un cromatógrafo Agilent® 1260 Infinity con un detector ultravioleta de diodos en serie (UV-DAD). Las condiciones cromatográficas fueron: flujo de 1.5 mL/min, fase móvil 50 acetonitrilo:50 agua. El volumen de inyección fue de 50 μ L, la temperatura de columna se fijó en 30°C y la longitud de onda del detector fue 310 nm. La columna utilizada Zorbax Eclipse XDB-C18 4.6x250 mm, 5 μ m (Agilent®). La validación del método se realizó siguiendo recomendaciones de las guías ICH. La derivatización se realizó previa al análisis por HPLC dejando reaccionar un 1 mL de muestra con 4 mL de benzaldehído y dejando en agitación durante 20 minutos. La linealidad de la técnica se realizó en el rango de concentraciones de hidrazina fue 50, 100, 150, 200, 250 y 300 ng/mL, los resultados se representaron gráficamente y se realizó un análisis de varianza (ANOVA). La exactitud y precisión fueron evaluadas mediante los porcentajes de recuperación y coeficiente de variación (CV) a concentraciones bajas, medias y altas tanto intra como interdía. Se determinó el límite de detección y de cuantificación. Mediante análisis espectral se comprobó la especificidad y selectividad de la técnica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de la varianza (ANOVA) de la regresión lineal confirmó la linealidad de la técnica por rechazo de la hipótesis nula de desviación de linealidad con un nivel de significación estadística de 0.05 ($\alpha=0.05$). El coeficiente de variación del método fue de 1.14 %. La ecuación de la regresión lineal obtenida se corresponde con la expresión: $y= 1.3445x$ ($n=18$; $R^2 > 0.9996$). La exactitud fue del 97.5-102.5% y la precisión tanto intra como interdía tuvo un CV < 1%. Los límites de detección y cuantificación fueron de 3.98 ng/mL y de 12.06 ng/mL. El tiempo de retención de hidrazina fue de 6.49 minutos. El análisis espectral UV en 2D y 3D confirma la selectividad y especificidad de la técnica ante la ausencia de picos secundarios e interferentes.

- Se ha validado un método analítico para determinación de hidrazina por derivatización precolumna con benzaldehído en preparaciones farmacéuticas diana.

- El método puede aplicarse tanto para control de calidad como para el desarrollo de estudios de estabilidad con el fin de evaluar la hidrazina formada en el tiempo y bajo distintas condiciones de conservación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**1358. PILOT STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF A NUTRITIONAL SCREENING METHOD IN AN INTENSIVE CARE UNIT****AUTORES**

BERNABEU CASTELLA S, MATEO GARCÍA M, CLIMENT BALLESTER S, BOADA HERNANDEZ JM, RAYMUNDO PIÑERO A, COLOMER AGUILAR C, DÍAZ GONZÁLEZ M, CLIMENT GRANA E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 11. ALICANTE

OBJETIVOS

AIMS: The recent guidelines by the American Society of Parenteral Nutrition (ASPEN), published in February 2016, recommend malnutrition risk screening for all patients admitted to intensive care unit (ICU).

The aim of this study is to assess if there is a correlation between the implementation of a nutritional screening method and an early nutritional intervention.

MATERIALES Y MÉTODOS

METHODS: Prospective observational study carried out for one month (April 2018) in ICU hospitalized patients without previous artificial nutrition (AN).

The nutritional screening method applied was the Nutrition Risk in the Critically Ill Score (NUTRIC score), which includes the following variables: age, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), number of co-morbidities and days from hospital to ICU admission.

NUTRIC score is ranged from 0 to 10; patients with a lower or equal than 4 score have a low malnutrition risk, whilst patients scoring 5 or more have high malnutrition risk.

Variables analyzed: age, gender, date of admission to ICU, type of nutrition therapy: oral diet, enteral nutrition (EN) or parenteral nutrition (PN), nutrition therapy start date and adverse reactions (AR) to AN.

Information collected from electronic health records (OC®) and ICU medical charts.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Results**

For this study, a total of 8 patients (4 male and 4 female) of ages ranging between 46 and 86 were considered. Age average 65 years. Age median 65,5 years.

NUTRIC score results: 7 patients (87,5%) showed low malnutrition risk (NUTRIC score ≤ 4) at ICU admission, while 1 patient (12,5%) had a high malnutrition risk (NUTRIC score ≥ 5).

Four (57,14%) of the 7 patients with NUTRIC score ≤ 4 received AN, all four were administered EN; 3 patients (42,86%) initiated oral diet. The patient with NUTRIC score ≥ 5 initiated oral diet.

All patients received early nutritional therapy (within 24-48h of admission to ICU).

One patient (12,5%) showed an adverse gastrointestinal reaction (vomiting) due to AN.

Conclusions

The implementation of a nutritional screening method in the ICU permits the evaluation of malnutrition risk in patients and an early nutritional intervention.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN**1364. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL****AUTORES**

MATÉ ARBAIZA P, IZQUIERDO ACOSTA L, ÁLAMO GONZÁLEZ O, FERNÁNDEZ PIÑEIRO N, CABIA FERNÁNDEZ L, FERNÁNDEZ VICENTE M, ORTOLL POLO V, PÉREZ ROBRES Y
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVENIDA ISLAS BALEARES S/N. BURGOS

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) en pacientes con soporte nutricional parenteral (NP) y su grado de aceptación por los servicios prescriptores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de 60 días de duración. Se revisaron diariamente las analíticas, evolutivo y tratamiento farmacológico de todos los pacientes con NP.

En formato Excel® se recogieron datos demográficos (edad y sexo), servicio prescriptor de NP, valoración nutricional, indicación y duración NP así como el tipo de dieta prescrita; y por último, clasificación, modo de notificación y aceptación o no de la IF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, se elaboraron 1031 NP en el servicio de farmacia para un total de 104 pacientes. Se realizaron 73 IF (6,98% del total) en 42 pacientes diferentes (11 mujeres (edad media: 52,90 \pm 31,26 años) y 31 hombres (edad media: 64,15 \pm 23,84 años)), lo que supuso 1,71 intervenciones/paciente y 1,2 intervenciones/día. Para su notificación se empleó la vía telefónica en el 93,1% (68) de los casos.

En cuanto al servicio prescriptor de las NP con IF: 9,59% (7) fueron pautadas por neonatología, 4,11% (3) por anestesia, 9,59% (7) por cirugía general, 1,36% (1) por cirugía pediátrica, 23,29% (17) por endocrino, 20,55% (15) por nutrición, 30,15% (22) por UCI y 1,36% (1) por UCI pediátrica.

La valoración nutricional se reflejaba en la historia clínica informatizada en el 86,21% (63) de los pacientes con IF.

Las indicaciones de NP de los 42 pacientes intervenidos fueron: 23,80% (10) desnutrición calórico-proteica; 19,04% (8)



desnutrición proteica, 4,76% (2) empeoramiento estado nutricional durante el ingreso, 21,43% (9) postoperatorio, 9,52% (4) intolerancia a la vía oral, 7,15% (3) sepsis, 7,15% (3) obstrucción intestinal y 7,15% (3) prematuridad. De las dietas pautadas en estos pacientes, el 73,82% (31) se trataban de nutriciones protocolizadas desde el servicio de farmacia frente al 26,18% (9), que precisaron una prescripción individualizada.

La duración media de la NP fue $23,52 \pm 3,29$ días, siendo en hombres $20,31 \pm 1,79$ y mujeres $32,63 \pm 11,57$.

Las IF se clasificaron según su relación con: a) aporte de electrolitos, al) 13,70% (10) evitar precipitación calcio-fosfato, all) 28,77% (21) modificación aporte según analítica o clínica; b) 8,22% (6) medicación introducida en la NP (insulina, octeótrido, ranitidina); c) 2,74% (2) equilibrio ácido-base; d) 10,96% (8) volumen; e) 8,22% (6) ritmo de infusión; f) 20,54% (15) discrepancias/errores en prescripción; g) 2,74% (2) suspensión NP y h) 4,11% (3) oligoelementos.

El 86,3% (63) de las IF fueron aceptadas: neonatología 85,71% (6/7), anestesia 66,66% (2/3), cirugía general 71,43% (5/7), cirugía pediátrica 100,00% (1/1), endocrino 94,12% (16/17), nutrición 86,66% (13/15), UCI 86,36% (19/22), UCI pediátrica 100,00% (1/1).

El área de la NP permite una importante intervención en distintos servicios de hospitalización. Según los resultados obtenidos, el principal beneficiado es el paciente crítico, ya que por su situación clínica requiere con frecuencia NP.

Los datos obtenidos demuestran que el trato personal y la comunicación oral, favorecen la aceptación de las IF.

El grado de aceptación de las IF realizadas es aceptable y en consonancia con otros estudios publicados y demuestra cómo el farmacéutico es considerado parte del equipo clínico multidisciplinar.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA/NUTRICIÓN

1375. NUTRICIONES PARENTERALES PEDIÁTRICAS: EL CONTROL GRAVIMÉTRICO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

AUTORES

MATÉ ARBAIZA P, FERNÁNDEZ VICENTE M, ÁLAMO GONZÁLEZ O, IZQUIERDO ACOSTA L, PÉREZ ROBRES Y, UBEIRA IGLESIAS M, ESPEJA MARTÍNEZ M, ESPINOSA GÓMEZ MP
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. AVDA ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

La complejidad de las formulaciones de nutrición parenteral (NP) y la naturaleza interdisciplinar del soporte nutricional hacen que sea un procedimiento especialmente vulnerable a errores. Por ello, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) incluye la NP dentro de los denominados “medicamentos de alto riesgo”.

Una de las estrategias establecidas para el control de calidad del producto final en la elaboración de NP es el control gravimétrico (CG).

El “Consenso Español sobre preparación de mezclas nutrientes parenterales 2008”, establece que el error gravimétrico (EG) no deberá superar el margen $\pm 3\%$ para volúmenes de NP < 100 mL, y el margen $\pm 5\%$ para ≥ 100 mL.

El objetivo del estudio es valorar la utilidad del CG en la elaboración de las NP pediátricas de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que incluye las NP pediátricas (NPP) preparadas desde la implantación del CG en el servicio de farmacia. Se establecieron 3 grupos: las elaboradas entre abril/2015-marzo/2016, abril/2016-marzo/2017 y abril/2017-marzo/2018. Como variable respuesta se utilizó el EG, calculado:

$$EG (\%) = [(\text{peso real} - \text{peso teórico}) \times 100] / \text{peso teórico}$$

La calidad de la preparación se estableció mediante el cálculo de la exactitud (media del valor absoluto EG \pm desviación estándar).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó CG en 2298 NPP, 772 < 100 mL (33,6%) y 1526 ≥ 100 mL (66,4%). De ellas, 110 (4,79%) sobrepasaron el margen establecido de EG: 74 < 100 mL y 36 ≥ 100 mL. La exactitud global fue $1,72\% \pm 1,90$; $1,68\% \pm 2,00$ en < 100 mL y $1,74\% \pm 2,01$ en ≥ 100 mL.

Entre abril/2015-marzo/2016, se elaboraron 939 NPP, 322 < 100 mL (34,29%) y 617 ≥ 100 mL (65,71%). 56 (5,96%) precisaron ser repetidas, 39 < 100 mL y 17 ≥ 100 mL. La exactitud fue $1,93\% \pm 2,54$; $1,88\% \pm 3,24$ en < 100 mL y $1,96\% \pm 2,73$ ≥ 100 mL.

Entre abril/2016-marzo/2017, se elaboraron 530 NPP, 138 < 100 mL (26,03%) y 392 > 100 mL (73,97%). 21 (3,96%) precisaron ser repetidas, 15 < 100 mL y 6 ≥ 100 mL. La exactitud fue $1,81\% \pm 1,86$; $1,82\% \pm 1,60$ en < 100 mL y $1,80\% \pm 1,92$ ≥ 100 mL.

Entre abril/2017-marzo/2018, se elaboraron 829 NPP, 312 < 100 mL (37,63%) y 517 ≥ 100 mL (62,37%). 33 (3,98%) precisaron ser repetidas, 20 < 100 mL y 13 ≥ 100 mL. La exactitud fue $1,41\% \pm 1,31$; $1,33\% \pm 1,18$ en < 100 mL y $1,45\% \pm 1,39$ ≥ 100 mL.

En conclusión, el CG como control de calidad en la preparación de NP pediátricas, se trata de una estrategia útil, sencilla y rápida que permite detectar algunos errores durante la elaboración.

A pesar de que el EG es pequeño, 110 preparaciones tuvieron que ser reelaboradas, evitando que los errores cometidos llegaran a los pacientes. Los resultados obtenidos muestran que la exactitud ha mejorado a lo largo de los 3 periodos de estudio.

Es importante tener en cuenta que los errores con algunos componentes de estrecho margen terapéutico pueden tener consecuencias clínicas graves, y es complicado detectarlos con el control gravimétrico. Por ello se debe complementar con otros métodos para garantizar el máximo control de calidad.

El farmacéutico juega un papel importante como miembro del equipo multidisciplinar encargado del soporte nutricional del paciente pediátrico, contribuyendo a optimizar el resultado clínico de este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

11. LA ESPECTROSCOPIA SIMPLE EN LA DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA TRIDIMENSIONAL DE ANTICUERPOS MONOCLONALES

AUTORES

FERNÁNDEZ FERREIRO A, LUACES RODRÍGUEZ A, QUINTELA LODEIRO C, GARCIA OTERO X, GONZÁLEZ BARCIA M, BLANCO MENDEZ J, OTERO ESPINAR FJ, LAMAS MJ
COMPLEJO HOSPITALARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CALLE DA CHOUPANA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

La cuantificación de principio activo es un aspecto básico para la mayoría de estudios realizados en los Servicios de Farmacia, tanto en el ámbito de la farmacocinética clínica como en el desarrollo galénico de medicamentos. Sin embargo, para el estudio de los anticuerpos monoclonales (mAbs), también es un aspecto esencial determinar su conformación tridimensional.

El objetivo del presente estudio es mostrar la utilidad de un método de espectroscopía simple para caracterizar los cambios en la estructura tridimensional de los anticuerpos monoclonales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental en el que se compara la estructura secundaria del Infiximab (Remicade®) y dos biosimilares (Inflectra®, Remsina®) mediante la aplicación de un método de espectroscopía simple.

Cada uno de los mAbs se diluyen en un buffer fosfato (PBS) a una concentración de 10 mg/ml y a continuación se provoca su desnaturalización, añadiendo concentraciones crecientes (de 0 a 9 M) de hidrocloreuro de guanidina (GdnHCl). Posteriormente, usando un espectrofotómetro Cary 60 UV-Vis (Agilent®), se realizan espectros de absorbancia de alta resolución (240-230nm) tanto de los mAbs originales como de los desnaturalizados. Para comparar los espectros de los mAbs originales y desnaturalizados, se analiza el microambiente de residuos de tirosina (incluidos en los mAbs), examinando para ello la espectroscopía derivada. Con ello se genera una "relación a/b", donde "a" y "b" es la distancia entre la absorbancia máxima y mínima de residuos de tirosina y triptófano, respectivamente. Los cambios causados por la presencia de diferentes concentraciones de GdnHCl (relación a/b) son indicativos de los cambios estructurales en los mAbs, y esto sirve para estudiar las diferencias de conformación tridimensional entre los mismos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La comparación de los espectros de absorbancia de segunda derivada de los tres mAbs estudiados muestra una estructura tridimensional similar. Las bandas espectrales de las cadenas aromáticas de tirosina y triptófano sugieren una estructura análoga entre Remicade® y sus dos biosimilares. Los cambios en la relación a/b con la concentración de GdnHCl indican una susceptibilidad similar a la desnaturalización. Se mostrará el contenido en gráficas autoexplicativas. La espectroscopía es una tecnología consolidada y de uso sencillo que puede proporcionar relevante información sobre la estructura tridimensional de los mAbs, mostrándose en ese estudio la biosimilitud en la estructura tridimensional entre el Remicade® y sus dos biosimilares. Esta metodología puede ser usada de manera rutinaria en los Servicios de Farmacia Hospitalaria como técnica complementaria en la cuantificación de los mAbs; y por ello, podrá ser aplicada en estudios de farmacocinética clínica y desarrollo galénico de medicamentos en los que estén involucrados mAbs.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

15. REETIQUETADO VERSUS REENVASADO DE DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

AUTORES

CARRILLO ACEVEDO L, SERRANO PÉREZ A, CASAJÚS NAVASAL A, MARÍN GORRICO R, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, QUEMADA UBIS JI, TELLAECHÉ REPARAZ M
HOSPITAL AITA MENNI. GESALIBAR 15. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Los objetivos principales del proyecto son:

- Disminuir el tiempo empleado en el acondicionamiento en dosis unitarias de las formas farmacéuticas orales sólidas (FFOS).
- Disminuir la isoaparancia de los medicamentos.
- Disminuir los costes asociados al acondicionamiento de las FFOS.

Este proyecto surge como consecuencia de una avería en la máquina reenvasadora y ante la necesidad de implantar un método de identificación inequívoca de dosis unitarias para disminuir la probabilidad de errores de medicación.

DISEÑO

Se desarrolló un sistema de reetiquetado de FFOS en dosis unitarias mediante la creación de plantillas de etiquetas para cada tipo de medicamento. Se seleccionaron aquellos medicamentos con tamaño de blíster grande para englobar la información básica necesaria: especialidad, principio activo, dosis, lote y fecha de caducidad. Se evaluó la eficacia y el coste del proceso de reetiquetado en comparación con el reenvasado en máquina reenvasadora tradicional.

Para valorar la eficacia se midió el tiempo necesario para la elaboración de dosis unitarias reetiquetadas versus reenvasadas. En el tiempo del reetiquetado se incluyó el pegado de las pegatinas y el recortado del blíster en unidosis. En el tiempo de reenvasado se englobó el acondicionamiento inicial de los comprimidos (división y/o desgranado) y el tiempo de reenvasado.



Para valorar el coste de ambos procesos se tomaron los costes de los materiales empleados, sin contabilizar costes de maquinaria ni de personal.

CIRCUITO Y ETAPAS

La farmacéutica es responsable de imprimir las pegatinas con los datos correctos y las auxiliares proceden a pegar etiquetas y recortar los comprimidos.

Hasta la puesta en marcha final, realizamos pruebas con el tamaño de las pegatinas para que no sobresaliesen de los blíster y pruebas de tamaños de letra para que se ajustaran con cada comprimido.

IMPLANTACIÓN

El proyecto de reetiquetado se inició con dos de los medicamentos con mayor rotación de este hospital (quetiapina 300 mg y 400 mg liberación prolongada). A la vista de la buena aceptación por parte del personal, se procedió a incrementar la implantación con más FFOS hasta llegar a las 10 actuales.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El tiempo empleado por auxiliar de farmacia en el reetiquetado de 100 FFOS fue de 8'3" mientras que el tiempo de reenvasado de 100 FFOS fue de 7'55". Es posible en un futuro mejorar el tiempo de reetiquetado optimizando la cadena de montaje estableciendo una función para cada auxiliar.

El coste de reetiquetar 100 FFOS fue de 0,15 € frente a 2,72 € que costó reenvasar 100 FFOS. El consumo anual del 2016 de las 10 FFOS que estamos reetiquetando actualmente fue de 89.216 comprimidos, lo cual supondría una estimación de ahorro anual de 2.293 €.

Se consiguió que disminuyera la isoapariencia en las FFOS gracias a los distintos tamaños y tipos de letra empleados en el etiquetado. El empleo de una impresora a color conllevaría una mejora significativa en el proceso.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

19. FIABILIDAD DE LAS BASES DE DATOS EXISTENTES RESPECTO A PROBLEMAS DE SUMINISTRO Y DESABASTECIMIENTOS.

AUTORES

TRELLES CAMPA A, MACIA FUENTES L, BERISA PRADO S

INSTITUTO OFTALMOLOGICO FERNANDEZ-VEGA. AV. DOCTORES FERNÁNDEZ VEGA, 34. ASTURIAS

OBJETIVOS

Valorar la fiabilidad de las principales bases de datos sobre desabastecimientos o problemas de suministro existentes dentro de la actividad farmacéutica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron durante 6 meses las especialidades farmacéuticas que afectaban al servicio para comprobar si coincidía la información proporcionada por el Botplus® y el Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA®) con la proporcionada por el laboratorio comercializador. Para el análisis de los datos se utilizó el Microsoft Excel®

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En total se recogieron 30 medicamentos desabastecidos que afectaban al servicio. El 78% presentan discrepancias entre lo que recogen ambas Botplus® y el CIMA® respecto a lo que nos comunican desde el laboratorio. Únicamente en el 22% de los medicamentos recogidos existe unanimidad entre el Botplus®, el CIMA® y lo obtenido al ponerse en contacto con el laboratorio. Cabe reseñar, que en un 28% de los registros no existe igualdad entre lo reflejado en el Botplus® y el CIMA®.

Conclusiones

- Existe un alto grado de discrepancias entre las diferentes bases de datos disponibles sobre desabastecimientos y problemas de suministro, por lo que queda en duda su fiabilidad.
- Es necesaria la creación de una única base de datos a nivel nacional actualizada periódicamente donde se notifiquen y recojan los desabastecimientos y problemas de suministro, así como las alternativas disponibles
- Resaltar el papel del técnico de farmacia en la gestión de la información de desabastecimientos y problemas de suministro.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

27. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA: DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS

AUTORES

MARTINEZ CHESTE R, GASPAR CARREÑO M, ACHAU MUÑOZ R, BENAVENT ALBELDA Y, TORRICO MARTIN F, SANCHEZ SANTOS JC

HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE. AUTOVIA CV-35, KM 11,7. VALENCIA

OBJETIVOS

Reducir tiempo y costes en el proceso de dispensación de dosis unitarias manteniendo la correcta trazabilidad de la medicación dispensada.

DISEÑO

Trasversal

CIRCUITO Y ETAPAS

- Identificación de aquellas especialidades farmacéuticas incluidas en la guía farmacoterapéutica del hospital, que son reenvasadas en el Servicio de Farmacia para asegurar su adecuada trazabilidad (medicamentos que no disponen de lote y caducidad por cada unidad).

- Identificación de aquellas especialidades farmacéuticas que son reenvasadas en el Servicio de Farmacia, pues contienen principios activos fotosensibles, cuyo acondicionamiento primario no las protege de la luz.
- Selección de aquellas especialidades reenvasadas que disponen de una alternativa de otro proveedor que dispone de lote y caducidad por cada unidad.
- En el caso de las especialidades con principios activos fotosensibles, se realizó un estudio de las características del acondicionamiento primario de la alternativa (blíster opaco, etc.), para garantizar la adecuada protección de la luz.
- Se negoció con los proveedores que disponían de una alternativa con las características anteriormente mencionadas, un precio igual o inferior al de la especialidad actualmente reenvasada.
- Estudio del impacto económico del cambio a cada una de las alternativas identificadas: número de unidades reenvasadas / año, coste de la especialidad actual y de la alternativa, costes de material de reenvasado, coste del tiempo de Técnico de Farmacia empleado en el reenvasado (acondicionamiento y reenvasado).
- Selección de aquellas alternativas con un impacto económico favorable y sustitución gradual conforme se agoten stocks.

IMPLANTACIÓN

Sustitución gradual durante el segundo trimestre de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se detectaron 256 especialidades que precisan de reenvasado para su distribución como dosis unitarias. De todas ellas, se identificaron 22 con una alternativa que supondría un impacto económico favorable, garantizando la adecuada protección de la luz en el caso de aquellas especialidades con principios activos fotosensibles, lo que supone una reducción del 10,1% del volumen total de la actividad de reenvasado. En términos económicos, y debido al reducido volumen de compras no supone importante ahorro pues el cambio a las 22 alternativas identificadas supone una reducción de costes global (costes de adquisición + costes de reenvasado) de 133 € / año.

Limitaciones

- En algunas especialidades, en su ficha técnica no se refleja el tipo de acondicionamiento primario, por lo que es necesario realizar la consulta al laboratorio.
- Hay especialidades sujetas a contratos con otros proveedores que no pueden modificarse

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de un sistema implantable en todos aquellos hospitales que cuenten con reenvasado entre sus actividades del Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

28. REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EXCIPIENTES EN EL REENVASADO

AUTORES

MARTINEZ CHESTE R, ACHAU MUÑOZ R, GASPAS CARREÑO M, ANDRES AVILES S, BENAVENT ALBELDA Y, TORRICO MARTIN F

HOSPITAL INTERMUTUAL DE LEVANTE. AUTOVIA CV-35, KM 11,7. VALENCIA

OBJETIVOS

Revisar y actualizar la información sobre excipientes de declaración obligatoria de las especialidades farmacéuticas que se reenvasan en nuestro Servicio de Farmacia.

DISEÑO

Trasversal

CIRCUITO Y ETAPAS

- Identificación de todas aquellas especialidades incluidas en la guía farmacéutica del hospital, que requieren reenvasado para su distribución como dosis unitarias, ya sea mediante reenvasado automatizado, o reenvasado manual (medicamentos peligrosos).
- Se contrastó la información sobre excipientes de declaración obligatoria de la ficha de la base de datos de reenvasado de cada especialidad, con el documento "Excipients in the labelling and package leaflet of medicinal products for human use (SANTE-2017-11668)" de la Agencia Europea del Medicamento. Documento disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003412.pdf (última actualización: 10/2017).
- Actualización de las fichas de la base de datos de reenvasado de aquellas especialidades con nueva información sobre excipientes y/o de las fichas con discrepancias en la información sobre excipientes debido a cambios de marca comercial.

IMPLANTACIÓN

A partir de marzo de 2018 se estableció en el Servicio de Farmacia una revisión de periodicidad anual.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se revisaron un total de 256 especialidades (216 de reenvasado automatizado y 40 de reenvasado manual), de las cuales, se actualizó la información de la ficha de la base de datos de reenvasado en 45 (17,6 %).

Limitaciones

El espacio disponible en la etiqueta de reenvasado es limitado, por lo que en ocasiones es necesario abreviar el nombre de algunos excipientes.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Se trata de un sistema de revisión aplicable a todos aquellos hospitales que precisen de reenvasado en su Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

80. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁREA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

AUTORES

GARCÍA LAGUNAR MH, CHICA MARCHAL AM, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, NUÑEZ BRACAMONTE S, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARIA C
HOSPITAL DE CARIDAD. C/CAMINO BARRIO PERAL S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la evolución de los indicadores de calidad tras la actualización de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) en el área de gestión de medicamentos y productos sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se compararon los indicadores de calidad de gestión en los dos semestres del año 2017 (A= primer semestre y B= segundo semestre), antes y después de modificar los PNT.

Se analizaron los siguientes indicadores:

- Índice de rotación de stock = importe total de consumo/importe del inventario
- Índice de cobertura = (stock promedio mensual/consumo medio mensual)*30
- Desviación de existencias = (número de especialidades descuadradas/número de especialidades contadas)*100 en el inventario realizado al final de cada semestre
- Eficiencia =importe adquisiciones/importe consumo
- Evaluación de proveedores = (número de proveedores que cumplen los criterios/número total de proveedores en ese periodo) *100 (se establecieron los siguientes criterios: entrega en menos de 3 días hábiles, pedido recibido completo, productos en buen estado y con una caducidad superior a 6 meses. Se excluyeron los pedidos realizados a almacén distribuidor puesto que se reciben en menos de 3 horas.)

Los datos se obtuvieron del programa de gestión del servicio de farmacia (Farhos®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados de los indicadores de calidad fueron:

- Índice de rotación de stock: A = 1,22 y B = 2,29
- Índice de cobertura: A = 147 días y B = 78 días
- Desviación de existencias: A = 40,93% y B = 11,73%
- Eficiencia: A = 1,07 y B = 0,85
- Evaluación de proveedores: A = 70,15% (23,88% no se recibieron en 72 horas y 5,97% se recibieron parcialmente) y B = 82,19% (10,96% no se recibieron en 72 horas y 6,85% se recibieron parcialmente). No se recibieron en ningún semestre productos en mal estado o con una caducidad inferior a 6 meses.

Conclusiones

Durante el segundo semestre del 2017 se ha consumido más de lo que se ha adquirido y se ha disminuido el número de días de cobertura que soportaría el stock, lo que ha contribuido a disminuir el stock inmovilizado en el servicio de farmacia sin poner el riesgo en ningún momento el abastecimiento del hospital por lo que se ha logrado una gestión más eficiente y un ahorro significativo en el presupuesto del servicio.

Además la actualización de los PNT del área de gestión ha logrado mantener unas existencias teóricas más próximas a las reales así como una comunicación más ágil con los proveedores.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

83. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO QUE SUPONEN LOS DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS SOMETIDOS A ACUERDOS ECONÓMICOS

AUTORES

MARIN MARIN M, GASCÓN VILLACAMPA AM, ALZUETA ISTURIZ N, CASTRESANA ELIZONDO M, PIO ASIN M, TIRAPU NICOLAS B
HOSPITAL REINA SOFIA. CARRETERA TARAZONA, KM. 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto que suponen los desabastecimientos de los medicamentos sujetos a acuerdos económicos con empresas farmacéuticas y analizar las causas de dicho problema en un servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel dependiente del sistema nacional de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las ofertas económicas de los laboratorios farmacéuticos aprobadas e incluidas en los pactos de gestión de la comunidad autónoma del año 2017 (periodo de validez desde 1 de febrero de 2017 hasta el 31 de enero de 2018).

Se revisaron todas las compras realizadas por el servicio de farmacia en dicho periodo y se estudiaron aquellos casos en los que la compra fue realizada a otro laboratorio diferente al que estaba contemplado en dichos acuerdos. Se analizó el impacto económico que suponía el cambio de proveedor al perder la oferta económica pactada. Para la extracción de dichos datos económicos se utilizó el programa informático de gestión de compras SAP®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron los acuerdos económicos realizados con 76 laboratorios.

Un total de 46 fármacos (15%) incluidos en estos acuerdos de gestión presentaron problemas de suministro y las alternativas para su adquisición fueron el suministro por el sistema de gestión de medicamentos en situaciones



especiales (5% de los fármacos) o suministro por parte otros laboratorios fabricantes perdiendo la oferta acordada (95 % de los fármacos).

Este hecho supuso un incremento de 36.305,51€ respecto del importe teórico (17.256,74€), es decir un 210% más de lo que hubiera costado si no se hubieran producido dichas roturas de stock. La adquisición de fármacos por el sistema de gestión de medicamentos en situaciones especiales (medicamentos extranjeros) supuso un coste de 2.710,45€. El suministro por parte de otros laboratorios supuso un coste de 33.595,06€.

La mayor parte de los fármacos afectados (76%) eran de administración intravenosa.

Conclusiones

Al realizar acuerdos económicos es importante valorar las condiciones por parte de los laboratorios y la continuidad de suministro.

La capacidad de almacenaje del Servicio de Farmacia es limitada y la gran mayoría de estos productos presentan un índice de rotación alto, precisando la realización de pedidos con mucha frecuencia. Por este motivo ante una falta de suministro (especialmente de fármacos intravenosos que ocupan gran volumen) hospitales de pequeño tamaño nos vemos afectados en gran medida y de manera temprana, consumiendo importantes recursos tanto económicos como de gestión logística.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

93. MEDIACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN EXTRANJERA A PACIENTES AMBULATORIOS

AUTORES

SANCHEZ CUENCA MJ, ROMERO CANDEL G
HOSPITAL DE HELLIN. C/ JUAN RAMON JIMENEZ S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Implantación de un proyecto de colaboración entre la Delegación Provincial de Sanidad y el Servicio de Farmacia Hospitalario, para la dispensación de Medicación Extranjera a pacientes no ingresados, evitando al paciente desplazamientos innecesarios desde la ciudad donde reside a la ciudad donde se ubica la Delegación de Sanidad.

DISEÑO

Para lograr la operatividad del procedimiento se diseñó un protocolo aprobado por ambas partes, Servicio de Farmacia y Delegación Provincial de Sanidad en el que se recogen los objetivos, el procedimiento y todos los impresos utilizados en el proceso.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito se realizaría de la siguiente manera:

1. El paciente acude al Servicio de Farmacia con el informe y la receta correspondiente (la receta deber contener el TSI del paciente impreso).
2. El Servicio de Farmacia se pone en contacto con el Área de Farmacia de la Delegación vía mail comunicando la solicitud en numero de envases así como los datos del paciente.
3. El Área de Farmacia de Sanidad realiza la solicitud a Medicación Extranjera.
4. Cuando recibe la medicación se pone en contacto con el Servicio de Farmacia que a través de un servicio de transporte recoge la medicación y la hace llegar al Servicio de Farmacia de destino.
5. El Servicio de Farmacia avisa al paciente para que acuda, le entrega el modelo de pago 046 y le entrega la medicación una vez efectuado el pago.
6. El Servicio de Farmacia envía toda la documentación (receta+justificante de pago) a la Delegación de Sanidad.

IMPLANTACIÓN

La implantación se realizó de forma global para todos los pacientes, informando tanto a los facultativos como a todo el Servicio de Farmacia, previo acuerdo con la Delegación de Sanidad sobre la fecha de comienzo.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

En total desde Marzo de 2017 hasta la fecha, se han gestionado 23 solicitudes de Medicación Extranjera, que han supuesto la gestión de 6 especialidades farmacéuticas diferentes y solo una de ellas se está utilizando como tratamiento crónico siendo el resto tratamientos limitados a un número reducido de meses:

1. Preparados antitiroideos. PROPILTIOURACILO
2. B-Bloqueantes adrenérgicos no selectivos. NADOLOL
3. Agentes contra Leishmaniasis y otras tripanosomiasis. BENZNIDAZOL
4. Otros preparados para el corazón. UBIDECARENONA
5. Antifúngicos para uso sistémico. GRISEOFULVINA
6. Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico. SUCRALFATO

Todas ellas fueron aceptadas y tramitadas sin ningún tipo de incidencia.

Limitaciones

Las limitaciones que plantea este procedimiento es la sobrecarga de trabajo que supone realizar todas las gestiones desde el Servicio de Farmacia, que redundan fundamentalmente sobre el Área de Pacientes Externos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento es aplicable en cualquier Servicio de Farmacia de cualquier centro Hospitalario, si bien la ventaja se presenta en aquellos hospitales que puedan prestar el Servicio con el fin de evitar desplazamientos del paciente a la delegación de la Consejería de Sanidad correspondiente.



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

120. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

SOLANA ALTABELLA A, FONT NOGUERA I, EDO SOLSONA MD, BALLESTA LOPEZ O, FERRADA GASCO A, RIBES ARTERO H, CENTELLES ORIA M, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir la implantación de un sistema de calidad mediante cuestionarios de evaluación (CE) sobre las sesiones formativas realizadas en el Servicio de Farmacia de un hospital terciario. Conocer la utilidad y conocimientos aportados por dichas sesiones.

DISEÑO

Estudio descriptivo prospectivo entre los meses de enero y abril de 2017 sobre la evaluación de dos sesiones formativas realizadas por un residente y por un adjunto semanalmente. Para crear la encuesta se utilizó el recurso web Formularios de Google®. Los asistentes a las sesiones acceden de forma anónima a través de sus dispositivos móviles (teléfonos inteligentes). Se evalúa las sesiones de forma objetiva y subjetiva.

CIRCUITO Y ETAPAS

La parte I consta de dos preguntas tipo test sobre el tema a tratar, que miden la capacidad docente de la sesión (cada pregunta con 5 opciones) y se repiten al finalizar la sesión. Se considera mejora en los conocimientos del asistente si el cómputo de preguntas acertadas de la parte I ha aumentado. La parte II, con 5 preguntas tipo test, recopila la opinión del asistente sobre los conocimientos adquiridos y la utilidad de la sesión (3 tipos de respuesta: Sí/No/Indiferente). Las preguntas son: ¿Resulta útil para tu puesto de trabajo?(R1), ¿Resulta útil para el SF?(R2), ¿Ha adquirido nuevo conocimiento y/o habilidad?(A), ¿Mejora su forma de trabajar?, ¿Cambia su actitud/comportamiento?(C1) y ¿Mejora la forma de trabajar del SF?(C2). Todas las preguntas son de contestación obligatoria. Se mide la relación entre la mejora en la parte I y las respuestas a las distintas preguntas de la parte II.

IMPLANTACIÓN

La implantación tuvo lugar en febrero de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se recopilaron 970 CE correspondientes a 67 sesiones (40 de residentes y 27 de adjuntos). El porcentaje de participación del total de asistentes fue del $57,3 \pm 1,7$ %. En 496 (51,1%) CE completados se mejoró de forma objetiva el conocimiento previo. Ajustando a los asistentes con capacidad de mejora (habían fallado alguna pregunta de la parte I antes de la sesión), el porcentaje aumentó al 70,6%. Sólo en 49 CE (4,9%) se mostró empeoramiento del conocimiento, un resultado residual. La frecuencia de respuestas positivas de la parte II fueron de R1(93,5%), R2(99%), A(95,1%), C1(86,6%) y C2(95,3%). Un 13,4% de los asistentes respondieron que no les mejoraba su forma de trabajar las sesiones, probablemente debido a la especialización de los temas.

La única limitación es la necesidad de un teléfono móvil inteligente y tener acceso a internet.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Las sesiones formativas en un servicio de farmacia resultan útiles para mejorar los conocimientos. La recopilación de datos mediante encuestas electrónicas es una forma rápida y sencilla de obtener información útil para mejorar las sesiones clínicas. Esta metodología es fácilmente aplicable en cualquier Servicio de Farmacia con acceso a internet.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

121. AVANCES EN VALIDACIÓN FARMACÉUTICA: MEJORANDO LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA

AUTORES

CARO TELLER JM, ORTIZ PEREZ S, ROSAS ESPINOZA CR, JIMÉNEZ CEREZO MJ, ARRIETA LOITEGUI M, CANALES SIGUERO MD, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. AVENIDA DE CÓRDOBA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Optimizar la eficiencia y calidad del proceso de validación farmacéutica en el paciente hospitalizado utilizando la prescripción electrónica asistida (PEA) estructurada y la Historia Clínica Electrónica (HCE). El entorno del trabajo es un Hospital de tercer nivel, con 1.200 camas, 8.000 prescripciones activas y 2.000 prescripciones nuevas diarias.

DISEÑO

En 2014 finalizó la implantación de la PEA integrada con la HCE en todas las Unidades de Hospitalización. El proceso de validación farmacéutica, que hasta entonces se llevaba a cabo únicamente en las Unidades con Sistema de Distribución en Dosis Unitaria (50% de los pacientes ingresados), requirió un rediseño integral para poder atender las nuevas necesidades.

El proyecto se desglosó en 4 etapas: protocolos de prescripción y Sistemas de Soporte a la Decisión Clínica (SSDC), módulo de intervenciones, herramientas de validación asistida y validación automática.

CIRCUITO Y ETAPAS

Protocolos y SSDC: para simplificar, agilizar, reducir la variabilidad y los errores de prescripción, se consensaron con cada Servicio protocolos para el tratamiento de las situaciones clínicas más frecuentes. Con respecto a SSDC, se incluyeron alertas por embarazo, lactancia, alergias, insuficiencia renal y contraindicaciones por diagnóstico. Se integró el Programa



de Equivalentes Terapéuticos con la PEA, proponiendo sustituciones automáticas de fármacos.

Módulo de intervenciones: se desarrolló un módulo que automáticamente descarga de la PEA todas las intervenciones farmacéuticas realizadas. Se creó un algoritmo que, según criterios como la edad, el fármaco y el tipo de intervención, clasifica automáticamente las intervenciones en baja, media o alta relevancia clínica.

Herramientas de validación asistida: se diseñó desde la PEA un localizador de prescripciones prioritarias a validar, en las que el riesgo de error es más alto o las repercusiones de un error potencial son mayores (estrecho margen terapéutico, antirretrovirales, antivirales de acción directa, inmunosupresores, antineoplásicos orales...). Se diseñaron localizadores que mostraban situaciones clínicas en las que intervenir: interacciones clínicamente relevantes, ajustes por insuficiencia renal no realizados, alergias a fármacos prescritos y triple whammy prescrita.

Validación automática: desde el Servicio de Farmacia, con la aprobación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica se acordó la autovalidación de fármacos considerados de bajo riesgo, con dosis y pauta predefinida y sin alertas por interacciones, duplicidad, embarazo, lactancia, insuficiencia renal ni contraindicaciones.

IMPLANTACIÓN

Ente 2015 y 2018, se produjo el desarrollo y despliegue de cada etapa con una periodicidad anual.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se comparó el número de intervenciones entre 2015 y 2017 observando un aumento del 160% (5.538 vs 14.384). El porcentaje de aceptación fue del 25,6% en 2015 vs 38,5% en 2017 ($p < 0,001$).

Se evaluó el tiempo de exposición a errores de medicación antes y después de implantar los filtros de priorización de la validación. Se analizaron 258 intervenciones en 225 pacientes. El tiempo medio de exposición al error en la fase pre-intervención fue de 26,32h frente a 17,56h en la fase post-intervención ($p=0,007$).

El 25,2% de las intervenciones realizadas en 2017 se clasificaron como de alta relevancia clínica, el 64,9% de media y el 9,9% de baja.

Alta dependencia de desarrollos informáticos para avanzar en alguna de las etapas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a Servicios de Farmacia con Sistema de prescripción electrónica estructurada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

144. IMPACTO ECONÓMICO DE PRODUCTOS SANITARIOS DESTINADOS A PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN TRAS ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA SOCIOSANITARIA

AUTORES

GARCÍA CASES S, SANSANO CLEMENT A, PASCUAL MARTINEZ M, ANDUJAR MATEOS A, ESPERT ROIG M, OJEA CARDENAS L, MINUESA SANCHEZ R, CANOVES ESCOLANO MA
SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO LA FLORIDA. C/ TOMAS AZNAR DOMENECH, 43. ALICANTE

OBJETIVOS

Los productos sanitarios (PS) suponen un 22,7% del gasto total del Servicio de Farmacia Sociosanitaria, del cual un 60% está destinado a la prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP).

El objetivo del estudio es evaluar el gasto de los productos sanitarios destinados a la prevención y tratamiento de UPP en 18 centros sociosanitarios dependientes de un servicio de farmacia sociosanitaria, tras las medidas tomadas por un grupo de trabajo multidisciplinar de productos sanitarios (GTPS).

MATERIALES Y MÉTODOS

El GTPS actualizó la Guía Farmacoterapéutica de Productos Sanitarios para los centros sociosanitarios introduciendo productos novedosos de última tecnología, que aún siendo más caros, ocasionan un ahorro en coste total del tratamiento mediante el diseño por parte del Servicio de Farmacia de protocolos y algoritmos de manejo de estos productos.

Se estudiaron los gastos de los 18 centros durante 5 meses antes y 5 meses después de la actualización de la nueva Guía con un periodo de lavado entre ambos periodos de 6 meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los principales cambios que se realizaron en la Guía se clasifican en tres grandes grupos: 1) Alginatos/hidrogeles: cambio de apósito de alginato 10x10 cm por apósito con fibras gelificantes 10x10 cm y apósito hidrocoloide en cinta 2x45cm; 2) Espumas poliméricas: cambio de apósito de espuma polimérica con adhesivo de silicona 15x20 cm por otro de similares características pero elástico anatómico/ovalado 15x20 cm, introducción de dos apósitos de espuma polimérica con adhesivo de silicona de tamaño 13x13 cm y 15x15 cm con indicador de cambio y sustitución de un apósito de espuma polimérica con adhesivo de acrilato sin borde 15x15cm por apósito similar con adhesivo de silicona 15x15cm; 3) Antimicrobianos: eliminación de apósito cinta de plata en fibra hidrocoloide 2x45 cm y apósito de plata en espuma polimérica con adhesivo 13x13 cm por la introducción de alginato de plata en pasta 15 gr.

El porcentaje de gasto de estos tres grupos de productos sobre el total de todos los productos destinados a prevención y tratamiento de UPP fueron: 5,14% en alginatos/hidrogeles, 67,8% en espumas poliméricas y 6,1% en antimicrobianos.

Tras la actualización de la guía, se ha conseguido un ahorro del 14,20% en productos destinados en prevención y tratamiento de UPP, siendo del 18,0% en espumas poliméricas y 4,6% en antimicrobianos. En cambio se incrementa el gasto de alginatos/hidrogeles en un 18,1%

Las UPP generan un coste muy elevado en los centros sociosanitarios, de ahí la importancia de establecer un protocolo de prevención y tratamiento de las mismas.

Tras la protocolización del empleo de los nuevos productos sanitarios destinados a la prevención y tratamiento de UPP, se ha logrado reducir sus costes mejorando el nivel de atención hacia el paciente.

El papel del farmacéutico en los centros sociosanitarios es fundamental para fomentar el uso adecuado de los productos sanitarios y dar formación al personal sanitario logrando con ello una mejoría en los resultados de salud en el paciente.



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

157. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIOTERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CALZADO GÓMEZ G, SCHWARTZ SANZ P, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, VIRGÓS ALLER T, NAZCO CASARIEGO GJ, ALDEA PERONA A

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CRRA OFRA S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El control sobre la administración de los fármacos es uno de los puntos claves en la seguridad de los pacientes hospitalizados. A pesar de la repercusión clínica que puede conllevar errores en la misma, la forma en la que administramos la antibioterapia en nuestros hospitales ha sido poco estudiada.

El objetivo del presente estudio es conocer la práctica de los profesionales encargados de la administración de antibioterapia en nuestro centro mediante un cuestionario.

DISEÑO

Estudio transversal mediante encuesta al personal de enfermería de nuestro hospital responsable de todas las áreas de hospitalización, a excepción de unidades pediátricas.

La encuesta fue diseñada por un enfermero, un farmacéutico y un farmacéutico FIR 4º año., Posteriormente validada por un comité de expertos constituido por farmacóloga, especialista responsable de la calidad asistencial del centro y asesor en metodología para la investigación.

La encuesta consta de 22 preguntas: Las dos primeras recogen las variables identificativas del personal de enfermería encuestado (área de trabajo o especialidad y años de experiencia). Cinco preguntas tipo test con una sola respuesta correcta; 13 preguntas con respuesta dicotómica y 2 preguntas para responder con texto libre.

Se usaron los resultados de las encuestas y los datos sobre eventos adversos notificados desde el hospital. Análisis estadístico por el programa SPSS, comparación de variables categóricas mediante Chi-cuadrado o de Fisher, variables continuas por T-Student, considerando significancia $p < 0.05$.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Diseño, validación y planificación.
2. Presentación y aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica.
3. Entrega de cuestionarios con criterio de orden establecido.
4. Registro, recogida de datos y análisis estadístico.
5. Interpretación y redacción de resultados.

IMPLANTACIÓN

Una vez aprobado el estudio la implementación se realizó los días acordado con cada una de las supervisoras de enfermería. Posterior recogida de encuestas y tratamiento de datos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Fueron recogidos un total de 183 cuestionarios.

El 50,5% conoce el protocolo de correcta administración de antibioterapia, coincidiendo con un 50,7% que lo usa en su práctica diaria.

Referente a la seguridad en la administración, el 70,4% de los encuestados ha presenciado un algún error en la administración de antibioterapia en el último año. Los más frecuentes según los encuestados corresponden a errores de dilución (48,4%), tiempo (45,2%) y en la identificación del tratamiento (26,6%).

En cuanto a la notificación de eventos adversos, en la pregunta de campo abierto a cerca de si conoce algún sistema de notificación de errores, el 79,9% no responde, el 4,9% responde SINASP (Sistema de notificación y registro de incidentes y eventos). El 28,1% conoce la tarjeta amarilla, el 3,9% la ha usado en algún momento. Esta infranotificación coincide con los datos proporcionados por la Comisión de Seguridad.

El 97,8% de los encuestados considera útil en su práctica profesional recibir una formación continua en el uso seguro y precauciones del manejo de antibióticos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Permite la evaluación de la práctica diaria de la antibioterapia endovenosa.

Es una herramienta útil en el diseño de medidas con una visión multidisciplinar dirigidas a mejorar y optimizar los resultados relacionados con la seguridad en la práctica clínica diaria.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

163. ROL DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA VERIFICACIÓN FINAL DE PRODUCTOS CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS PELIGROSOS

AUTORES

JUNCOS PEREIRA R, RIU VILADOMS G, MARÍN ROMERO AM, LÓPEZ CABEZAS C, CARCELERO SAN MARTÍN E, MERINO CALDERÓN MD, CODINA JANÉ C

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA. C/ VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

En nuestro hospital, antes del 2017 todas las preparaciones realizadas por el técnico de farmacia eran verificadas por el farmacéutico. Desde 2017, aprovechando la implantación de un robot de preparación, se ha delegado parte de esta tarea al técnico.

El objetivo del estudio es evaluar la contribución del técnico en la verificación de las preparaciones de los citostáticos y otros medicamentos peligrosos en la eficiencia del proceso.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado de enero a diciembre de 2017. Se definieron 3 procesos de elaboración distintos:

- 1) Preparación manual sin control gravimétrico en el proceso, utilizado mayoritariamente en las preparaciones de poco volumen o de ensayos clínicos. La verificación del producto acabado lo realizó el farmacéutico.
 - 2) Elaboración mediante control gravimétrico e identificación de componentes por código de barras, en el que el margen de error aceptado fue del 3%, 5% o 7%. El programa informático rechaza la preparación si el peso analizado está fuera de esos márgenes. En este proceso la verificación del producto acabado se delegó al técnico.
 - 3) Preparación automatizada (mediante un robot de preparación), que no requiere verificación, ya que incluye doble identificación de componentes por código de barras e identificación fotográfica, y doble control gravimétrico.
- El proceso de verificación consistió en la comprobación de que la cantidad necesaria del medicamento correcto se incluía en el recipiente idóneo (suero, bolsa, jeringa o cassette), a través del chequeo de los viales utilizados con la hoja de preparación.

Para valorar el ahorro de tiempo de farmacéutico atribuible a la nueva organización, se han extraído los datos del programa informático de prescripción/preparación de citostáticos, calculando el número total de preparaciones realizadas con cada uno de los tres métodos de preparación. Con ello se obtiene el porcentaje de verificaciones asumidas por el técnico y el farmacéutico. Además, se recogen los errores notificados en el registro de incidencias del servicio atribuibles al proceso de verificación, para comprobar si ha habido alguna afectación en la seguridad del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo del estudio, se realizaron 3601 preparaciones mediante el robot, 25053 preparaciones con control gravimétrico y 2971 preparaciones de manera manual. Por tanto, el 9,5% de las preparaciones fueron verificadas por el farmacéutico y el 78,9% por el técnico. El 11,6% restante fueron preparaciones realizadas por el robot, por lo que estas preparaciones no fueron verificadas.

La reorganización de tareas ha supuesto la liberación de 248 horas de farmacéutico destinadas a la verificación en 2017 (aproximadamente una hora al día), de manera que el farmacéutico las pudo invertir en otras tareas.

Durante el período de estudio no se han registrado incidencias relacionadas con la verificación de las preparaciones.

Conclusiones

A causa del aumento de la actividad y la inclusión de nuevas tecnologías, se ha delegado en el técnico de farmacia la verificación de las preparaciones de quimioterapia, permitiendo al farmacéutico disponer de más tiempo para realizar diferentes tareas sin verse afectada la seguridad del proceso. Debido a los errores potenciales en este proceso, consideramos necesaria la verificación del producto acabado previo a la dispensación y posterior administración de estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

168. GESTIÓN DE DEMORAS EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA

AUTORES

RIESTRA AYORA AC, TAMÉS ALONSO MJ, OLARIAGA SARASOLA O, GARCÍA MACHIN B, ARGANDOÑA ESNAL MJ, IGLESIAS GAMIO A, GAJATE AIZPURUA M, CAJARAVILLE ORDOÑANA G
FUNDACIÓN ONKOLOGIKOA. AVDA. DR. BEGUIRISTAIN 131. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Disminuir el tiempo de espera de los pacientes oncológicos en Hospital de día para la administración de sus tratamientos.

DISEÑO

Se llevó a cabo un proceso de design thinking en Hospital de día, identificando la reducción de los tiempos de espera como una de las principales demandas de los pacientes. Con objeto de disminuir el tiempo que esperan los pacientes para la preparación de sus tratamientos, y que este no aumentara con el desarrollo de la preparación robotizada, se diseñó un sistema de preparación anticipada en el que el farmacéutico revisa los tratamientos previstos y decide cuales son susceptibles de ser preparados por anticipado en base a características del paciente y del medicamento; como pueden ser re-evaluaciones, tendencias en la analítica, retrasos o reacciones adversas previas y coste y estabilidad del fármaco.

Estas preparaciones quedan en un estado de "cuarentena" en el que no es técnicamente posible su administración. En caso de que la prescripción se realice sin cambios respecto a lo previsto, se libera la cuarentena, y la preparación se administra al paciente. En caso de que el sistema informático detecte cambios esta pasa a un pool de preparaciones reciclables que son gestionadas por el programa informático para ser reutilizadas.

CIRCUITO Y ETAPAS

Para identificar las mezclas susceptibles de ser preparadas por anticipado se revisaron los datos de estabilidad y su frecuencia de uso, así mismo se consideraron aspectos económicos.

Posteriormente se definieron los datos clínicos a tener en cuenta para preparar el tratamiento de un paciente por adelantado y los criterios para considerar una preparación reciclable.

Por último se desarrolló el sistema informático que permitiera gestionar los fármacos en cuarentena y el sistema de reciclado.

IMPLANTACIÓN

La implantación de este sistema supuso cambios organizativos en el Servicio y ha sido implantando progresivamente.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Actualmente el 33% de nuestras preparaciones se realizan de manera anticipada, fundamentalmente mediante preparación automatizada, con lo que se ha conseguido reducir el porcentaje de pacientes que esperan más de una hora



para la preparación de sus tratamientos del 10,8% en 2014 al 7,2% en 2017, y ha aumentado el de pacientes que esperan media hora o menos del 38,6% al 51,6%.

También se ha logrado un impacto en el tiempo de espera desde la hora de cita hasta la administración disminuyendo los pacientes que esperan más de 120 minutos del 22,8% al 15,1%.

Entre los riesgos asociados al nuevo proceso podemos contar los errores de medicación y las pérdidas económicas.

El riesgo de errores de medicación se ha gestionado desarrollando un sistema que identifica los cambios en las prescripciones respecto a lo previsto y guía el proceso de reciclado incluyendo controles por código de barras y gravimétricos.

Respecto a las pérdidas el 3,6% de preparaciones anticipadas fueron desechadas por caducidad. Suponiendo un impacto económico de entre 2.000 y 5.000 euros en los últimos años, en torno al 0,05% del gasto en citostáticos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El cambio organizativo es aplicable a otros Servicios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

188. VARIABILIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A CENTROS SOCIO SANITARIOS RESIDENCIALES DESDE SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

CANTUDO CUENCA MR, MUÑOZ CEJUDO BM, LÓPEZ LÓPEZ MDP, MORA MORA MA, CAÑIZARES HUARTE-MENDICOA J, BELDA RUSTARAZO V, VÁZQUEZ VELA S, SANTOS RAMOS B

HOSPITAL SAN AGUSTÍN (ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Analizar la variabilidad de la prestación farmacéutica a centros socio sanitarios residenciales (CSSR) desde los servicios de farmacia hospitalaria (SFH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico transversal. Se diseñó un cuestionario de 42 ítems relacionados con la prestación farmacéutica a CSSR englobados en: características del centro, legislación, guía farmacoterapéutica (GFT), prescripción, preparación y transporte, dispensación, validación y actividad farmacéutica, administración. Dicho cuestionario fue enviado entre enero-febrero 2018 a los 12 SFH que iniciaron el proceso piloto de implantación de la prestación a CSSR públicos de una comunidad autónoma. Los datos fueron analizados en Excel®2007.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 13 CSSR: cuatro: < 100 camas, siete: 100-200, resto: > 200; número total de camas: 1909 (75% ocupación). De los 1430 residentes, el 31% eran válidos. En tres centros todos los residentes eran asistidos, en el resto residían ambos. Todos disponían de depósito de medicamentos con stock para urgencias/patologías agudas, once contaban con stock "de reserva" de medicación crónica habitual.

El compromiso de gestión no había sido suscrito por los responsables en tres. Aunque sólo diez disponían de libro de estupefacientes, todos los conservaban bajo llave. Nueve centros consensuó una GFT, 44% publicadas (media de principios activos: 280±40). La media de medicamentos no incluidos en guía prescritos en el momento de la encuesta fue 5±6. La prescripción electrónica se implantó en todos excepto uno (ATHOS-Prisma®:77%).

La preparación de tratamientos individualizados se realizaba de forma automática (carrusel vertical) en cinco, la reposición de stock sólo en dos (horizontal). Siete transportaban la medicación en bolsas individuales organizadas cajas; cuatro, carros; uno, maletín con cajetines; otro, bandeja con siete pastilleros. Sólo uno transportaba la medicación termolábil con dispositivo de control térmico. Si prescripción de urgencia, el encargado del envío era el CSSR en ocho casos, el hospital en cinco; uno utilizaba recetas para oficina de farmacia.

Todos dispensaban en dosis unitaria individualizada, con periodicidad semanal en el 100% de asistidos y 40% de validos (el 60% restante mensual). En ocho se dispensaban medicamentos no financiados incluidos en la GFT hospitalaria. Todos dispensaban DH/H. Ocho tenían residentes de financiación privada. En once los errores de dispensación eran notificados por enfermería.

En cuanto al sistema de administración: nueve en bandejas diarias, tres en vasitos diarios y uno en bandeja semanal. El porcentaje de residentes con soporte nutricional al realizar la encuesta fue 4,4% (41% con sonda).

Tres centros no disponían de puesto de trabajo para el farmacéutico. Nueve contaban con acceso remoto al terminal del SFH. El farmacéutico se desplazaba al CSSR 1-6h/semana en seis de ellos y > 7h/semana en cuatro, en el resto no. Tres no controlaban la indicación de medicamentos de visado. La mayoría (92%) conciliaba la medicación en las transiciones asistenciales. En cinco se emitían recomendaciones de administración por sonda. Sólo en uno se realizaba farmacocinética. La mediana de intervenciones farmacéuticas fue 63(IQR:43-151), 89% de aceptación media.

Conclusiones

Existe gran variabilidad de la prestación farmacéutica a CSSR desde los SFH, destacando el transporte de medicación y la actividad farmacéutica realizada. El cuestionario permite la identificación de puntos de mejora y la homogeneización de dicha prestación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

204. INNOVACIÓN PARA OPTIMIZACIÓN DE GESTIÓN DE STOCKS

AUTORES

FERNANDEZ GARCIA MI, MAESTRE TORREBLANCA JM, JURADO FLORES I, CASAS DELGADO M
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. AVDA. DEL BRILLANTE, 106, CP 14012. CORDOBA

OBJETIVOS

La adquisición y almacenamiento de medicamentos es una de las principales tareas de gestión que realiza un Servicio de Farmacia Hospitalaria. Por una parte deben satisfacerse las necesidades clínicas, pero las limitaciones de recursos económicos y las restricciones logísticas obligan a utilizar estrategias de adquisición que minimicen la cantidad almacenada, asegurando, con cierto grado de certeza, que se podrá responder a la demanda en la clínica. De ahí la importancia de aplicar una buena política de gestión que satisfaga dichos objetivos contrapuestos. El objetivo de este estudio es la implantación de nuevos sistemas que mejoren la eficiencia de la gestión en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha diseñado un controlador para la optimización del stock mediante técnicas de control predictivo. Para ello se ha seleccionado un proveedor en concreto y 10 medicamentos que se solicitan al mismo. Se han establecido una serie de parámetros como son stock mínimo, stock máximo almacenable, embalaje, pedido mínimo al proveedor, tiempo estimado de entrega de pedidos, etc. y, teniendo en cuenta también los consumos de los 12 meses anteriores, se ha diseñado un algoritmo que automatiza la gestión de inventario explotando las sinergias existentes entre los pedidos a un mismo proveedor. Para ello, el controlador simula la evolución esperada de los niveles de stock durante un intervalo de tiempo, calculando así el pedido óptimo para el conjunto de medicamentos considerado. Durante un periodo de 4 meses se han introducido diariamente en el programa desarrollado los datos de stock de los 10 medicamentos en cuestión y de forma automática el software ha calculado el pedido para dicho grupo de medicamentos. Desde el Servicio de Farmacia se ha seguido fielmente la recomendación del controlador a la hora de realizar los pedidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante estos 4 meses, en comparación con el mismo periodo del año anterior, se han reducido considerablemente tanto el número de pedidos al proveedor como el stock promedio de estos medicamentos. Se ha estimado un ahorro económico de 644.89 euros y además se ha reducido la carga de trabajo en el Servicio de Farmacia. No se ha producido ninguna rotura de stock.

La metodología propuesta ha mejorado la gestión a diferentes niveles: garantiza el abastecimiento con una disminución del nivel de inventario y del número de pedidos, lo que libera espacio y reduce la carga de trabajo, además de generar ahorros económicos.

Se puede considerar que la aplicación de este tipo de políticas en este contexto es prometedora además de fácil de implementar. Como línea futura de trabajo se pretende ampliar la cantidad de medicamentos controlados de esta forma automatizada mediante la incorporación de otros proveedores al programa, con la intención de validar también otra de las técnicas que han sido propuestas durante el periodo de investigación en este campo y que hasta el momento sólo han podido ser estudiadas a nivel de simulación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

253. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS IMPLANTABLES

AUTORES

ALAÑÓN PARDO AM, ALAÑÓN PARDO MM, ARAQUE ARROYO P, PROY VEGA B, CONDE GARCÍA MC
HOSPITAL QUIRÓNSALUD CIUDAD REAL. ALISOS 19. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Establecer un sistema para gestionar el proceso de imputación-facturación-compra de productos sanitarios implantables (PSI) en un hospital privado, garantizar la trazabilidad de los lotes implantados y facilitar la vigilancia de productos sanitarios.

DISEÑO

Estudio observacional prospectivo de la actividad desarrollada por un sistema diseñado para la gestión de PSI en un hospital privado desde su implementación en febrero de 2016 hasta marzo de 2018.

Se elaboró una plataforma web integrada en el sistema informático común para todos los hospitales del grupo. Dicha plataforma homologa y cataloga todos los PSI, en base a criterios técnicos y económicos, proveedores y aseguradoras.

CIRCUITO Y ETAPAS

La imputación de los PSI se realizaba por el personal de enfermería de quirófano a través de dicha plataforma, introduciendo la referencia comercial del artículo como motor de búsqueda. Con la finalidad de asegurar la trazabilidad de los lotes implantados, el sistema obligaba por defecto a introducir el lote y/o número de serie y fecha de caducidad. De este modo, en caso de alertas de productos sanitarios, fue posible la aplicación de un filtro para localizar el artículo afectado a partir de los datos del paciente, datos del PSI o datos del servicio y cirujano.

Se estableció una tarifa "base" de ventas común para todos los hospitales e independiente del precio de compra que permitía al personal de contabilidad del centro facturar a las aseguradoras previamente establecidas.

Una vez imputado el PSI, se enviaba un pedido al proveedor vía EDI, bajo la supervisión del farmacéutico responsable de prótesis, conforme al lote y caducidad de dicho artículo para su facturación al centro y/o reposición en caso de tener establecidos depósitos de dichos artículos en el centro.

La vigilancia de los PSI fue llevada a cabo por el Servicio de Farmacia.

IMPLANTACIÓN

La plataforma web integrada en el sistema informático común se implantó en febrero de 2016.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde la implantación de la plataforma para la gestión de PSI en el centro se han realizado 6430 intervenciones quirúrgicas (13,83% relacionadas con oftalmología e implantación de lentes, 19,50% de traumatología y cirugía

ortopédica, 1,6% de cirugía estética e implantes mamarios, 1,37% de cirugía maxilofacial, 0,82% cirugía vascular y angiología, el 62,88% fueron cirugías no relacionadas con los PSI). Se pusieron un total de 3234 implantes. Durante este periodo se han recibido un total de 9 alertas de vigilancia y/o seguridad de la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios relacionadas con PSI. Tres alertas afectaban a PSI implantados en el centro. En todos los casos se identificaron los pacientes portadores de PSI recogidos en la alerta mediante la plataforma utilizando como motor de búsqueda referencia comercial y lote. la principal limitación es la posibilidad de integrar la plataforma web en el sistema informático disponible en el centro.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este sistema de plataforma integrada común es extensible a cualquier hospital, ya que es una herramienta útil para la gestión del circuito imputación-facturación-compra de los PSI y para garantizar la trazabilidad de los lotes de PSI de forma segura, facilitando al farmacéutico responsable de prótesis la vigilancia de productos sanitarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

272. PERFIL DE UNA CUENTA DE TWITTER DIRIGIDA A PACIENTES Y CIUDADANOS. IMPACTO Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

AUTORES

MONTE BOQUET E, CUÉLLAR MONREAL MJ, TARAZONA CASANY MV, PÉREZ HUERTAS P, FERRADA GASCÓ A, BALLESTA LÓPEZ O, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL LA FE. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar el impacto y evolución temporal de la actividad desarrollada en una cuenta de Twitter de una Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) dirigida a pacientes y ciudadanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizan métricas (número y frecuencia de tuits, número de seguidores, tasa de menciones y retuits, listas en las que se ha incluido la cuenta, alcance potencial de los tuits) que permiten describir el perfil de la cuenta respecto a cinco dimensiones: actividad, tamaño de la comunidad, visibilidad, interacción y difusión. También se analiza la tipología de los tuits publicados y el horario de mayor difusión de los mismos. El análisis se realizó a partir de la información de la cuenta y utilizando las herramientas Audiense®, Twitonomy® y PmPeep®. Se realizó un análisis a fecha 22 de abril de 2018 y se comparó con uno similar realizado en 2014 (14 de abril).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La cuenta está activa desde el 28 de junio de 2011 y se han publicado 1821 tuits (786 en 2014), lo que supone una media diaria de 0,88 (0-12) tuits (0,8 en 2014) con una actividad regular y mantenida en el tiempo. El 44% de los tuits fueron originales, el 51% fueron retuits y el 5% respuestas a otros tuits. El 81% incluye enlace a una URL, el 56% incluye hashtag, el 71% menciona a otros usuarios y el 5% incluye imágenes. Estos datos indican que la cuenta difunde tanto contenido propio como de otros usuarios y suele recomendar recursos de internet a sus seguidores. Por otra parte, la participación en conversaciones es proporcionalmente baja, si bien invita a conversar a otros usuarios. En cuanto al tamaño de la comunidad, el perfil cuenta con 1738 seguidores (612 en 2014), que representan su nivel básico de difusión. De estos seguidores, el 25% cuentan a su vez con más de 500 seguidores (15% más de 1000 y 3% más de 5000). Teniendo en cuenta el número de seguidores de cada seguidor, el perfil tiene un potencial teórico máximo de difusión de 2,2 millones de cuentas (358.537 en 2014). Los tuits publicados han recibido un total de 765 retuits. Además, la cuenta ha sido referenciada en 72 listas de Twitter (36 en 2014), la mayoría de ellas del ámbito de la salud, pacientes y farmacia. Finalmente, se identifican como mejores momentos para tuitear (por haber mayor número de seguidores conectados) de lunes a viernes entre las 8 y las 17h.

La cuenta de Twitter se muestra como una vía de contacto con el paciente y con la población en general cercana, accesible y dinámica, constituyendo un canal de comunicación ágil, eficaz y de utilidad en las UFPE. A lo largo de los años la cuenta ha aumentado su actividad, su comunidad y su impacto potencial, así como su relevancia (se ha doblado el número de listas en las que ha sido incluida). El análisis continuado de la actividad resulta imprescindible para monitorizar el alcance y difusión de la información publicada en la cuenta.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

274. IMPACTO DE UN PROCEDIMIENTO DE RECOMENDACIÓN DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DEL ÁREA DE FARMACOCINÉTICA CLÍNICA

AUTORES

MEDINA GUERRERO A, LORENTE FERNÁNDEZ L, SANTIUSTE ROMAN A, MONTERO HERNÁNDEZ M, BELLÓ CRESPO M, PIQUER FIDELI E, MARTÍN TORRES E, SOLER COMPANYY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. C/ DE SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Potenciar la efectividad y seguridad de los tratamientos con digoxina, aminoglucósidos y vancomicina en los pacientes hospitalizados.

DISEÑO

Se elaboró un protocolo normalizado de trabajo (PNT) por parte del Área de Farmacocinética Clínica (AFCC) en el que se incluyeron:

-Métodos de identificación de pacientes en tratamiento vigente con los fármacos objetivo.

- Criterios de selección de los pacientes candidatos a monitorización farmacocinética (MFC).
- Instrucciones para la realización y registro de una recomendación de MFC normalizada en la historia clínica electrónica (HCE).
- Seguimiento de la intervención de MFC por parte del AFCC.

CIRCUITO Y ETAPAS

La innovación operativa consistió en el cambio del modo de notificación de las recomendaciones de MFC, inicialmente en formato papel y finalmente a través de notas de evolución en la HCE.

El nuevo circuito comienza con la identificación de los pacientes en tratamiento activo con digoxina, aminoglucósidos y vancomicina. Posteriormente se selecciona a los candidatos a MFC aplicando los criterios establecidos en el PNT. Finalmente se registra la recomendación de MFC en la HCE, punto diferencial respecto a la forma de trabajo previa en formato papel.

Para llevar a cabo el seguimiento de las recomendaciones de MFC se establecieron criterios de inclusión basados en datos de aceptación cuando se recibió la muestra para monitorizar en el AFCC, y no aceptación cuando el médico responsable del paciente firmó una nueva nota de evolución en la HCE sin que se hubiera recibido muestra en el AFCC. Se excluyeron los pacientes de alta médica, éxitus o cuyo tratamiento fue suspendido en 1-2 días tras la recomendación de MFC.

IMPLANTACIÓN

Se realizó un estudio observacional y ambispectivo en un hospital de 400 camas en el que se analizaron todas las recomendaciones de MFC emitidas por parte del AFCC entre octubre de 2017 y marzo de 2018. Durante los tres primeros meses las recomendaciones se hicieron mediante el sistema previo en formato papel y, los tres últimos, a través del nuevo circuito con registro en la HCE.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

En el periodo de estudio el AFCC realizó un total de 130 intervenciones de seguimiento, de las cuales un 53,8% se emitieron en formato papel y un 47,2% vía HCE. Del primer grupo cumplieron criterios de inclusión un 61,4%, y de estas hubo aceptación en el 18,6% de los casos. A través de la HCE, el 85% de las intervenciones cumplieron criterios de inclusión, siendo el porcentaje de aceptación del 31,2%. El incremento de aceptación de recomendaciones de MFC de un circuito a otro fue de un 12,6%.

Limitaciones

No se dispone de un sistema electrónico que nos permita saber si la recomendación de MFC ha sido leída, esto podría suponer una infraestimación en el porcentaje de aceptación real.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Los resultados reflejan un moderado grado de aceptación de las recomendaciones de MFC, sin embargo a través de la HCE la tendencia es al alza respecto al formato papel. El sistema es fácilmente reproducible por cualquier Servicio de Farmacia con un AFCC básica y supone una mayor probabilidad de éxito terapéutico e incremento de la seguridad de los tratamientos con este tipo de fármacos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

288. ESTIMACIÓN DEL TIEMPO EMPLEADO EN EL REACONDICIONAMIENTO DE FORMA FARMACÉUTICAS SÓLIDAS DISPENSADAS A UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE 150 PLAZAS

AUTORES

MARTINEZ CASAL X, RODRIGUEZ SANCHEZ JL, OTERO ESPINAR F, LAMELA LAGO M, GONZALEZ NIETO M
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA. PASEO DO ALCALDE PEPE SÁNCHEZ, 7. A CORUÑA

OBJETIVOS

Calcular de manera objetiva el tiempo empleado en el proceso de reenvasado de formas farmacéuticas sólidas en un servicio de farmacia (SF) de un hospital comarcal utilizando una máquina de reenvasado convencional para atender las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes institucionalizados en un centro sociosanitario de 150 plazas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la estimación del tiempo “horas de técnico de farmacia destinadas al reenvasado por año” se tendrá en cuenta el nº de reenvasados y el nº de unidades reenvasadas en 2017. Se diseña una hoja de recogida de datos donde consta el nombre y código nacional de la Especialidad Farmacéutica (EF), nº de envases y comprimidos a reenvasar, nombre del técnico de farmacia y un apartado de incidencias. Se registran dos tiempos: 1. T1: Tiempo de preparación del reenvasado: tiempo que engloba encender la reenvasadora (Auto-print II 9300 PKG.SYS 2” (230v)) y el software del equipo informático, cubrir la hoja de registro de reenvasado del servicio de farmacia según el PNT correspondiente, introducción de los datos correspondientes en la ficha informática (lote, caducidad, excipientes de declaración obligatoria..) o si fuese el caso, la creación de la ficha por primera vez, puesta de guantes, extraer las dosis individuales para su reenvasado y la limpieza de la máquina entre reenvasados de EF diferentes cuando sea necesario. 2. T2: Tiempo de reenvasado propiamente dicho: tiempo empleado en encender la reenvasadora y comenzar el reenvasado de las unidades individualizadas previamente. Incluye el tiempo de alguna eventualidad que pueda surgir (ej. parada del proceso por cualquier motivo). Se obvia el dato de velocidad de reenvasado facilitado por el fabricante (50 unidades/minuto) puesto que se pretende calcular el tiempo real empleado en el reenvasado en condiciones habituales de trabajo. Se calcula el tamaño muestral (número de veces que debe realizarse el proceso para que el valor obtenido sea representativo de la población). Se dispone de 2 técnicos en farmacia grupo C2 para la realización del estudio. Se introducen los datos en software IBM SPSS v21 y se analizan los datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Para el cálculo del tamaño muestral, se tuvo en cuenta que en 2017 se realizaron 688 envasados diferentes, se asume un error de un 10% y un nivel de confianza de 95%. Se obtiene que deben realizarse 42 envasados para obtener un tiempo de reenvasado representativo de la población. 21 reenvasados/técnico. Cada reenvasado estuvo compuesto por $2,78 \pm 2,34$ envases/reenvasado, con $105,22 \pm 72,97$ comprimidos/reenvasado. Promedio T1 $339,83 \pm 158,92$ segundos. Promedio T2 (tiempo $166,11 \pm 83,70$ segundos. Se obtiene velocidad de envasado $0,63$ comprimidos/segundo, (= 50 comprimidos/78,93 segundos). Teniendo en cuenta que en 2017 se realizaron 688 reenvasados y se reenvasaron 107643 unidades, se obtiene $113,57$ horas al año de técnico de farmacia destinadas al reenvasado.

Conclusiones

Conocer de manera objetiva y en condiciones reales de trabajo la duración del proceso de reenvasado necesario para llevar a cabo la prestación farmacéutica ambulatoria a los pacientes polimedcados institucionalizados en un css, nos permite optimizar la gestión de los recursos de los que se dispone.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

330. TECNOLOGÍA PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA

AUTORES

JIMÉNEZ VICENTE C, CASADO ABAD G, ALVAREZ CRIADO J, GABALDÓN GARNICA P, JIMÉNEZ NUÑEZ C, SIERRA MUÑOZ A, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ L, HERRERO AMBROSIO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. PASEO CASTELLANA, 261. MADRID

OBJETIVOS

Evaluación de la calidad y seguridad en el proceso de preparación de quimioterapia intravenosa en un hospital de tercer nivel, a través del sistema tecnológico de preparación asistida segura y eficiente ePase®.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. El período del estudio fue de 2 meses (enero y febrero de 2018).

En el estudio se incluyeron las mezclas elaboradas en la unidad de farmacia oncológica y destinadas a pacientes ambulatorios adultos pertenecientes al hospital de día de oncología.

Se utilizó el sistema tecnológico de preparación asistida segura y eficiente ePase®, llevándose a cabo un análisis tanto cualitativo como cuantitativo de las preparaciones. El primero de ellos permite la identificación mediante lectura de código matrix de los componentes de la mezcla, mientras que el segundo se basa en la pesada de la mezcla final (control gravimétrico). Los datos se obtuvieron durante el proceso de preparación de quimioterapias por las enfermeras del área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período de estudio, se realizaron un total de 1480 lecturas de código matrix, correspondiendo 731 a fármacos y 749 a suero o fluidos. 86 (5,8 %) lecturas fueron incorrectas, 45 de fármacos y 41 se sueros. Los motivos de error se recogen a continuación:

- Código incorrecto (mal reetiquetado de los componentes de la mezcla): 16 fármacos y 30 sueros.

- Componente incorrecto (lectura de componente equivocado): 29 fármacos y 11 sueros.

Los fármacos asociados con un mayor número de lecturas erróneas fueron: cisplatino, oxaliplatino, paclitaxel y adriamicina.

En relación con el control gravimétrico, se realizaron 1457 pesadas de las que 1376 (94,4 %) fueron correctas (dentro de rango de $\pm 5\%$) y 69 (4,7 %) incorrectas y 12 no pudieron ser interpretadas por bloqueo del sistema. De las pesadas erróneas, 53 (76,8 %) mezclas fueron incorrectas por infradosificación y 16 (33,2 %) por sobredosificación.

Los fármacos más implicados en el error de pesadas fueron: paclitaxel, vincristina y bevacizumab.

Conclusiones

El porcentaje de errores encontrados tanto en el análisis cualitativo como cuantitativo fue similar (5,8 % y 4,7 % respectivamente).

Los errores cualitativos podrían estar relacionados con un mal reetiquetado de los componentes de la mezcla, lo que se considera un inconveniente de este sistema.

Los errores cuantitativos podrían estar relacionados con la precisión de materiales utilizados durante la preparación como jeringas, volúmenes inexactos de sueros o propiedades fisicoquímicas de los fármacos como puede ser la viscosidad.

A pesar del aumento de carga de trabajo y coste que supone la aplicación de estos sistemas de seguridad, la prevención de errores de preparación y el aumento de la seguridad del paciente oncológico deben anteponerse a los posibles inconvenientes planteados inicialmente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

341. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE ERRORES EN LA PUESTA DE CARROS DE MEDICACIÓN DE UNIDOSIS

AUTORES

SAN JUAN LEBEÑA M, CUESTA MONTES R, VIRUES RODRÍGUEZ E, COLÓN LÓPEZ DE DICASTILLO A, PORTILLA LÓPEZ A, RODRÍGUEZ SIERRA C, GUTIÉRREZ PÉREZ I, PARRA ALONSO E
HOSPITAL SIERRALLANA. BARRIO GANZO S/N, C.P. 39300. CANTABRIA

OBJETIVOS

En un Servicio de Farmacia, la puesta de carros de medicación en unidosis para pacientes ingresados es uno de los trabajos desempeñados por los técnicos de farmacia (TF). Diariamente y de forma manual preparan dicha medicación en



cajetines individualizados por paciente. Tras su revisión, suben los carros a planta para su administración. El objetivo es cero errores en la puesta de medicación en los carros.

DISEÑO

Análisis del proceso en la puesta de medicación en los carros de unidosis por los técnicos de farmacia. El farmacéutico valida la medicación prescrita a los pacientes. Después, imprime unos listados con toda la información necesaria para la posterior preparación de los carros de medicación. Estos listados incluyen los datos identificativos de cada paciente junto con el tratamiento farmacoterapéutico que se le va a administrar en las próximas 24 horas.

CIRCUITO Y ETAPAS

En un primer momento, dos TF trabajaban individualmente en la puesta de carros (método 1). Cada técnico preparaba la medicación de una unidad clínica, leyendo e interpretando listados, seleccionando fármacos en unidosis y colocando medicación en los cajetines correspondientes del carro. Posteriormente, antes de subir los carros a planta se revisan y corrigen los carros. Se analizaron las correcciones realizadas, sus causas y las posibles soluciones a implantar. Se actuó cambiando el proceso. Se estableció que los dos TF debían trabajar de forma conjunta en la puesta de cada tratamiento (método 2). El técnico 1 dicta la información de los listados al mismo tiempo que el técnico 2 escoge la medicación en unidosis y la introduce en los cajetines. En las posteriores revisiones, se registraron y estudiaron de nuevo las correcciones realizadas.

IMPLANTACIÓN

El estudio se realizó entre agosto y diciembre de 2017. Durante los dos primeros meses la puesta de carros se realizó entre dos TF utilizando el método 1. En los tres siguientes se utilizó el método 2. Diariamente, tras la revisión y corrección posterior, se registraron y analizaron todos los errores cometidos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En estos 5 meses, 109.332 dosis de medicamentos fueron preparadas en los cajetines de los carros; corrigiéndose un total 994 errores (0,91%). La media de errores con el método 1 fue de 1,27% en agosto y 1,10% en septiembre; la cual descendió tras la implantación del método 2, a 0,78% en octubre, 0,81% en noviembre y 0,88% en diciembre. Los errores detectados fueron principalmente, selección inadecuada del número de medicamentos, forma farmacéutica o vía de administración y, colocación de los fármacos seleccionados en el cajetín incorrecto. Las causas que motivaron estos errores fueron lecturas incompletas, distracciones o interrupciones.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La prevención se basa en reconocer que el error es inherente al ser humano, por ello es necesario crear sistemas sanitarios seguros y resistentes. El cambio de método en la puesta de carros resultó en un descenso importante del número de errores. Asimismo, provocó una reflexión sobre su metodología y relevancia; muy recomendable para realizar en todo Servicio de Farmacia. En un futuro, sería interesante buscar otras fuentes de error con el fin de seguir mejorando el proceso.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

349. REVISIÓN SEMANAL DEL STOCK DE LOS TOP 25 MEDICAMENTOS EN EL ALMACÉN GENERAL DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

VIRUES RODRÍGUEZ E, SAN JUAN LEBEÑA M, COLÓN LÓPEZ DE DICASTILLO A, CUESTA MONTES R, GUTIÉRREZ LAVIN M, DÍEZ SAIZ E, GUTIÉRREZ PÉREZ I, PARRA ALONSO E
HOSPITAL SIERRALLANA. BARRIO GANZO S/N, C.P. 39300. CANTABRIA

OBJETIVOS

En los Servicios de Farmacia Hospitalaria se debe disponer de un stock mínimo de todos los medicamentos. Sin embargo, con determinados fármacos, bien por obligada disponibilidad, por su relevancia clínica o por su alto consumo, es aún más importante garantizar un stock de seguridad que permita su dispensación al paciente siempre que sea necesario. El objetivo de este método es garantizar existencias mínimas de los medicamentos seleccionados mediante la revisión semanal de su stock, como proceso complementario a la gestión informatizada diaria de existencias en el almacén.

DISEÑO

El farmacéutico seleccionó los medicamentos a incluir dentro del "top 25" (25 principios activos en 33 presentaciones), por su relevancia clínica (adrenalina o fibrinógeno entre otros) y/o por su alto consumo (amoxicilina-clavulánico o enoxaparina 40 mg jeringa SC entre otros).

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Establecer un stock de seguridad de los fármacos seleccionados suficiente para cubrir las necesidades de las unidades clínicas del hospital durante el tiempo de reposición.
2. Elaborar un listado de revisión con toda la información anterior.
3. Instaurar un día de revisión semanal para lo cual se seleccionó el jueves a primera hora de la mañana, por permitir un margen de acción frente al fin de semana y garantizar las existencias durante el mismo.
4. Revisión semanal del listado del "top 25" por el técnico de farmacia (TF) quien cuantifica y confirma el stock de cada medicamento. Además, detecta aquellos que están por debajo del stock de seguridad e informa al farmacéutico. Este último revisa el listado y procede, si es necesario, a realizar un nuevo pedido de medicación.



IMPLANTACIÓN

Este procedimiento se diseñó en agosto de 2017. A continuación, se comunicó a todos los integrantes del Servicio de Farmacia tras lo cual, en septiembre de 2017, se implementó la revisión del “top 25”. Desde entonces se llevan realizadas 30 revisiones con una duración semanal aproximada de 15 minutos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Hasta la fecha, la implantación del “top 25” ha desencadenado la realización de 40 pedidos a laboratorio, lo que supone una media semanal de 1,5 pedidos de estos medicamentos. Habitualmente, los pedidos realizados se centran en los medicamentos de alto consumo (metilprednisolona 40 mg o enoxaparina 40 mg). En cambio, los pedidos que implican fármacos de alta relevancia clínica son esporádicos. Destacar que aunque en ningún momento ha habido roturas de stock, este proceso ha evitado la realización de pedidos urgentes a posteriori. La principal limitación es que debido al alto número de medicamentos disponibles dentro de un hospital es muchas veces difícil seleccionar únicamente 25 medicamentos.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Su instauración no lleva mucho tiempo, comprende un control adicional y la seguridad que genera es alta, por lo que la revisión del “top 25” se ha convertido en una actividad indispensable dentro de nuestro Servicio de Farmacia. Asimismo, este método ha permitido que todos los TF que componen el Servicio de Farmacia estén familiarizados con estos medicamentos y conozcan su relevancia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 359. ¿CÓMO AUMENTAR EL RENDIMIENTO DE UN ROBOT PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS?

AUTORES

MARÍN ROMERO AM, RIU VILADOMS G, JUNCOS PEREIRA R, MERINO CALDERÓN MD, LESTA DOMENE C, CARCELERO SAN MARTÍN E, CODINA JANÉ C, LÓPEZ CABEZAS C
HOSPITAL CLINIC BARCELONA. CALLE VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de una estrategia de intensificación de la actividad para aumentar la productividad y mejorar la eficiencia de un robot para la preparación automatizada de medicamentos citostáticos y peligrosos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una prueba de intensificación de la actividad durante 3 meses (Noviembre - Enero 2018), en la que se propusieron las siguientes acciones:

1. Ampliación de la librería de fármacos activos en el robot.
2. Reorganización del área de preparación, corresponsabilización e incremento de competencias de los técnicos de farmacia en el proyecto. Ampliación de las horas de producción del robot (de 7 a 10 horas diarias).
3. Optimización de los ciclos de producción, según los siguientes criterios:

- a) priorizar fármacos de rápida elaboración, que suponen la mayor parte de la producción diaria,
- b) combinar con preparaciones estandarizadas de fármacos peligrosos y con reconstitución de viales.

Se compararon los resultados conseguidos durante la fase de intensificación con los obtenidos los 3 meses previos (Octubre-Diciembre 2017). Las variables que se midieron fueron: número de preparaciones liberadas a paciente de forma automatizada, total de preparaciones realizadas en robot y de manera manual, y número de incidencias generadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La librería de fármacos activos en el robot se amplió de 25 a 41, que suponen el 64.7% de la producción total.

La media de tratamientos mensuales liberados a paciente, se incrementó de 413 a 840. El volumen de trabajo soportado en manual disminuyó de un 79% a un 60,5% de preparaciones. Durante los meses previos a la fase de intensificación la media de incidencias mensuales generadas en el robot fue de 10, ocasionando paradas en la producción en 7 ocasiones. En los meses de intensificación la media fue de 13 incidencias mensuales afectando a la producción en 3 ocasiones.

Conclusiones

El proceso de intensificación de la actividad ha permitido duplicar la producción automatizada.

La nueva organización de tareas disminuye la presión asistencial sobre la preparación manual, con la consiguiente mejora en las condiciones de trabajo de los técnicos.

El incremento de actividad no ha supuesto un aumento significativo del número de incidencias en el proceso.

El incremento de la producción automatizada permite circuitos más eficientes y mayor seguridad en todo el proceso. La ganancia en experiencia y la autonomía de los técnicos de farmacia encargados de la preparación automatizada explica que este proceso de optimización vaya en aumento, de tal manera que a día de hoy el número de preparaciones sea mayor al de los comentados en el estudio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 371. DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES

ONTENIENTE GONZÁLEZ A, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, MARTÍNEZ NÚÑEZ ME, MOLINA GARCÍA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CRTA. DE TOLEDO KM 12500. MADRID

OBJETIVOS

El desarrollo de estrategias para el uso racional del medicamento conlleva la necesidad del cálculo de los recursos económicos empleados en el tratamiento de los diferentes grupos de pacientes. En algunas comunidades autónomas,



se han desarrollado indicadores de utilización de medicamentos en pacientes externos y sus correspondientes tarifas objetivo. Uno de los más empleados es el coste del tratamiento por paciente-dispensado-medio(PDM), es decir, la media de pacientes-mes que han recibido tratamiento durante el periodo evaluado, eliminando así el sesgo del momento de incorporación del paciente y la adherencia subóptima.

El paciente-mes es la suma del número de unidades de tiempo(meses) para los que ha sido dispensado el tratamiento por paciente en el periodo evaluado.

Actualmente no existe ningún aplicativo desarrollado que permita el cálculo preciso y reproducible por el resto de hospitales de estos indicadores.

Objetivo: Validar la herramienta para su incorporación al proceso de obtención de indicadores, comparando la variabilidad existente entre el cálculo del PDM realizado de una forma manual estandarizada y un aplicativo desarrollado.

Pretende disminuir el tiempo y facilitar el proceso de obtención de indicadores y a la vez servir de herramienta centralizada para ser usada por el resto de hospitales.

DISEÑO

Se diseñó una aplicación Access basándose en el manual de indicadores que proporciona el órgano competente de la comunidad autónoma.

CIRCUITO Y ETAPAS

Dicha aplicación ejecuta filtros y reglas previamente definidos aplicados a los informes electrónicos de dispensación importados directamente desde el módulo de pacientes externos.

Estos filtros separan los pacientes por grado de complejidad, y en función de las unidades dispensadas y las fechas de estudio se calcula el PDM individual. Una vez obtenidos los PDM individuales, se suman para obtener el global del periodo de tiempo evaluado.

IMPLANTACIÓN

Se compararon los datos obtenidos de forma manual y automática de todo 2017 de los indicadores de pacientes VIH y Enfermedades reumáticas(ER). Se recogieron los valores de PDM y porcentaje de diferencia entre los dos métodos.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Los datos obtenidos fueron:

ER VIH

Manual 873,75PDM 6124,24PDM

Automático 867,08PDM 6134,18PDM

Diferencia 6,67 PDM (0,76%) 9,94 PDM (0,16%)

Además, se contabilizó el tiempo necesario para el cálculo de forma manual y automática.

ER VIH

Manual 90minutos/mes 20minutos/mes

Automático 3minutos/mes 3minutos/mes

Limitaciones: La herramienta debe adaptarse a escenarios cambiantes motivado por la introducción de nuevos fármacos y pautas de tratamiento flexibles (ej. Optimización en ER). Se hace cada vez más necesario el perfil "infarmático", así como el trabajo colaborativo con Sistemas de Información.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La herramienta ha sido validada inicialmente para el cálculo de indicadores de VIH y ER por representar un número elevado de pacientes y por la complejidad en la obtención de los valores; pero podría extrapolarse el método al resto de patologías. Ha demostrado ser fiable en el cálculo de indicadores, suponiendo una variación con respecto al cálculo manual de 0,16%-año en VIH y 0,76%-6meses en ER.

La automatización consigue disminuir el tiempo dedicado a esta actividad y minimizar el posible error humano.

La herramienta podría ser implantada de forma inmediata en hospitales que tengan la misma aplicación de gestión de pacientes externos, adaptarse a otros programas de prescripción electrónica y/o desarrollarse a nivel de comunidad autónoma para obtener los indicadores de forma centralizada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

384. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA AL ALTA: ALGORITMO PARA LA SELECCIÓN DE PRESENTACIONES COMERCIALES QUE SE AJUSTEN CORRECTAMENTE A LA DOSIFICACIÓN.

AUTORES

TUSET CREUS M, CALVO CIDONCHA E, CAELLAS VENDRELL D, ROMERO GRACIA F, IRISO OSORIO S, CANO MASSANET P, CODINA JANÉ C

HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL. VILLARROEL 170. BARCELONA

OBJETIVOS

Implementación de un algoritmo en el programa de prescripción electrónica que permita la selección adecuada de presentaciones al alta.

DISEÑO

Hasta el momento en que se implementó la receta electrónica al alta, los tratamientos al alta se validaban en el Servicio de Farmacia y se ajustaban correctamente las presentaciones de manera manual. En el momento en que se implementó la receta electrónica, la validación por parte del Servicio de Farmacia se desestimó por la complejidad que entrañaba el circuito. Para evitar que los pacientes recibieran presentaciones que no se adecuaban a la dosis prescrita, los Servicios del Farmacia y Sistemas de Información elaboraron conjuntamente un algoritmo de selección de presentaciones.



CIRCUITO Y ETAPAS

1. El facultativo médico selecciona la medicación al alta (código intrahospitalario) así como las dosis correspondientes. El código intrahospitalario está definido por el principio activo, dosis y forma farmacéutica.
2. Selección de presentación comercial con dosis más óptima.
Cada código intrahospitalario tiene asociado un listado de presentaciones comerciales (código nacional) con el criterio de que contengan mismo principio activo y misma forma farmacéutica y cualquier dosis que puedan tener éstos. De todas las presentaciones comerciales asociadas, el algoritmo prioriza aquéllas cuya dosis coincida con la dosis prescrita. Si no la hubiese, se tienen en cuenta otros criterios:
2a: formas farmacéuticas orales: evitar en lo posible la necesidad de fraccionamiento.
2b: jeringas precargadas: favorecer el menor número de pinchazos.
2c: viales inyectables: desechar la menor cantidad de producto.
Ej: el enalapril de 5 mg en comprimidos está asociado al enalapril de 5mg, 10 mg y 20 mg en comprimidos. De este modo, aunque el médico seleccione 4 comprimidos de 5 mg de enalapril, el algoritmo lo transformará al alta un solo comprimido de 20 mg.
3. Selección del envase más óptimo.
En función de la posología y duración del tratamiento se selecciona el envase con el número de formas farmacéuticas que mejor se adapta. Se priorizan genéricos y medicamentos financiados. Finalmente, si varias presentaciones comerciales cumplen los criterios establecidos, el programa informático hace una selección aleatoria.
Dado que el algoritmo es de elaboración propia, permite la modificación/reajuste afinando los criterios en caso necesario.

IMPLANTACIÓN

El algoritmo se encuentra implementado desde julio de 2016, momento en que se inició la receta electrónica al alta. El objetivo es extenderlo a nivel intrahospitalario. Previamente, debe ser evaluada cuidadosamente la selección de intravenosos, dado que los tratamientos intrahospitalarios son de mayor complejidad.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El algoritmo ha permitido ajustar las presentaciones al alta de modo que los pacientes no reciban un número inapropiadamente alto de formas farmacéuticas o formas farmacéuticas que no puedan ajustar a su dosificación. Entre las limitaciones, la dificultad de mantenimiento y mayor complejidad de adaptación en el caso de los inyectables.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Dado que los códigos que emplea el algoritmo son de uso habitual (código nacional), sería de fácil implantación a cualquier Servicio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

416. ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES TRASPLANTADOS CARDÍACOS DISPUESTOS A USAR LA SALUD MÓVIL?

AUTORES

MAS MALAGARRIGA N, CONEJO MARIN I, GOMIS-PASTOR - M, ARETIO POUSA A, FERRERO GREGORI A, MIRABET PÉREZ S, ROIG MINGUELL ME, MANGUES BAFALLUY MA
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. C/SANT QUINTÍ 89. BARCELONA

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es averiguar si los pacientes trasplantados cardíacos polimedicados (PCP) de nuestro entorno sanitario están dispuestos a utilizar las nuevas tecnologías en el autocontrol de su enfermedad y su tratamiento. Como objetivos secundarios, explorar las necesidades y limitaciones reales de la Salud Móvil (mHealth) en nuestros pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en un hospital universitario de tercer nivel entre septiembre de 2015 y febrero de 2018. Se incluyeron 133 pacientes crónicos polimedicados (> 5 fármacos) trasplantados cardíacos con > 1 comorbilidad. Se llevaron a cabo entrevistas presenciales con el objetivo de enmarcar los conocimientos reales del uso de la tecnología en estos pacientes y conocer la aceptación general de una herramienta mHealth en nuestra área de influencia. Para ello se diseñó una encuesta de 11 ítems en la que se preguntó por el número de dispositivos electrónicos, la disponibilidad de internet, la frecuencia de uso, el motivo, el grado de utilidad, etc. La identificación de necesidades y limitaciones se llevó a cabo mediante preguntas abiertas con propuestas de mejora. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante IBM-SPSS (V22.0).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 67.9% de los pacientes eran hombres, con una edad media de 58 años [±13.71]. Con 2.8 [±2.21] comorbilidades y 10.4 [±3.4] fármacos diferentes/día.

En cuanto al uso de la tecnología, la media de dispositivos/paciente (smartphone/Tablet/ordenador) fue de 2 [±0,89]. El 78.9% (105) disponían de ≥2 dispositivos y un 75.9% (101) disponían de internet en el dispositivo.

En cuanto a la frecuencia de uso, un 63,2% (84) usaban “a menudo” algún tipo de tecnología, 19.5% (26) “esporádicamente” y 8.3% (11) “nunca”. Cuando se les preguntó el motivo de uso actual, un 77.4% (103) contestó “ocio”, seguido de un 34.6% (46) “salud” y 20.3% (27) “trabajo”. Cuando se les preguntó por las búsquedas de información sanitarias en internet, el 35.3% (47) contestó “esporádicamente”, 24.8% (33) “a menudo” y 30.1% (40) “nunca”.

Con el objetivo de conocer el grado de aceptación general de una herramienta mHealth, se preguntó por el grado de utilidad de una aplicación móvil para el autocontrol de su enfermedad y tratamiento: el 67.4% (93) contestó “útil o muy útil”, mientras que el 18.1% (25) respondió “poco útil”.



En cuanto a necesidades y limitaciones detectadas, hay que destacar que a un 45.1% (60) de los pacientes les gustaría disponer de una página web, y que a un 22.6% (30) de los pacientes precisar tutorización en un primer uso de una herramienta mHealth, indicando la necesidad de contar con soporte técnico para su formación y resolución de dudas. Los resultados obtenidos muestran que el paciente crónico trasplantado polimedcado está dispuesto a utilizar la Salud Móvil. El desarrollo de una página web de soporte, así como la identificación de pacientes con limitaciones por falta de formación en tecnologías, podría mejorar la usabilidad y satisfacción de una herramienta mHealth en nuestro entorno.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

436. REEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL CERTIFICADO POR LA NORMAL ISO 9001: PLAN DE MEJORA CONTINUADA

AUTORES

HERNÁNDEZ ROJAS S, OCAÑA GÓMEZ MÁ, FRAILE CLEMENTE C, RAMOS SANTANA E, SUÁREZ GONZÁLEZ M, MONTERO DELGADO A, VERA CABRERA M, MERINO ALONSO J
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CARRETERA EL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Seguimiento, análisis y detección de posibles desviaciones en los indicadores de calidad del proceso de elaboración de las nutriciones parenterales totales (NPT) y en función de los resultados, tomar decisiones para potenciar el sistema y su mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal y descriptivo de los datos registrados diariamente durante el proceso de preparación en el área de nutrición durante el periodo enero-diciembre 2017.

El servicio de farmacia se encuentra certificado desde 2007 por la norma ISO 9001, siendo la elaboración y dispensación de NPT, parte de los procesos certificados desde el inicio. Por tanto, cuenta con indicadores de actividad y calidad que se registran mensualmente en el cuadro de mandos (programa de la SEFH) del servicio con los datos que se recogen diariamente.

Los indicadores de calidad descritos para el proceso son:

Errores en la transcripción farmacéutica (porcentaje de errores de transcripción respecto al número de prescripciones) se mide mensualmente, valor óptimo < 0,5%, con un rango permitido entre 0 y 1,5%. Este indicador tiene una ponderación de 50% en el indicador global del área.

Errores en la preparación de las bandejas con los productos necesarios (porcentaje de errores en la preparación por las auxiliares frente al número total de pacientes) es revisado diariamente por las enfermeras y se mide mensualmente, valor óptimo < 0,5%, con un rango permitido entre 0 y 20%. Este indicador tiene una ponderación de 25% en el indicador global del área.

Por último, errores en la elaboración de las NPT (porcentaje de error en la preparación de las bolsas de nutrición respecto al número total de preparaciones) se mide mensualmente, valor óptimo < 1%, con un rango permitido entre 0 y 10%. Este indicador tiene una ponderación de 25% en el indicador global del área.

La estadística descriptiva se realizó mediante el programa estadístico SPSS® V23.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2017 se han preparado mensualmente una mediana de 42 [29-61] nutriciones pediátricas, 16 [14-22] nutriciones neonatales y 211 [144-272] nutriciones de adultos.

En cuanto a los indicadores de calidad del proceso:

La mediana de errores cometidos mensualmente en la preparación de NPT fue de 1 [0-4], en la preparación de la bandeja fue de 12 [6-36] y sólo hubo un caso de error en la transcripción en todo el año.

Aunque los tres indicadores de calidad han estado en rango durante todos los meses, se ha observado una mayor desviación en junio y julio, con un porcentaje de error de preparación superior al 6%.

Conclusiones

La implantación de un sistema de doble chequeo entre el personal ha hecho que todos los resultados estén dentro de los límites establecidos. La preparación de bandejas tiene mayor índice de errores, por ello se ha establecido un registro diario de las incidencias. Los meses en los que hay rotación de personal sustituto por el área, se evidencia una disminución de la calidad en el desarrollo de los procesos, por lo que sería recomendable minimizar estas rotaciones en determinadas áreas del servicio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

444. FACTORES ASOCIADOS A INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA DEBIDOS AL CAMBIO DE TECNOLOGÍAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

RAMIREZ MUÑOZ F, TABARES YEPES DE, ARANGO RODRIGUEZ C, RAMIREZ MUÑOZ F
CLINICA LAS AMERICAS. DIAGONAL 75B; N 2A 80-140 MEDELLIN - ANTIOQUIA. INTERNACIONAL

OBJETIVOS

Identificar los factores asociados a la preparación y administración automatizada de mezclas de nutrición parenteral para pacientes adultos, que contribuyen a la terminación de la infusión antes del tiempo programado.



DISEÑO

En marzo de 2018, ante la reciente incorporación de las nuevas bombas inteligentes para la administración de terapia intravenosa, aumentaron los reportes de Indicios de Atención Insegura (IAI) en el hospital, debido a la terminación anticipada de la nutrición parenteral (NP), 1-2 horas antes, con respecto al volumen total programado para infundir en 24 horas.

Frente a esta situación la Central de Acondicionamiento de Medicamentos (CAM) y los Programas de Tecnovigilancia y Seguridad del Paciente dan inicio a un plan que les permita evaluar de forma objetiva el desempeño y operación de los equipos automatizados utilizados para la preparación y administración del soporte nutricional.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Validación del software utilizado para la prescripción.
2. Calificación de operación y desempeño del equipo automatizado para la preparación de las mezclas y de las bombas de infusión.
3. Seguimiento a la preparación y a los controles volumétricos y gravimétricos de 60 NP durante una semana.
4. Preparación de 2 NP de prueba con y sin volumen de purga (20 ml) para comprobar el desempeño in situ de la bomba inteligente.
5. Seguimiento a la técnica de purgado del set de infusión, instalación de la NP y programación de la infusión en la bomba inteligente.

IMPLANTACIÓN

Con las etapas descritas anteriormente se realiza trabajo de campo y posterior intervención de los factores identificados como posibles causas de la terminación anticipada de las infusiones de NP.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

En el seguimiento a la administración de las 60 NP se obtiene que el Volumen a Infundir (VAI) programado es igual al VAI administrado con una desviación normal del 0.5%

En el seguimiento de las 2 NP de prueba se evidenció que la que contenía volumen de purga el VAI programado fue igual al VAI administrado, en tanto la que no contenía volumen de purga finalizó 40 minutos antes del tiempo programado.

Durante el trabajo de campo con enfermería se evidenciaron prácticas inseguras en el manejo de la bomba relacionadas con la técnica de purgado del set de administración, poca habilidad en la eliminación de burbujas generadas que implicaba descartar volumen de la NP y omisión del retro-purgado que ejecuta la bomba.

Limitaciones

Mantenimiento del interés y receptividad del personal de enfermería. Resistencia al cambio.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Metodología de sencilla complejidad pero con criterios técnicos rigurosos que permiten objetividad en la investigación de los IAI con participación activa del equipo interdisciplinario en la implantación de nuevas tecnologías.

Para garantizar la contribución de esta tecnología en la utilización más segura de los medicamentos, debe desarrollarse un programa de evaluación y educación continua que permita identificar oportunidades de mejora.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

470. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASOCIADA A SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, MANCEBO GONZÁLEZ A, GARCÍA HERRERO MR, RUIZ GÓMEZ A, VALDERREY PULIDO M, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, LAORDEN CARRASCO A
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de los sistemas automatizados de dispensación descentralizados (SAD) asociados a prescripción electrónica en las Unidades Clínicas (UC) que disponen de esta herramienta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel durante un año, de enero a diciembre de 2017.

Se efectuó en 5 estaciones SAD ubicadas en tres UC: Urgencias (3), Prehospitalización (1) y la Unidad de Hospitalización de Corta Estancia (1) (UCE). La prescripción electrónica asociada a SAD fue implantada en el último trimestre de 2016.

Para su evaluación se utilizó uno de los indicadores de calidad, propuesto por el grupo TECNO de la SEFH, para las tecnologías aplicadas a la farmacia hospitalaria: número total de retiradas sin "override"/ número total de retiradas (%). Un valor $\geq 70\%$ se considera un resultado de buena calidad. El concepto "override" se define como las retiradas excepcionales de medicamentos en los SAD, sin validación farmacéutica previa. Los datos se obtuvieron a través de una herramienta específica de explotación de datos y se recogieron mensualmente por estación y por UC.

Posteriormente, se realizó un análisis de las causas de retiradas "override", en el mes en el que se obtuvo el peor resultado del indicador.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número de líneas de medicamentos retirados en los SAD durante el año 2017 fue 191.354, con una media mensual de 15.946: 36.379 en UCE, 35.408 en Prehospitalización y 119.567 en Urgencias (71.372 en zona de camas, 40.031 en zona de sillones y 8.164 en zona de cristalera).

Del total anual, 44.958 medicamentos fueron retirados sin "override" siendo la media mensual 3.746: 27.507 en UCE, 11.733 en Prehospitalización y 5.718 en Urgencias (3.454 en camas, 1.249 en sillones y 1.015 en cristalera).



Los resultados del indicador de calidad por UC fueron: 75,61% en UCE, 33,65% en Prehospitalización y 6,82% en Urgencias (4,76% en camas, 3% en sillones y 12,69% en cristalera). La media global en los 5 SAD fue de 40,57%. Junio fue el mes con peor resultado, con una media global de 27,20%. Las causas de las retiradas de medicamentos “override” fueron: 43,89% por censo no actualizado (C1), 54,42% por tratamiento no prescrito en el programa informático (C2) y 1,07% por demora en la validación farmacéutica (C3). Las causas por UC fueron:

- UCE: 13,87% C1, 70,29% C2 y 15,84% C3.
- Prehospitalización: 46,64% C1, 53,36% C2 y 0% C3.
- Camas: 49,44% C1, 50,24% C2 y 0,32% C3.
- Sillones: 46,44% C1, 53,59% C2 y 0,07% C3.
- Cristalera: 37,17% C1, 62,83% C2 y 0% C3.

La mayor actividad del SAD se ha registrado en Urgencias, fundamentalmente en la zona de camas.

El resultado del indicador obtenido en la UCE cumple con el objetivo propuesto por el Grupo TECNO. Sin embargo no se alcanza el valor estándar en Urgencias ni en Prehospitalización.

Los resultados en Prehospitalización y Urgencias señalan como primera causa la escasa utilización de la prescripción electrónica, seguido de los errores en el volcado del censo a los SAD.

Se puede afirmar que la prescripción electrónica asociada a SAD no mejora la dispensación en Urgencias debido a su escasa utilización.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

473. SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS CON LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

MUÑOZ CELDRÁN D, PÉREZ SÁNCHEZ ML, RODRIGUEZ DÍAZ A, GARCÍA FRANCO S, MOYA ABRIL R, PÉREZ ANDREU L, MUÑOZ GARCÍA I, PÉREZ PÉREZ IG
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N,PARAJE LOS ARCOS,30202,SANTA LUCÍA. MURCIA

OBJETIVOS

Comparar los resultados de una encuesta de satisfacción realizada a pacientes durante los años 2015 y 2016 en los aspectos relacionados con la atención recibida por el técnico de farmacia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo comparativo de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción anuales realizadas en 2015 y 2016 por pacientes externos atendidos en el servicio de farmacia en un hospital de tercer nivel asistencial.

Las encuestas, anónimas y confidenciales, se componían de 12 preguntas, agrupadas en 4 apartados:

- Relativas a organización.
- Relativas a la atención del técnico de farmacia.
- Relacionadas con la atención farmacéutica.
- Satisfacción global.

En cada apartado se incluyó un espacio de texto libre para comentarios o sugerencias de los pacientes encuestados.

Se analizaron las puntuaciones obtenidas en 5 cuestiones, pertenecientes a los apartados 1, 2 y 4:

- Tiempo de espera en ser atendido. (Apartado 1).
- Identificación con nombre y categoría profesional. (Apartado 1).
- Utilidad de la información recibida por parte de técnicos de farmacia en el mostrador. (Apartado 2).
- Satisfacción del trato recibido en el mostrador por parte del personal técnico de farmacia. (Apartado 2).
- Satisfacción global con la farmacia del hospital. (Apartado 4).

Cada pregunta se acompañó de cuatro posibles respuestas con una puntuación asignada: muy mal (1), mal (2), normal (3), bien (4) y muy bien (5).

Se realizó un ajuste matemático para transformar la escala de 1 a 5 a una escala de 1 a 10.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 100 encuestas cada año. Los resultados obtenidos en 2015 y 2016 respectivamente en las distintas cuestiones analizadas fueron:

Tiempo de espera en ser atendido: 6,84 – 7,10. Personal correctamente identificado: 7,80 – 8,98. Utilidad de la información recibida por el personal técnico: 8,31 – 8,37. Satisfacción con el trato recibido 9,11 – 9,53. Satisfacción global: 8,29 – 9,08, siendo la conclusión:

El aumento de la satisfacción con las cuestiones relativas a la atención técnica va en línea con el aumento de la satisfacción global.

La sola implantación de las encuestas permite mejorar la actitud del técnico en la atención a los pacientes y aumentar su satisfacción.

Los resultados nos permiten detectar áreas de mejora para optimizar el proceso de atención técnica a pacientes externos aumentando la implicación del personal técnico y la aportación de nuevas ideas.



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

510. PREFERENCIA SOBRE EL LUGAR DE DISPENSACIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITAL

AUTORES

ACHAQUES RODRÍGUEZ M, LOPEZ MENDEZ P, HIJAZI VEGA M, SANCHEZ-RUBIO FERRANDEZ J, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12.5. MADRID

OBJETIVOS

Determinar la preferencia de los pacientes externos sobre el lugar de dispensación de su medicación y analizar los posibles factores relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta de satisfacción anual (según norma ISO 9001:2015) a todos los pacientes externos que acudieron a por su medicación al Servicio de Farmacia durante una semana. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, pacientes nuevos y los que decidieron no participar. En la encuesta se recogieron datos demográficos (género edad), medicación recogida, nivel de satisfacción con la atención recibida en el Servicio de Farmacia(SF) y confortabilidad de las instalaciones. Se preguntó también sobre la preferencia del paciente respecto al lugar donde acudir a por su medicación (SF hospitalaria u oficina de farmacia) y sobre su disponibilidad a pagar. La satisfacción se midió en una escala visual analógica del 0 al 10, siendo el 10 la máxima satisfacción con la atención y las instalaciones del servicio. Los pacientes se clasificaron por patologías en las siguientes categorías: víricas, inmunomediadas, donde se incluyeron los pacientes con tratamiento para enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, artritis psoriásica, psoriasis y espondilitis anquilosante; pacientes oncológicos, pacientes con esclerosis múltiple (EM) y otras patologías. Para evaluar la influencia de los distintos factores, se realizó un análisis por regresión logística. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics® v24.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se atendieron un total de 382 pacientes no nuevos de los que 165 participaron en la encuesta (43,2% de tasa de respuesta). Un 62,1% de los participantes fueron hombres y la mediana de edad fue de 49,5 años (IQR 41-60). En cuanto a la distribución de los pacientes por patología un 39% eran pacientes en tratamiento para patologías víricas, un 22,6% pacientes con enfermedades inmunomediadas, un 11,6% pacientes oncológicos, un 9,8% pacientes con EM y un 11,6% pacientes con otras patologías. El 59,1% de los tratamientos recogidos eran DH sin cupón precinto. La media de satisfacción con las instalaciones y la atención fue de un 9 sobre 10. Un 26,2% de los pacientes respondieron que preferirían acudir a por su medicación en la Oficina de Farmacia(OF). Sobre la disponibilidad a pagar, un 3% estaría dispuesto a hacerlo y un 22% lo haría dependiendo de la cantidad. La disponibilidad a pagar fue la única variable relacionada con la preferencia de los pacientes a recoger su medicación en la OF en lugar de en el SF(OR 3,27; IC95% 1,51-7,09). Entre los pacientes más jóvenes hay una tendencia al ámbito no hospitalario para la dispensación de su medicación ($p=0,059$).

Un mayor porcentaje de los pacientes externos prefieren seguir vinculados al SF Hospitalaria para la dispensación. La disponibilidad a pagar es el único factor que parece estar relacionado con la preferencia de los pacientes para que se realice la dispensación en la OF.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

583. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN TRATAMIENTO CON TOLVAPTAN

AUTORES

CONDE GINER S, JUAN AGUILAR M, RAGA JIMENEZ C, PASCUAL MARMANEU O, TRIPIANA RALLO M, CEBOLLA BELTRAN T, MONTAÑES PAULS B, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA. BENICASIM, S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Diseñar e implantar un protocolo de seguimiento multidisciplinar para garantizar el uso seguro y eficiente y la adherencia al tratamiento con tolvaptan en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD).

DISEÑO

El protocolo multidisciplinar se diseñó para realizar un seguimiento completo y coordinado de estos pacientes, entre el servicio de Nefrología y la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del Servicio de Farmacia (SF). Se diferenciaron dos fases de seguimiento: una fase inicial de titulación de dosis y una fase de mantenimiento.

Se programó un calendario de consultas de atención farmacéutica (AF) y se instauró un plan de seguimiento que el paciente cumplimentó en su domicilio, donde se recogió: hora de administración, peso, presión arterial, litros de agua ingerida, nicturia y reacciones adversas y/o eventos relacionados con la medicación con impacto en su vida diaria.

Se recogieron las siguientes variables analíticas: creatinina, urea, filtrado glomerular (FG), transaminasas, bilirrubina, osmolaridad urinaria y electrolitos.

La valoración de la adherencia se realizó mediante el recuento de medicación remanente que aportó el paciente en cada visita de AF.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Selección del paciente candidato por el servicio de Nefrología: clase 1C, 1D, 1E de la clasificación de Mayo.
2. Planificación de las consultas de AF, coordinadas con las de Nefrología, garantizando la disponibilidad de la dosis y cantidad de tolvaptan necesaria hasta la siguiente visita.



3. Fase de inicio de tratamiento. Se realiza AF semanal y dispensación quincenal. En caso de incremento de dosis semanal, el paciente devuelve la medicación sobrante y se dispensa la nueva dosis.

4. Fase de mantenimiento. Las consultas de AF y la dispensación se realiza mensualmente.

El plan de seguimiento por parte del paciente se cumplimentó diariamente en la fase inicial y semanalmente en la fase de mantenimiento.

Las variables analíticas se recogieron semanalmente durante la fase inicial y mensualmente durante el mantenimiento.

La titulación de dosis se realizó semanalmente, excepto en aquellos pacientes con antecedentes familiares de enfermedad hepática, en los que se realizó cada 2 semanas. La dosis se ajustó a la baja en caso de mala tolerancia, reevaluándose el incremento en la siguiente visita.

IMPLANTACIÓN

Todos los pacientes que iniciaron tratamiento se incluyeron en este protocolo.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde la implantación iniciaron tratamiento 2 pacientes, realizándose 17 visitas de AF. La adherencia en ambos fue del 100% y presentaron buena tolerancia.

Se detectó una ligera disminución del FG al alcanzar la dosis máxima de 90+30mg, normalizándose en el siguiente control. No hubo alteraciones en el resto de variables analíticas analizadas.

Se detectó hipotensión en ambos pacientes, que requirió suspender el tratamiento antihipertensivo concomitante.

La mediana (Md) del agua ingerida osciló entre 6 (5,5-7,0) y 5,5 (5,1-6,2) litros diarios. Se registró poca variabilidad en el peso: 57,6 (57,3-58,2) y 60,6 (60,5-60,8) kilogramos. La nicturia osciló entre 1 y 2 micciones nocturnas. No se registraron reacciones adversas ni eventos relacionados con la medicación.

La principal limitación es que las variables del plan de seguimiento recogidas por el paciente se transcriben manualmente en la historia clínica electrónica.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicable a cualquier SF.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

597. REDISEÑANDO LA DOCENCIA DEL FARMACÉUTICO INTERNO RESIDENTE BASADA EN ÁREAS FARMACOTERAPÉUTICAS

AUTORES

MUÑOZ GARCIA M, PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE C, ÁLVAREZ DÍAZ A, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL RAMON Y CAJAL. CTRA DE COLMENAR, KM. 9'100. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar un plan de formación FIR (farmacéutico interno residente) adaptado a una nueva organización del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un hospital de tercer nivel, basado en áreas farmacoterapéuticas (AFT).

DISEÑO

La organización convencional y la docencia FIR del SFH estaba estructurada en áreas centralizadas (AC): elaboración, gestión y dispensación, separando la actividad por ámbito de actuación (pacientes externos, ingresados o ambulantes). Este modelo estaba centrado en el medicamento y no en el paciente. La formación clínica en este plan consistía en rotaciones clínicas (RC) de los residentes en Servicios intra y extra-hospitalarios en su último año.

En abril-2016 el SFH inició un cambio organizativo interno a un modelo basado en AFT. Se crearon 7 AFT (E.infecciosas-gastroenterología-trasplante hepático-Neurología; Oncología-Hematología; Nefrología; Cardiología-Críticos; Pediatría-Reumatología-Dermatología-Endocrino; Crónicos-Urgencias; Quirúrgica) que permiten a cada facultativo especializarse en las patologías y la farmacoterapia de dichas AFT y atender a los pacientes, independientemente del ámbito en el que se encuentren, poniendo así el foco del modelo en el paciente.

Para adaptar el plan de formación a la nueva organización, se creó en mayo de 2017 un grupo de trabajo formado por las dos tutoras, la Jefa de Sección responsable de la implantación del cambio organizativo y la Jefa del Servicio.

CIRCUITO Y ETAPAS

El plan se consensuó con todos los farmacéuticos del SFH, previo a su implantación.

IMPLANTACIÓN

El nuevo plan se implantó en mayo de 2017. Un año después de su implantación, se ha logrado la adaptación del plan para todos los residentes y están muy satisfechos con el mismo.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Siguiendo las recomendaciones de la Guía formativa de la Especialidad, se diseñó un plan dividido en rotaciones semestrales en 6 AFT los tres primeros años de residencia. En cada rotación, se combinó la formación de una o más AFT con un AC y una RC de un mes de duración por un Servicio Médico relacionado con las AFT. El último año se planificó un semestre de formación en Gestión del Servicio y otro con RC opcionales.

- R1:Área Quirúrgica-Nefrología-AC Gestión logística-Nutrición parenteral-Estupefacientes-RC S.Nutrición

Área Pediatría-Reumatología-Dermatología-Endocrino-AC farmacotecnia-RC S.Pediatría;

- R2:Área Críticos-Crónicos-Cardiología-Ugencias-AC Pacientes hospitalizados-Sistemas automatizados de dispensación-RC S.Geriatria.

Área Onco-hematología-AC citotóxicos-RC S.Oncología;

- R3:Área Ensayos Clínicos-AC Ensayos Clínicos-RC S.Hematología.

Área E.Infecciosas-Gastroenterología-Trasplante hepático-Neurología-AC Pacientes externos-RC S.E. Infecciosas;



- R4:Área Gestión del Servicio

Otras rotaciones clínicas intra y extra-hospitalarias como S.Medicina Interna, Cuidados Paliativos, Farmacocinética extrahospitalaria, Centro Sociosanitario y Urgencias.

La principal limitación del nuevo plan docente en el primer año de su implantación, ha sido la adaptación para los residentes de segundo y tercer año, ha supuesto modificaciones respecto a su plan de formación inicial, sin embargo su formación no se ha visto perjudicada.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La aplicabilidad en otros SFH es posible, pero depende de la organización interna de cada Servicio.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

608. EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO CON EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

VINEY . AC, PÉREZ PÉREZ IG, MUÑOZ GARCÍA I, CONESA NICOLÁS E, NUÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, LLORET LLORCA A, MIRA SIRVENT MC
C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar y comparar los resultados de las encuestas de satisfacción de cuatro años consecutivos realizadas a facultativos especialistas de área (FEA) y al personal de enfermería (DUE) sobre el servicio de farmacia (SF) tras varios ciclos de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo comparativo de los resultados de las encuestas de satisfacción anuales realizadas en 2014, 2015, 2016 y 2017 al cliente interno (FEA y DUE) en un hospital de tercer nivel.

Las encuestas dirigidas al personal sanitario (PS) constaban de 2 preguntas comunes; 1) satisfacción sobre la información general (alertas de seguridad de medicamentos, nuevos medicamentos, guía farmacoterapéutica (GFT), etc.) proporcionado por el SF; 2) satisfacción sobre la competencia del SF en informar de cualquier consulta, y 2 preguntas específicas para cada categoría profesional; 3) satisfacción sobre la tramitación de prescripciones (FEA)/satisfacción sobre la llegada a la hora pactada de los pedidos al SF (DUE); 4) satisfacción global con el SF. Cada pregunta constaba de 5 posibles respuestas expresando el grado de opinión (1:muy mal, 2:mal, 3:normal; 4:bien, 5:muy bien). Además se disponía de un campo de texto libre para añadir observaciones. Se realizó un ajuste matemático para la transformación de la escala de puntuación de 1-5 a 1-10. Otros variables recogidos fueron el número de encuestas enviadas y las contestadas para cada año.

Los ciclos de mejora realizados en el transcurso de los 4 años fueron el diseño y publicación de una nueva edición de la GFT del hospital en 2016 y su posterior actualización en 2017, la integración de un coordinador en el área de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (DMDU) en 2015, el ajuste del horario de la DMDU de acuerdo con los horarios de administración en 2017 y la realización de charlas y visitas informativas sobre el SF a DUE en 2017.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se enviaron 73 encuestas a FEA y 43 encuestas a DUE con los siguientes porcentajes de participación para 2014, 2015, 2016 y 2017 respectivamente: FEA: 43,8%; 97,3%; 47,9%; 53,4% y DUE: 79,1%; 60,5%; 86,0% 75,6%.

La puntuación media obtenida para cada pregunta en 2014, 2015, 2016 y 2017 respectivamente fue: 1) 6,44; 6,59; 6,77; 6,95; 2) 7,33; 7,73; 7,05; 7,44; 3) 7,29; 7,29; 7,14; 7,68 (FEA); 3) 5,88; 5,29; 5,49, 7,1 (DUE); 4) 7,64; 7,82; 8,07; 7,98 (FEA); 4) 6,32; 5,58; 5,54; 6,99 (DUE).

Las observaciones comentadas fueron la falta de un programa de prescripción electrónica y el desconocimiento de la GFT.

Conclusiones

La retroalimentación del PS es fundamental para realizar mejoras en el SF e identificar las oportunidades de mejora. Hubo una tendencia positiva en todas las cuestiones, destacando sobre todo en el último año, la mejora en la satisfacción en las cuestiones específicas del DUE, posiblemente relacionado con las acciones de mejora en la organización de la DMDU y las visitas al servicio. Los resultados sobre la competencia del servicio en informar de cualquier consulta y la satisfacción global de FEA mejoraron en menor medida, por tanto se debe potenciar la información comunicada desde el SF como la difusión de la GFT.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

611. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

AUTORES

GARCÍA VERDE MJ, RODRÍGUEZ LEGAZPI I, MONTERO HERNÁNDEZ AM, CARBALLEIRA GONZÁLEZ I, GARCÍA VILLAR AI, RODRÍGUEZ PENIN I
XERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA DE FERROL. AVENIDA DA RESIDENCIA S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Describir el proceso de implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) y registro electrónico de administración de medicamentos (REAM) en el área de pacientes ingresados del Servicio de Pediatría (SP) en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Inicialmente se estableció un equipo de trabajo constituido por tres farmacéuticos, dos pediatras y una supervisora de enfermería del SP.



Este grupo de trabajo consensuó: medicamentos a incluir en la base de datos del aplicativo informático, información a incorporar y fuentes bibliográficas.

El Servicio de Farmacia (SF) realizó una ficha de información para cada principio activo seleccionado. Estas fichas fueron sometidas a doble revisión por farmacéuticos y pediátras. Posteriormente se volcó la información al aplicativo informático, proceso también sometido a doble revisión en el SF.

Adaptación de los maestros del aplicativo informático para permitir la prescripción en mg/kg.

Previa implantación se formó a todos los profesionales implicados en el proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Fecha de realización: abril-octubre 2017.

Los puntos abordados fueron:

*Principios activos:

– Realización, revisión y volcado de un total de 91 fichas de principios activos de empleo habitual, correspondientes a 264 medicamentos. Por grupos terapéuticos: analgésicos-antiinflamatorios (n=3); antibacterianos sistémicos (n=28); otros antiinfecciosos (n=8); antimicrobianos (n=5); antidiabéticos (n=6); sistema cardiovascular (n=3); corticoides sistémicos (n=6); digestivo-metabolismo (n=9); terapia oftálmica (n=5); psicofármacos (n=4); respiratorio (n=11); vitaminas (n=2); hormonas tiroideas (n=1).

– Revisión de la configuración en el aplicativo informático de 29 principios activos de menor frecuencia de empleo, correspondientes a 50 medicamentos. No se aportaron recomendaciones de prescripción/administración. Por grupo terapéutico: dermatológico (n=9); cardiovascular (n=7); sangre/órganos hematopoyéticos (n=3); inmunosupresores (n=4); inmunoglobulinas (n=2); otros (n=4).

– Habilitación de todas estas para prescribir en mg/kg

– Se definieron 20 perfusiones protocolizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, pendiente de implantación de PEA.

En total, se modificaron los maestros de 140 medicamentos para adaptarlos a la prescripción electrónica por el SP.

*Información incorporada:

– Recomendaciones de posología en función de rango poblacional: paciente pediátrico (neonatos, lactantes, niños y adolescentes) y paciente adulto. Información de ajustes en insuficiencia renal y hepática. Propuesta de dosis por defecto según rango poblacional.

– Información de seguridad en medicamentos con alertas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

– Recomendaciones de administración en función de forma farmacéutica y vía de administración.

*Formación:

Previa a la implantación se realizó formación en PEA a los prescriptores por SF y en REAM a enfermería impartida por Dirección de Enfermería.

Durante las fases de formación e implantación de PEA y REAM todos los profesionales de SP dispusieron de asistencia en el empleo del aplicativo.

Conclusiones

Establecer un grupo de trabajo con todos los profesionales implicados facilitó la comunicación y permitió el desarrollo del proyecto de una forma ordenada, consensuada y rápida.

La PEA pretende facilitar la toma de decisiones en farmacoterapia, al disponer de fichas de información, especialmente útil para especialistas no habituados a prescribir al paciente pediátrico.

La implantación de PEA en SP aumenta la seguridad del proceso de prescripción-validación en un paciente particularmente susceptible de daño en caso de error, al evitarse la transcripción por el farmacéutico y enfermería.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

612. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y UTILIDAD DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

AUTORES

VINEY . AC, PÉREZ PÉREZ IG, MUÑOZ GARCÍA I, NUÑEZ BRACAMONTE S, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C, GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO MC
C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Realizar una encuesta para evaluar el conocimiento, utilidad y preferencias del personal sanitario (PS) acerca del contenido de la guía farmacoterapéutica (GFT), para ser tenidas en cuenta en futuras actualizaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del resultado de las encuestas realizadas durante tres semanas, de forma anónima y voluntaria, sobre el conocimiento y utilidad de la GFT, a los médicos y enfermeros de un hospital de tercer nivel.

Los ítems valorados en 4 bloques fueron: a) preguntas generales (sexo, edad, categoría profesional, conocimiento de la GFT, lugar de consulta (intranet, programa de historia clínica Selene® o ambos), frecuencia de uso); b) diseño: b.1) formato, b.2) estructura; c) contenido: c.3) descripción de las presentaciones disponibles de cada principio activo (p.a), c.4) vía de administración, c.5) dosis usual en adultos, c.6) observaciones de administración y aspectos de interés, c.7) estupefaciente, c.8) uso restringido, c.9) ajuste según la función renal, c.10) medicación de alto riesgo, c.11) indicaciones sobre la conservación, c.12) administración por sonda nasogástrica; d) satisfacción global con la GFT. Las respuestas de



los bloques b) y d) fueron: 1=muy mal, 2=mal, 3=normal, 4=bien, 5=muy bien, mientras que las respuestas del bloque c) fueron: 1=ningún interés, 2=poco interés, 3=interés normal, 4=interesante, 5=muy interesante. Se disponía de varios campos de texto libre para añadir observaciones. Se realizó un ajuste matemático para la transformación de la escala de puntuación de 1-5 a 1-10.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron un total de 79 encuestas: 34,2% (n=27) médicos y 65,8% (n=52) enfermeros. La mediana de edad fue de 40 años (rango: 26-59); 39,24% hombres. Un 70,4% (n=19) de médicos y un 46,2% (n=24) de los enfermeros confirmaron conocer la GFT, siendo el lugar de consulta más utilizado la intranet (60,0%). La frecuencia con la que más se consultaba la guía fue de una vez al mes (63,6%). La puntuación media para el formato fue b.1) 7,5 y b.2) 7,6 para médicos y b.1) 6,2 y b.2) 6,3 para enfermería. Los resultados sobre el contenido de la GFT ordenados de mayor a menor puntuación para los médicos fueron: c.4) 8,6; c.9) 8,6; c.12) 8,4; c.3) 8,2; c.6) 8,2; c.8) 8,2; c.5) 8,0; c.10) 8,0; c.7) 7,5; c.11) 6,2, y para enfermería fueron: c.10) 8,3; c.4) 8,0; c.11) 7,9; c.7) 7,6; c.6) 7,5; c.8) 7,4; c.12) 7,3; c.5) 7,24; c.3) 6,8; c.9) 6,5. La puntuación media para la satisfacción global fue 7,9 para los médicos y 6,2 para enfermería.

Las observaciones comentadas fueron la adición de la posología en pediatría y la compatibilidad en mezclas.

Conclusiones

El contenido mejor valorado por cada grupo de profesionales concuerda con sus necesidades de información en la práctica clínica. Fue mejor valorada la satisfacción global por parte de los médicos.

La GFT es poco conocida y utilizada, sobre todo en el grupo de enfermería. Es necesario realizar una mayor difusión de la GFT e incentivar su uso como herramienta útil en ambos grupos, buscando soportes de consulta más accesibles y ágiles. Es importante conocer la opinión del PS para actualizar la GFT en función de sus preferencias y necesidades.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

619. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN Y OPCIONES DE MEJORA.

AUTORES

CABA HERNÁNDEZ C, MARTÍN RIZO L, ARNAIZ DIEZ S, BARRIGA RODRÍGUEZ P, MALPARTIDA FLORES M, RUBIO MERINO MI, MARTÍN CILLERO MT, FERNÁNDEZ LISÓN LC
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA. AVENIDA PABLO NARANJO. CÁCERES

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del sistema automatizado de dispensación vertical (SADV), así como las posibles opciones de mejora del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta anónima a todo el personal auxiliar de farmacia que usa el SADV en el circuito de preparación y distribución de medicamentos en dosis unitaria de pacientes ingresados.

La encuesta se realizó en base al cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos, elaborado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) en 2012.

La encuesta consistió en 15 preguntas englobadas en tres bloques:

Preguntas sobre el funcionamiento: facilidad de uso, mejora en comparación con el método anterior.

Preguntas sobre los errores: medicación caducada, distintas dosis de un medicamento en la misma gaveta, errores de inventario (no coincide el número de unidades que indica el monitor con lo que hay en la gaveta).

Preguntas sobre posibles mejoras del sistema: suficiente formación, utilidad de las revisiones periódicas del sistema, necesidad de instalación de otro SAD horizontal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 100% (8) del personal auxiliar de farmacia respondió a la encuesta proporcionada para este estudio, de las cuales el 62,5% lleva más de 4 años en este servicio.

Sobre el funcionamiento del SADV, un 87,5% aseguró que le resulta fácil de utilizar. Destacar que todos los encuestados que habían trabajado anteriormente con el método de llenado de carros tradicional (5 en total, un 62,5%), aseguraron que este nuevo sistema supone un avance y que disminuye el tiempo de preparación de los mismos.

En cuanto a los errores observados, el 75% de los encuestados afirmó que encontraba mucha medicación caducada en el sistema. El 62,5% respondió que no encontraba diferentes dosis de un mismo medicamento mezcladas en la misma gaveta, aun siendo el error de mayor frecuencia detectado a la hora de revisar los carros. Uno de los errores más comunes es que no coincide el número de unidades que aparece en el monitor con lo que hay en la gaveta (75%).

Sobre las preguntas de mejoras del sistema un 62,5% afirma no haber recibido suficiente formación (3 de las personas que llevan más de 4 años en el servicio y 2 que llevan entre 2 y 4 años). El 100% ven necesario realizar revisiones periódicas del sistema para detectar los posibles fallos a la hora de la reposición y revisar así las caducidades de los medicamentos almacenados. Por último, un 75% afirma que es necesaria la instalación de un SAD horizontal

Los usuarios del SADV se muestran satisfechos con este sistema porque les permite una mejor distribución del personal en las funciones diarias, mayor calidad del trabajo así como mayor facilidad de uso. Sin embargo, afirman que los errores que se producen en todo el circuito podrían deberse a no tener la formación adecuada. Por ello, consideramos necesaria la formación de todos los profesionales implicados en el proceso (no solo los nuevos usuarios) y evaluar su competencia de forma periódica para aumentar la eficiencia del proceso completo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

631. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ROBOTIZADO PARA LA AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE MEDICACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO

AUTORES

PALOMAR FERNANDEZ C, VICENTE OLIVEROS N, MUÑOZ OJEDA I, ANTONINO DE LA CÁMARA GC, PUEYO LÓPEZ C, MOLINA RUANO A, ESPADAS HERVÁS N, BERMEJO VICEDO T
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. CARRETERA DE COLMENAR KM 9,100 28034. MADRID

OBJETIVOS

Implantación de un sistema robotizado (SR) para la gestión de medicación muestras de Ensayo clínico (MEC).

DISEÑO

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar (farmacéuticos, informáticos, técnicos del SR) para analizar la viabilidad del proyecto, establecer un cronograma y realizar las acciones necesarias para la implantación del SR en la gestión de la MEC.

CIRCUITO Y ETAPAS

1º Análisis de viabilidad: se estudiaron las características del robot tanto físicas (tamaño, capacidad, espacio con exclusividad para los MEC, sistema para identificación de los MEC y punto de salida de la MEC en la consulta de atención farmacéutica para pacientes de EECC) como funcionales (procesos de carga, almacenamiento y dispensación, control de temperatura y de inventario). Se definieron los criterios a considerar para almacenar los MEC en el SR (forma, tamaño, peso y tipo de envase, identificación y peligrosidad de los MEC). Se estimó el porcentaje de MEC que podrían incluirse en el SR y se analizaron los procedimientos internos de la gestión del MEC (dispensación, recepción y control del almacén).

2º Fase de pre-implementación: se rediseñaron los procedimientos internos de trabajo y se introdujeron tres procesos nuevos en la gestión del MEC (re-etiquetado, control de calidad, entrada y salida del MEC en el SR). Se desarrolló y validó un nuevo módulo informático que integrase el software del programa de gestión de EECC con el SR. Se realizó una reforma física del área para la adecuación a los nuevos procesos. Se priorizaron para la entrada en el SR los MEC que se conservaran a temperatura ambiente, estuvieran identificados con un número de envase, y fueran pequeños, cúbicos/rectangulares y unitarios.

IMPLANTACIÓN

El SR para MEC se implantó en Mayo de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

El porcentaje de MEC almacenables en robot es del 55,23% (4976 envases). De los MEC excluidos para almacenaje los motivos han sido peligrosidad (44,55%), tamaño/peso incompatibles con el SR (53,89%) o temperatura de conservación especial (1,56%).

El total de envases MEC almacenados en la actualidad es de 2226 (22%), y el total de Ensayos Clínicos con MEC-SR es de 86 (26,38%).

El proceso de dispensación de los MEC-SR ha aumentado en seguridad: desde su implantación no se ha detectado ningún error de dispensación en MEC introducidos en el SR.

El proceso de control de temperatura de las MEC-SR ha mejorado: desde la implantación del SR no se ha producido ningún desvío.

Limitaciones

- El proceso de entrada en el SR requiere de la operación de etiquetado de todas las MEC que se almacenan en el SR.
- El SR no permite el almacenamiento de todo tipo de MEC.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El SR es aplicable a todos los SF con elevado número de EC, y que deseen automatizar la gestión de las MEC con el fin de optimizar las condiciones de almacenamiento, así como aumentar la seguridad en los procesos de recepción y dispensación de estos medicamentos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

637. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL EN ESPAÑA

AUTORES

GIL GOMEZ MI, FERNÁNDEZ VILLALBA EM, PERIS MARTÍ JF, GARCÍA-MINA FREIRE M, BEOBIDE TELLERIA I, SEVILLA SÁNCHEZ D, DELGADO SILVEIRA E, JUANES BORREGO AM
RESIDENCIA PARA MAYORES DEPENDIENTES LA CAÑADA. C/561 S/N PATERNA CP: 46182. VALENCIA

OBJETIVOS

Analizar la situación actual de la prestación farmacéutica especializada (PFE) en centros de asistencia social (CAS) en España.

MATERIALES Y MÉTODOS

En febrero-2018 se remitió una encuesta en formato electrónico a 380 servicios de farmacia (SF) hospitalaria españoles públicos y privados, previamente validada en claridad/reproducibilidad. La encuesta incluye 66 preguntas en 10 dimensiones. Hasta abril-2018 se recibió contestación de 99 SF, procedentes de 15 Comunidades Autónomas diferentes, cuyos datos se analizaron de forma descriptiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

38 (38,4%) de los 99 SF presta atención farmacéutica a CAS; 24%(n=9) como SF propio y 76%(n=29) como SF de un hospital, siendo el 98%(n=35) públicos. En 26 SF la PFE es una actividad consolidada (> 2 años).

Dimensión1-Gestión farmacoterapéutica: 27(71%) SF evalúan los medicamentos en Comisión de Farmacia; el 42%(n=16) dispone de Guía Farmacoterapéutica específica para CAS y el 97%(n=37) realiza intercambio terapéutico. 33(87%) SF participan en la selección de dietoterapia. Por el contrario, 14(37%) participan en la selección de productos sanitarios (PS). El 31%(n=12) de los SF gestionan la práctica totalidad del tratamiento del paciente y el 29%(n=11) ha declarado que los pacientes están sujetos a copago.

Dimensión2-Proceso farmacoterapéutico: Existe prescripción electrónica en el 52%(n=20) de los SF, dispensación en dosis unitaria individualizada en el 76%(n=29) y participan en la administración el 55%(n=21). El SF realiza dispensación de PS en el 32%(n=12) y de dietoterápicos en el 97%(n=37).

Dimensión3-Atención Farmacéutica: El acceso a la historia clínica/farmacoterapéutica es incompleto (fragmentada por niveles asistenciales). La validación farmacéutica (VF) previa a la dispensación se realiza únicamente en 10(26%) SF. Mayoritariamente se realiza VF retrospectiva/post-dispensación (69%,n=26). El 87%(n=33) realiza adecuación del tratamiento. No se presta la misma atención a todos los pacientes por limitación de recursos en el 26%(n=10). El 42%(n=16) selecciona los pacientes para adecuar la intervención farmacéutica a realizar. El 92%(n=35) de los SF revisa periódicamente el tratamiento crónico, siendo de nivel 3 en el 47%(n=18). El 76%(n=29) de SF no interviene en el uso racional de PS.

Dimensión4-Educación Sanitaria: El 18%(n=7) de los SF realiza educación sanitaria a pacientes/familiares.

Dimensión5-Valoración Nutricional: El 24%(n=13) de los SF dispone de programa de valoración nutricional y el 63%(n=24) participa en las decisiones clínicas.

Dimensión6-Integración en el equipo: El 84%(n=32) de los SF se consideran integrados en el equipo asistencial de los CAS, aunque solo 6 (16%) SF participan en la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Dimensión7-Integración interniveles: El 45%(n=17) participa en alguna actividad de integración.

Dimensión8-Indicadores de Gestión: El 63%(n=24) utiliza indicadores de gestión (más frecuentes: nº pacientes atendidos, coste/paciente/día).

Dimensión9-Gestión de la seguridad: El 47%(n=18) dispone de programas para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

Dimensión10-Investigación: El 29%(n=11) desarrolla investigación en CAS.

La prestación farmacéutica especializada a CAS en España es una actividad muy heterogénea. Aspectos relevantes a mejorar son: escasa validación previa a la dispensación, la gestión de PS, la baja implantación de programas específicos como la valoración nutricional, la escasa participación del farmacéutico en la VGI y en actividades de investigación. Se requiere mayor orientación e integración clínica y reforzar la gestión de PS e investigación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

642. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE SOLICITUD DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA MEDIANTE APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN SEIS SIGMA

AUTORES

LORENTE FERNÁNDEZ L, MEDINA GUERRERO A, MONTERO HERNÁNDEZ M, BELLVER ALBERTOS M, BELLÓ CRESPO M, PÉREZ SANZ A, MARTÍ BENEYTO C, SOLER COMPANYY E
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA VALENCIA. CALLE SAN CLEMENTE, 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Aumentar la calidad y seguridad del procedimiento de solicitud de monitorización farmacocinética para pacientes hospitalizados mediante la aplicación de metodología Lean Seis Sigma (L6S).

DISEÑO

Análisis y diagnóstico del circuito de solicitud de monitorización farmacocinética tras aplicación de metodología L6S. Para ello se constituye un equipo de trabajo que despliega las etapas definir, medir, analizar, mejorar y controlar (DMAIC) entre septiembre 2017 y marzo 2018. Tras varias reuniones, se diseña un nuevo circuito implantando las medidas de mejora identificadas.

CIRCUITO Y ETAPAS

- Descripción del circuito inicial: solicitud mediante volante en formato papel autocalcable, transcripción manual en el programa de laboratorio Gestlab® en el Área de Farmacocinética Clínica (AFCC) por un farmacéutico, e introducción manual de la petición en el analizador Architect®.
- Diagnóstico y análisis del procedimiento mediante metodología L6S. Evaluación de 100 solicitudes en formato papel.
- Descripción del circuito final: solicitud electrónica integrada en la historia clínica (Orion Clinic®), activación de la muestra en Gestlab® por un farmacéutico mediante el código de barras generado e introducción automática en Architect®.

IMPLANTACIÓN

En enero 2018 se implanta el nuevo circuito. Indicadores cuantitativos: porcentaje de cumplimentación de datos identificativos de paciente (SIP, NHC, nombre y apellidos), médico solicitante, servicio solicitante, fecha de solicitud y fármaco a determinar; tiempo empleado en procesar el volante y la muestra en el AFCC (sin contar el análisis en Architect®); tiempo de retrabajo (búsqueda de datos omitidos). Análisis de los tiempos mediante medidas directas (10 repeticiones). Análisis de costes indirectos a partir de las tablas de Retribuciones Empleados Públicos Conselleria de Sanidad 2018.



RESULTADOS Y LIMITACIONES

Con el nuevo procedimiento el porcentaje de cumplimentación de los datos identificativos evaluados es del 100%.

Respecto al circuito anterior ha supuesto los siguientes incrementos en cuanto a cumplimentación: 12,5% SIP; 57,5% NHC; 1,3% nombre paciente; 50% médico; 35% servicio; 52,5% fecha solicitud; 13,8% fármaco.

El tiempo empleado en procesar la muestra se redujo de 188 a 10 segundos con el nuevo circuito. El ahorro de tiempo traducido en coste evitado teniendo en cuenta la retribución de un farmacéutico y el número de determinaciones anuales fue de 1.652€.

El tiempo de retrabajo empleado en la búsqueda de datos omitidos con el antiguo procedimiento por cada petición se estimó en 84 segundos, suponiendo un coste evitado anual de 123€.

La metodología L6S ha permitido simplificar el proceso aumentando significativamente el porcentaje de cumplimentación de las variables evaluadas y por lo tanto la seguridad del proceso, evitando potenciales errores de transcripción. También ha disminuido los tiempos de procesado de la muestra y eliminado el retrabajo. El impacto económico se estimó en 1.775€ evitados durante un año.

Presenta la limitación de no contemplar pacientes ambulatorios por el uso de diferentes programas informáticos en ese ámbito, dificultando la continuidad asistencial.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede implantarse en otros Servicios de Farmacia puesto que los programas son comunes en otros hospitales de la Comunidad Valenciana. Su aplicación mejora la eficiencia del circuito, reduciendo la carga de trabajo en tareas que no aportan valor, y aumenta la calidad y seguridad del mismo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

643. PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA BASADA EN COMPETENCIAS

AUTORES

LEGARIA GAZTAMBIDE E, DE AGUSTÍN SIERRA L, CORREGIDOR LUNA L, LÓPEZ GIL JC, CARRETER GARNICA M, CORDERO CRUZ AM, FERNÁNDEZ SOLO DE ZALDÍVAR I, GARCÍA DÍAZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVENIDA DE ORELLANA S/N. MADRID

OBJETIVOS

Mejorar la práctica diaria de la Atención Farmacéutica y acercar a los alumnos de Farmacia a un escenario profesional real en el área de pacientes externos.

DISEÑO

El presente proyecto se basa en una competición clínico-académica solidaria.

CIRCUITO Y ETAPAS

El proyecto se dividió en 6 etapas. Se seleccionaron las patologías más prevalentes en la Consulta de Pacientes Externos (VIH, VHC, VHB, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, cáncer de próstata, fibrosis quística y leucemia mieloide crónica) y se formaron 8 parejas "TWIN" con un alumno de 5º curso del Grado de Farmacia y un farmacéutico interno residente del Servicio de Farmacia, siendo la asignación aleatoria.

En cada pareja, el alumno elaboró un Protocolo de Atención Farmacéutica de la patología asignada (evaluado por su residente-TWIN) y el residente redactó un Caso Clínico basado en un paciente real (evaluado por su alumno-TWIN).

Cada protocolo y caso se sometieron a una Evaluación por Pares (cada participante evaluó dos protocolos y dos casos distintos al suyo).

Posteriormente, cada participante grabó en vídeo una simulación (role-playing) de uno de los casos (distinto al suyo), que consistió en "interpretar" el papel del farmacéutico frente a un paciente simulado, poniendo en práctica el protocolo elaborado en la primera fase por otra pareja. Después, cada participante se autoevaluó y evaluó a otros dos participantes. Por último, cada pareja eligió una ONG cuyo campo de actuación estaba relacionado con la patología sobre la que trabajaba. La ONG de la pareja ganadora fue la beneficiaria de una donación financiada por el Instituto de Innovación Universitario.

IMPLANTACIÓN

Este proyecto se pilotó en octubre de 2017 gracias a la colaboración de 8 residentes y 8 estudiantes.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se diseñó una plataforma digital mediante Google Drive para trabajar colaborativamente, donde cada participante subió el protocolo o el caso clínico y el vídeo del role-playing, así como las evaluaciones.

Se llevaron a cabo 16 autoevaluaciones y 96 heteroevaluaciones mediante una rúbrica predefinida, de manera que se generaron los puntos utilizados para la designación del equipo ganador.

Del total de las encuestas de satisfacción (n=16), el 87,6% valoró positivamente el proyecto para la adquisición de competencias propias de la atención farmacéutica, así como el acercamiento a la realidad profesional del farmacéutico. Un 93,8% consideró que promovía habilidades de comunicación e información y propiciaba la identificación, evaluación y resolución de problemas relacionados con la medicación. Por otro lado, el 87,5% vio positivo el uso de las nuevas tecnologías como herramienta de aprendizaje y el 75% consideró que promovía la conciencia social. Finalmente, el 81,3% de los participantes recomendaría el proyecto a otros alumnos/residentes. La nota media de satisfacción global fue de 8,5/10.

Como limitación se encontró que la búsqueda de casos reales sin una complejidad excesiva y que sirvan de claro ejemplo como base del trabajo no es lo más habitual en la práctica clínica.



APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto es totalmente aplicable a otros servicios. Actualmente se valora su implantación dentro de un curso nacional de pacientes externos para residentes a través de FormaSEFH.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

645. INTEGRACIÓN INFORMÁTICA DE LAS PRE-ALTAS HOSPITALARIAS EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS

AUTORES

GALLARDO ANCIANO J, SAINZ DE ROZAS APARICIO C, NUÑEZ RODRIGUEZ J, NEBOT VILLACAMPA MJ, PRIETO PARADELO M, CASO GONZALEZ A, ELIAS ORIVE MR, HURTADO GOMEZ MF
HOSPITAL SAN PEDRO. CALLE PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Mejorar la eficiencia de la dispensación de medicamentos en dosis unitarias (DMDU) minimizando la preparación de tratamientos de pacientes con “pre-alta” (alta hospitalaria prevista dentro de las 4 horas siguientes a la preparación de los carros de medicación).

DISEÑO

Se implementó en la Historia Clínica Electrónica (HCE) una nueva funcionalidad conectada con el programa informático de Farmacia que permite registrar las pre-altas, evitar la dispensación correspondiente y reducir la devolución de medicamentos.

CIRCUITO Y ETAPAS

El proyecto se desarrolló en un hospital de 630 camas, el 100% con DMDU. El módulo de prescripción de la HCE está interconectado con el programa de validación/dispensación de Farmacia y éste con los carruseles verticales que se utilizan para la preparación de los carros de medicación. La DMDU cubre los tratamientos desde las 15h hasta las 14h del día siguiente. La devolución de los medicamentos correspondientes a las altas hospitalarias se realiza diariamente por parte de cada Unidad Clínica, y su posterior gestión en Farmacia es manual.

Etapas:

- Inicialmente la preparación de carros se hacía en dos fases: de 8 a 13.15h (completos provisionales) y de 13.15 a 14.30h (modificaciones de tratamiento). Incluían las altas no ejecutadas informáticamente en la HCE.
- Solicitud de Farmacia de implementación de la “pre-alta”. Justificación: la DMDU debe minimizar la dispensación de tratamientos que no vayan a administrarse, que supongan un exceso de medicación en las Unidades Clínicas, y cuya devolución al stock de Farmacia genere una carga de trabajo y posibilidad de errores evitables, por ser un proceso manual.
- Autorización, desarrollo de la funcionalidad en la HCE e integración con el programa informático de Farmacia.
- Acuerdo del horario de registro de pre-altas con el Servicio de Admisión.
- Implementación del circuito y ajustes: el alto número de modificaciones generadas hizo necesario preparar algunos carros en una sola fase (definitivos) al final de la mañana.
- Evaluación: en los tres meses posteriores a la implantación completa se seleccionaron 10 días laborables al azar para la recogida de datos. Se calcularon el nº de unidades de hospitalización (UH) beneficiadas por la nueva funcionalidad y el nº de camas/día registradas como pre-alta, con sus correspondientes líneas de tratamiento y nº de unidades de medicamentos.

IMPLANTACIÓN

De octubre de 2017 a enero de 2018.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se benefició el 77% de las camas estructurales del hospital (484 de las 630 totales) correspondientes a 23 de 27 UH, ya que Urgencias, Prehospitalización, Medicina Intensiva y Hospitalización a Domicilio utilizan otros circuitos de DMDU. Diariamente el 11±3% de las camas fueron registradas como pre-alta (46±11 de las 424±11 camas/día ocupadas). Esto evitó la dispensación y posterior devolución de una media de 644 unidades de medicamento/día, correspondientes a 370±75 líneas de tratamiento/día (10±2% del total).

Limitaciones: actualmente no es factible obtener el máximo nivel de eficiencia en este circuito, ya que precisaría modificar la organización general del Área de Unidosis de Farmacia.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El sistema es aplicable a cualquier hospital en el que se pueda implementar dicha herramienta informática y se acuerden horarios adecuados para optimizar el circuito.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

659. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INCORPORACIÓN DE UN ACUERDO DE RIESGO COMPARTIDO CON GOLIMUMAB

AUTORES

MALPARTIDA FLORES M, RUBIO MERINO MI, CABA HERNANDEZ C, BARRIGA RODRIGUEZ P, ARNAIZ DIEZ S, MARTIN RIZO L, FERNANDEZ LISON LC
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CACERES. PABLO NARANJO SN. CÁCERES

OBJETIVOS

Implantación y análisis de resultados de un programa de gestión eficiente de Golimumab en el tratamiento de artritis reumatoride (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (AP) y colitis ulcerosa (CU) y otras artropatías.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en un hospital universitario con unidades de referencia de mayo 2016 a junio 2017 de los pacientes en tratamiento con Golimumab dentro de un acuerdo de riesgo compartido (ARC).

El mínimo de pacientes dentro del acuerdo es de 12. La tipología de pacientes incluidos responde a pacientes naïve a biológico y pacientes de primer switch a biológico siendo el porcentaje mínimo de pacientes naïve de 40% a 60% dependiendo de la indicación y siempre superior al de paciente switch. El análisis de datos es trimestral, en el mes posterior a las monitorizaciones trimestrales se revisó el cumplimiento del programa, se contabilizaron los datos relativos al medicamento administrado y los datos de los pacientes en los que se ha suspendido el tratamiento por motivos de falta de respuesta, intolerancia o toxicidad, pérdida de seguimiento de pacientes o por cualquier otro motivo y se enviaron sin coste las plumas utilizadas hasta un máximo de 3 plumas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio han sido tratados 13 pacientes. 11 pacientes naïve a biológico (84,6%) y 2 pacientes switch a biológico (15,4%). De los pacientes naïve: 3 pacientes con AR (27,3%), 3 pacientes con CU (27,3%), 2 pacientes con EA (18,2%), 2 pacientes con AP (18,2%), y 1 paciente con poliartritis (9,1%). Los 2 pacientes con switch tenían diagnóstico de AR. En total se dispensaron 98 plumas de 50mg (78.008 euros) y 16 plumas de 100mg (25.500 euros). Los pacientes no devolvieron ninguna pluma. Finalizaron tratamiento 2 pacientes, 1 paciente con CU con alergia al látex y otro paciente con poliartritis por empeoramiento clínico. Un total de 3 plumas fueron abonadas, lo que supuso un ahorro de 2.388 euros.

Conclusiones

Los ARC permiten una gestión eficiente del sistema sanitario y favorecen la idoneidad de los tratamientos en base a los resultados en efectividad promoviendo el uso racional del medicamento. El ahorro ha sido considerable teniendo en cuenta el coste elevado del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

670. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA: GRADO DE ACEPTACIÓN Y TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN MÉTODO DE INTERVENCIÓN

AUTORES

ORALLO LUNA C, LAMAS LÓPEZ M, FRA YÁÑEZ J, CALZÓN BLANCO C, RAMOS APARICIO R, GONZÁLEZ SÁNCHEZ N, PUENTE MARTÍN P, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. C/CAMINO DE HEROS, 6, 33401. ASTURIAS

OBJETIVOS

- Evaluar los tipos de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas así como el grado de aceptación de las mismas por el equipo médico asistencial.
- Determinar si el grado de aceptación y el tiempo de respuesta varían según el método por el que se realice la intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y prospectivo en el que se incluyeron todas las IF realizadas en pacientes hospitalizados durante un período de dos meses. Las IF se codificaron según el tipo de intervención realizada en: dosis/pauta incorrecta (DPI), duplicidad terapéutica (DUPL), duración de tratamiento excesiva (DT), adecuación a la Guía Farmacoterapéutica (AGF), fármaco de uso restringido (UR), utilidad terapéutica baja (UTB), ajuste a insuficiencia renal (AIR), alergias (ALE), prescripción incompleta (PI), conciliación de la prescripción (CONCI) e indicación fuera de ficha técnica (FFT).

Las variables recogidas fueron: sexo y edad; método de realización de la IF, ya sea mediante aviso en la prescripción electrónica o por vía telefónica; tipo de IF realizada, aceptación o no de la IF y servicio médico prescriptor. En caso de aceptación de la IF se registró el tiempo hasta adaptación de la prescripción.

Las variables fueron obtenidas mediante la prescripción e historia clínica electrónica. Para realizar la comparación entre el tiempo hasta adaptación de la prescripción según el método de intervención se realizó, tras analizar la normalidad de los datos, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron un total de 250 IF. La mediana de edad de los pacientes fue de 78 años [15-93], siendo el 54% mujeres. El 80% de las IF fueron realizadas vía prescripción electrónica mientras que el 20% se realizó vía telefónica. Los servicios en los que más intervenciones se realizaron fueron Medicina Interna (77 IF), Cirugía General (40), Traumatología (38) y Urología (18).

Las IF más frecuentemente realizadas fueron sobre DUPL (49 intervenciones), AGF (84) y DPI (43). Otras IF menos frecuentes fueron: AIR (19), DT (11) y ALE (10).

Se produjo adaptación de la prescripción en 177 casos, con el correspondiente grado de aceptación del 71%, siendo mayor en las IF telefónicas (96%) que en las realizadas en la prescripción electrónica (63%). En cuanto a los servicios médicos, se obtuvo el mayor grado de aceptación en Medicina Interna (88%) y Cirugía General (72%), mientras que Urología (33%) y Traumatología (44%) fueron los servicios con menor grado de aceptación.

La media de tiempo hasta adaptación de la prescripción fue de 15 horas vía prescripción electrónica, mientras que las intervenciones telefónicas fueron adaptadas en una media de 3 horas, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

-El grado de aceptación de las IF fue alto (71%), comparándolo con estudios similares consultados. Sin embargo, el grado de aceptación fue variable según el servicio prescriptor.



-Las intervenciones telefónicas tuvieron mayor grado de aceptación. Así mismo, el tiempo hasta adaptación de la prescripción fue significativamente inferior, por lo que consideramos que en los casos que se requiera una modificación rápida (alergias, dosis incorrectas), la vía telefónica parece ser el método de elección.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

682. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA Y ANÁLISIS DE LAS DEVOLUCIONES DE MEDICACIÓN GENERADAS EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

AUTORES

CARRERES PRIETO M, MUÑOZ PÉREZ M, CORTÉS MARTÍNEZ S, MÉNDEZ MARTÍNEZ É, PÉREZ NAVARRO MC, MARTÍ NAVARRO M, MURO PEREA N, PASCUAL ARCE B
HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA. VIA AUGUSTA, 9-13. BARCELONA

OBJETIVOS

Objetivo primario: disminuir y cuantificar el número total de devoluciones (NTDev) de medicación que retornan en los sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) interviniendo en la prescripción médica. Analizar las causas de las NTDev.

Objetivo secundario: disminuir el número de dosis de medicamentos dispensadas (NDD) en SDMDU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudios prospectivos (observacional y de intervención) de 1 semana de duración cada uno en pacientes crónicos mayores de 65 años en la unidad de convalecencia (44 camas) de un centro socio sanitario de 220 camas.

A partir del programa de prescripción farmacológica (Silicon®), se registró en una hoja de cálculo las variables de estudio como las demográficas, el número de fármacos prescritos, el NDD, el número de dosis devueltas justificadas (NDDevJ) y no justificadas (NDDevNJ), así como el número de días de seguimiento.

Se recogió y analizó el NTDev a las 24 horas de la dispensación. Se contrastó su número con las NDD que aparecían en las hojas de dispensación de medicación de Silicon®. Ante cualquier discrepancia se consultó en dicho programa el motivo de las devoluciones agrupadas como justificadas (NDDevJ) y no justificadas (NDDevNJ), cada una de ellas con subtipos.

Durante la primera semana se llevó a cabo el estudio observacional, registrándose y analizándose los NTDev. Durante la segunda semana se notificaron las intervenciones farmacéuticas al médico responsable para que reconsiderara el esquema de tratamiento de la medicación sobrante (pautas fijas). La medicación condicional de la que se había verificado que el paciente no precisaba ya no se dispensaba.

Análisis estadístico (STATA® versión 14): estadística descriptiva y prueba t para la comparación de las medias de las variables cuantitativas según la variable intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante la primera semana, el NDD total fue de 4162 unidades de medicamento y el NTDev fue de 542. Tras la intervención, las reducciones para el NDD y NTDev fueron de 14,1% (586) y del 48,1% (261) respectivamente. En el estudio observacional, un 63,8% (346/542) de las NTDev fueron justificadas, mientras que durante la segunda semana el porcentaje de NTDevJ fue 65,9% (172/261).

La principal causa de NTDevJ fue la condicional que representó un 61,3% (212/346) para el observacional y del 79,6% (137/172) para el de intervención. En ambos estudios la causa principal NTDevNJ fue la categorizada como "medicación no administrada", que en el caso de observacional fue del 53,2% (109/205) y en el de intervención del 70,8% (63/89).

Comparando ambos estudios por la variable intervención, sólo resultaron ser estadísticamente significativas las diferencias de las medias [IC95%] en el NTDev: 5,9 [1,2-10,7], en el NDDevJ: 3,7 [-0,1- 7,5] y en el NDDevNJ: 2,3 [0,4-4,2]. Tras la intervención farmacéutica se disminuyó el número total de devoluciones así como el número de dosis dispensadas.

En ambos estudios, la principal causa de devolución de medicación justificada fue la condicional y de la no justificada fue la categorizada como medicación no administrada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

691. OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS ARMARIOS DE DISPENSACIÓN DESCENTRALIZADOS.

AUTORES

TEVAR ALFONSO E, OCAÑA GÓMEZ MA, ALVAREZ TOSCO K, GOMEZ MULLER AM, DE LEON GIL JA, MARTIN CONDE JA, FERRER MACHIN A, MERINO ALONSO J
HOSPITAL NTRA. SRA. CANDELARIA. CARRETERA DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Diseño e implantación de un proceso para actualizar la medicación incluida en los Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD) y así optimizar su funcionamiento, aumentar la eficiencia y disminuir la demanda de medicamentos a farmacia por puerta. Establecer el proceso como un procedimiento incluido en el sistema de gestión de la calidad del servicio.

DISEÑO

Se programaron varios listados que permiten actualizar los stocks en los SAD tipo Pyxis que se encuentran en las plantas de hospitalización de una manera periódica.

1. Listado personalizado en farmatools que se ejecuta semestralmente que muestra los movimientos de medicamentos, las cantidades dispensadas y que no hayan utilizado el circuito de dispensación de los Pyxis. Mediante una consulta



programada en una base de datos en Access (BD) se cruza ese listado con los listados de medicamentos incluidos en cada Pyxis.

2. Listado de roturas de stocks (stockout) que identifica aquellos medicamentos a los que debemos aumentar el stock o el punto de pedido en los Pyxis.
3. Listado de medicamentos sin movimiento en los Pyxis en el último año. Esos medicamentos se retiran o se revisa la caducidad en caso de tratarse de medicación para situaciones urgentes.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se ejecutan los listados semestralmente. En función de los resultados habría 4 tipos de acciones a realizar por el técnico encargado de SAD:

1. Alta en el sistema de los Pyxis de nuevos medicamentos.
2. Carga de medicamentos que se hayan dispensado desde farmacia por vías alternativas al circuito de los SAD frecuentemente.
3. Optimización de los stocks máximos y mínimos en medicamentos que haya habido stockouts.
4. Retirada de medicamentos no utilizados

IMPLANTACIÓN

Incluimos el proceso de actualización periódica programada de los SAD en el sistema de gestión de la calidad, tal y como recoge el ISMP en el documento de recomendaciones para el uso seguro de los SAD.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

El hospital dispone de 7 SAD tipo Pyxis en las plantas de hospitalización.

Se crearon 6 nuevas fichas de medicamentos que no se habían utilizado hasta el momento en los Pyxis.

Se incluyeron 178 medicamentos en los Pyxis que se solicitaban a farmacia por circuitos alternativos. Se distribuyeron de la siguiente forma en los 7 armarios: 23, 26, 17, 34, 32, 22 y 24.

Se corrigieron los stock máximos y mínimos de 51 medicamentos (6, 12, 1, 10, 17, 1 y 4) en los que se habían producido roturas de stock (> 2 por mes).

Se retiraron 66 medicamentos que no se habían usado en el último año (16, 12, 18, 3, 2, 13 y 2).

Limitaciones

Los informes programados de los pyxis no siempre muestran la información necesaria para actualizar la medicación. Fue preciso diseñar listados propios en Farmatools y consultas externas en una base de datos Access.

El tiempo necesario para llevar a cabo las tareas de actualización de stocks exigió dedicación completa de una persona durante 5 días.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El sistema diseñado resulta fácilmente aplicable no sólo en Hospitales donde coexistan Pyxis y Farmatools sino también en aquellos con otros programas ya que se basa en listados básicos y cruces de datos mediante consultas sencillas.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

699. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EXTERNO MEDIANTE UN TERMINAL SMILEY®

AUTORES

VENTAYOL BOSCH P, DELGADO SÁNCHEZ O, GÓMEZ LOBÓN A, GINES RUBIO J, MARTORELL PUIGSERVER C, BOYERAS VALLESPÍR B, DO PAZO OUBIÑA F, ALCORTA LORENZO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES. CTRA. VALLDEMOSA, N 79. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción del paciente de la Unidad de Pacientes Externos de un Servicio de Farmacia (SF). Comparar los resultados de las consultas de Farmacia General y la Onco-hematológica y detectar posibles áreas de mejora

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en dos áreas diferenciadas de pacientes externos de un hospital de tercer nivel en dos periodos: Julio-Octubre 2017 en Farmacia General (pacientes externos no oncológicos, 5 consultas, atendidas por farmacéuticos y/o personal de enfermería de 8.00h-15.00h y martes hasta 18.00h), media de pacientes atendidos/día: 91,8; y Noviembre 2017-Abril 2018 en una consulta de Farmacia de Onco-hematología (atendido por un farmacéutico de 10.00h-15.00h, media de pacientes atendidos/día: 20,0).

Para medir la satisfacción se utilizó un terminal Smiley® autónomo que permite la valoración in situ presionando uno de los 4 botones con emoticonos. El cuestionario constaba de la pregunta ¿Cómo se le ha atendido en la farmacia del hospital?.

El terminal se ubicó a la salida de las consultas sin visibilidad por el personal sanitario, para facilitar el anonimato y evitar condicionar la respuesta.

Los resultados se pueden consultar en la web. Los informes son diarios, semanales y mensuales e incluyen el índice de satisfacción global (ISG) que permite comparar con datos propios o del sector sanitario europeo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 2.968 respuestas de 9.744 dispensaciones, con un ISG de 83%.

En las Consultas de Farmacia General hubo 1.727 respuestas de 7.344 dispensaciones, participación 23,5%, ISG 76%, y en la consulta de Onco-hematología 1.232 respuestas de 2.400 dispensaciones, participación 51,3%, ISG 92%. Hubo una diferencia de 16 puntos a favor del paciente Onco-hematológico en el ISG, posiblemente debido a la diferencia en el



número de pacientes atendidos, características de los mismos, variabilidad en las patologías y en la atención recibida. El ISG en el sector sanitario europeo es 87%, por lo que el área Onco-hematológica es 5 puntos superior al estándar europeo y en la Farmacia General 11 puntos inferior.

Respecto a la franja horaria, la Farmacia General presentó una peor valoración de 17.00-18.00h (55% de respuestas negativas frente a una media de 19%) y en la área Onco-hematológica una peor valoración en el horario de 15.00-18.00h (20% de respuestas negativas frente a una media de 9,7%), posiblemente por la limitación horaria por la tarde.

Conclusiones

Se observa un ISG adecuado en los pacientes atendidos en el SF. Esta valoración es mayor en el área Onco-hematológica respecto al área de Farmacia General. El seguimiento diario de la satisfacción de los pacientes permite detectar área de mejora como la adecuación del horario, así como momentos de máxima afluencia para adecuar las necesidades.

El sistema Smiley® puede presentar el sesgo de que no discrimina el uso reiterado del mismo paciente, aunque globalmente se considera una herramienta que aporta información de valor. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una herramienta imprescindible para un proceso de mejora continua del Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

734. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE MATERIAL IMPLANTABLE EN UN HOSPITAL MEDICO-QUIRURGICO

AUTORES

DEL POZO RUIZ JJ, FERRERAS LOPEZ N, MARTINEZ TASCÓN AC, LOPEZ GONZALEZ MA, ORTEGA VALIN L, RODRIGUEZ LAGE C

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN. AVENIDA SAN IGNACIO DE LOYOLA 73. LEÓN

OBJETIVOS

Definir el proceso de Gestión integral de productos sanitarios implantables (PSI) en el hospital (pedidos, recepción, registro, almacenamiento, distribución y dispensación). Debe satisfacer necesidades técnicas, logísticas, económico-financieras y clínicas de la institución.

DISEÑO

Sistema de gestión de material implantable en un hospital médico-quirúrgico de tercer nivel. Con una actividad quirúrgica de, 6.000 IQs, y 2.500 pacientes con PSI. Desde el servicio de Farmacia (SF) gestiona los PSIs (40% del presupuesto). Diseñado por un grupo multidisciplinar e integrado en el sistema de información (SI) del hospital. Utilizando un sistema de gestión que “homologa” (criterios técnicos y económicos) PSIs y proveedores para financiadores y prescriptores asociados.

CIRCUITO Y ETAPAS

El médico cita la IQ en el SI (paciente, código IQ y fecha) e incluye los PSIs previstos en un formulario que al firmar genera una “propuesta de envío de materiales” (depósito temporal) que recibe el SF y tramita al proveedor a través de una central de compras de manera telemática, y una “solicitud de autorización” de cobertura económica que la plataforma gestionará con el financiador antes de la IQ. El SF recibe depósitos temporales por IQ, que registra y envía al bloque quirúrgico (BQ) creando y codificando cada material implantable con su lote, caducidad, referencia y proveedor. En cada IQ se registran consumos reales a través del sistema de gestión informatizado I-MDH de INDRA, escaneando y dejando reflejado en la historia electrónica informatizada del paciente dicho material implantable (con su lote, caducidad, referencia y proveedor). Terminada la IQ, el SF concilia los PSI no utilizados con el albarán del depósito temporal entregado y devuelve el material sobrante, emitiendo pedido de PSI implantados para facturación. El sistema de gestión controla: el cumplimiento de acuerdos económicos entre proveedores, financiadores y el hospital, material implantable puesto al paciente para dar presupuesto de su consumo al paciente de forma privada/mutua. Las etapas para la creación de este sistema de gestión integral fueron: creación de grupo de trabajo (Enero 2017), análisis DAFO y estudio económico. Una vez aprobado el proyecto por Dirección, se informa a proveedores y financiadores y se realiza para la gestión de todo el material implantable que se concentra fundamentalmente en las especialidades de: Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Neurocirugía, Cirugía general, Cirugía Vasculare y Oftalmología.

IMPLANTACIÓN

Se han integrado las actuaciones de en un único procedimiento facilitando su gestión y control. Se ha creado un registro de implantes asociado a IQs con sistemas de consulta, para identificar PSI por IQ, con fines de seguridad (vigilancia), análisis de resultados y estudios de costes. La trazabilidad logística ayuda a programar actividad en el BQ (tiempo medio entrega PSI/proveedor 2-3 días). Asegura la conformidad del coste PSI/estimado antes de la IQ, evitando demoras y reclamaciones.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

La limitación fundamental en este proceso integral es la recepción del albarán del implante que en ocasiones se envía en un plazo superior al establecido de 72 horas, lo cual puede generar un enlentecimiento del resto del circuito (registro, facturación, etc)

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este sistema de gestión es aplicable fundamentalmente a otros S. de farmacia en hospitales de gestión privada



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

736. OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES MEDIANTE SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN

AUTORES

MORA SANTIAGO MR, AGUILAR DEL VALLE E, ESTAÚN MARTINEZ C, FERNANDEZ OVIES JM
HOSPITAL CL. UNIV. V. DE LA VICTORIA. CAMPUS UNIV. TEATINOS S/N.

OBJETIVOS

El Servicio de Farmacia es el responsable de la adquisición, custodia y dispensación controlada de medicamentos estupefacientes dentro del Hospital.

El objetivo de este proyecto fue la puesta en marcha de un sistema de dispensación automatizada (SAD) en el servicio de farmacia de un hospital universitario que permita la gestión integral de los medicamentos estupefacientes:

- Optimizar los stocks.
- Mejorar la gestión de lotes y caducidades.
- Garantizar la dispensación adecuada a la prescripción.
- Edición de un libro electrónico de estupefacientes.

DISEÑO

Tras la revisión de la legislación actualizada sobre estupefacientes, se realizó un procedimiento normalizado de trabajo, que describe el proceso de gestión de estupefacientes, detallando los registros requeridos por la normativa. Seleccionamos un sistema automatizado de dispensación (SAD) de medicamentos, que permite una gestión integral del proceso, gracias su software, al cual se accede desde cualquier ordenador, permitiendo una gestión remota del mismo.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Selección de sistema automatizado de dispensación.
2. Cálculo y ajustes de stocks de medicamentos estupefacientes según datos de consumos previos, estableciendo los stocks máximo, mínimo y punto de pedido.
3. Parametrización de las ubicaciones en función de volumen unitario y stock necesario.
4. Configuración de los niveles de acceso de los usuarios, mediante huella digital. Formación al personal implicado en la gestión y dispensación de los estupefacientes.
5. Definimos los datos mínimos registrables en la dispensación, número de vale de solicitud de estupefaciente y médico prescriptor. La dispensación se realiza desde la prescripción electrónica del paciente, por lo que incluye los datos del mismo, nombre, apellidos y número de historia clínica
6. Instalación y montaje.
7. Integración del software del SAD con las aplicaciones de gestión de farmacia, censo de pacientes y prescripción electrónica.
8. Definición de formato de libro electrónico editable desde el SAD, para cumplir con la legislación vigente, que archivaremos mensualmente en formato pdf.
9. Seguimiento y control.

IMPLANTACIÓN

La implantación se realizó por personal farmacéutico y técnicos del SAD y de las distintas aplicaciones informáticas, durante un período de un mes. En este tiempo, se realizaron las pruebas necesarias para la comprobación de la distintas funcionalidades.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Tras la puesta en marcha del SAD, se realizó seguimiento de los libros de registro de estupefacientes clásicos (en papel) y el electrónico (obtenido desde el SAD). Se comprobó que los registros coincidían en ambos casos, durante un período de 6 meses.

La conexión entre el SAD y la aplicación de prescripción electrónica, mejora la seguridad del paciente, pues adecúa la dispensación a la prescripción a tiempo real, permitiendo la dispensación únicamente del estupefaciente prescrito. De igual modo, los stocks se actualizan inmediatamente, permitiendo una gestión integral. La dispensación mediante el SAD, permite registro inmediato de toda la información necesaria para la edición de un libro electrónico adecuado a la legislación vigente. Se evita la transcripción manual a los libros oficiales de estupefacientes y se disminuye la carga administrativa.

Limitaciones

La limitación principal es el coste del SAD.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria. La gestión de estupefacientes mediante SAD, permite optimizar el circuito de adquisición, custodia, dispensación y registros de medicamentos estupefacientes, incluyendo la edición del libro electrónico de estupefacientes.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

747. EVALUACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

ESCUADERO VILAPLANA V, MARTÍNEZ CALLEJO V, MATEO CARMONA J, GOMIS PASTOR M, FERRANDO PIQUERES R, MERINO ALONSO FJ, MONTE BOQUET E, GIL MOYA A
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. C/DOCTOR EZQUERRO 46. MADRID

OBJETIVOS

Evaluación de la aceptación de una aplicación móvil en pacientes diagnosticados de mieloma múltiple

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, multicéntrico. Periodo de reclutamiento: 6 meses. Periodo de seguimiento: 6 meses tras aceptación en su participación. No se modificó la práctica clínica habitual, respetando la agenda de visitas para la recogida de medicación. Descripción de la aplicación móvil: identificación personalizada del paciente, información sobre la enfermedad, registro del tratamiento completo del paciente incluyendo el tratamiento habitual, sistema de alertas como recordatorio de las tomas de administración de la medicación así como su registro e información sobre la enfermedad y descripción de acontecimientos adversos. En el reclutamiento se realizó un cuestionario inicial para proporcionar información sobre su enfermedad y opciones terapéuticas, actitud activa frente al cuidado de la salud y compromiso con el tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ofreció a un total de 261 pacientes en los 11 centros participantes del estudio, de los cuales un total de 226 pacientes (86,6%) rechazó la participación en el estudio. Los motivos principales por los que los pacientes rechazaron la participación fueron: 120 pacientes (53,1%) no disponen de Smartphone o email, 33 pacientes (14,6%) disponen de Smartphone, pero no sabían utilizarlo. Un total de 58 pacientes (25,6%), no le interesó participar en el estudio por distintos motivos y para 15 pacientes (6,6%) indican otros motivos para no participar, dos pacientes ya disponían de otra aplicación.

Un total de 35 pacientes aceptaron participar en el estudio (13,4%) IC95% (9,8%-18,1%). Un total de 17 pacientes (48,7%) son mujeres y la mediana de edad de 62 años (rango 35 a 85 años). De los 35 pacientes, 31 pacientes (88,2%) son de hábitat urbano, en 24 pacientes, (68,7%) el nivel de estudios eran estudios secundarios o superiores. El tiempo medio de diagnóstico y tratamiento de los pacientes incluidos es de 3,2 años y 3,1 años respectivamente. De los pacientes incluidos, el 82,9% estaban de acuerdo o muy de acuerdo en recibir toda la información posible sobre su enfermedad, el 74,3% estaban de acuerdo o muy de indicar sus preferencias terapéuticas. El 80,0% se consideraba activo en el cuidado de su salud y el 91,5% comprometido con su tratamiento.

Conclusiones

En los pacientes diagnosticados de mieloma múltiple la aceptación de una aplicación móvil de soporte de tratamiento fue del 13%, siendo la principal causa de rechazo el bajo uso de Smartphone en este grupo de pacientes. Los pacientes aceptaron participar fueron mayoritariamente pacientes de hábitat urbano, de nivel cultural medio alto y activos en el cuidado de su salud y comprometidos con el tratamiento de su enfermedad.

Agradecimientos Este proyecto se ha realizado con la colaboración de Celgene.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

753. REDOSIFICACIÓN DE SUGAMMADEX: USO E IMPACTO ECONÓMICO

AUTORES

JAVIER CASTRO I, IMAZ GARCÍA C, PUJOL ABAD J, ARASANZ ALONSO C
HOSPITAL EL PILAR. C/ BALMES 271. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el uso de sugammadex redosificado en jeringas de 50 mg para la reversión del bloqueo neuromuscular inducido por rocuronio en las intervenciones quirúrgicas (IQ), y el impacto económico derivado de su implantación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital quirúrgico privado de 160 camas. En julio 2017, se inició el fraccionamiento del vial de sugammadex 200 mg en jeringas precargadas de 50 mg en 5 ml de suero fisiológico 0.9%, elaboradas en el servicio de farmacia en condiciones estériles, para racionalizar su uso. Entre julio 2017 y abril 2018 (10 meses), se estudiaron las IQ que requirieron sugammadex a partir de la cumplimentación de un impreso de uso restringido y la Estación Clínica "Casiopea", así como el impacto económico derivado del fraccionamiento de dosis. Las variables estudiadas: edad, sexo, dosis de sugammadex, indicación y coste mensual para el hospital, según PVL del vial de 200 mg, antes y después de la implantación del fraccionamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Sugammadex se utilizó en 373 IQ (3,1% del total), correspondientes a 365 pacientes con una media de edad de 55,3 años (DE 18,7), rango 2-90 años y 57,0% mujeres.

Las indicaciones más frecuentes que motivaron su uso: 117 (31,3%) contraindicación a neostigmina (ejemplo: patología respiratoria), 65 (17,5%) situación clínica que requería una recuperación rápida del bloqueo neuromuscular (ejemplo: intubación o ventilación fallida), 49 (13,2%) vía aérea difícil (ejemplo: obesidad mórbida), 41 (11,0%) por cirugía de corta duración, 24 (6,4%) contraindicación a atropina (ejemplo: patología cardíaca) y 19 (5,1%) por curarización residual.



Respecto a las dosis utilizadas, en 265 ocasiones (71,0%) se usó la dosis de 50 mg, en 89 (23,9%) 100 mg, en 12 (3,2%) 150 mg, en 5 (1,3%) el vial de 200 mg y en una única ocasión las dosis de 40 mg y 250 mg. Las jeringas precargadas se utilizaron en el 98,4% de las IQ.

El coste económico mensual previo a la implantación del fraccionamiento (enero 2016 – junio 2017): 2.474,56 €/mes usándose sugammadex en 33,9 IQ/mes. Tras el inicio del fraccionamiento: 1.006,40 €/mes administrándose en 37,3 IQ/mes. Ahorro económico: 1.468,16 €/mes.

Conclusiones

Sugammadex se utiliza en nuestro ámbito hospitalario a bajas dosis y en múltiples indicaciones. La redosificación de sugammadex permite administrar este fármaco efectivo y seguro a más pacientes consiguiendo a su vez un mayor control y ahorro económico.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

757. EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE NUEVOS PROCESOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS

AUTORES

TORNERO TORRES O, FUENTES IRIGOYEN R, TEJADA GONZALEZ P
HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA. AV. REINA VICTORIA 24. MADRID

OBJETIVOS

Estudios publicados en 2014, 2015 y 2016 muestran que entre el 40% y el 47% de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con anticoagulantes orales antivitamina K, seguidos tanto desde Atención Primaria como desde Cardiología, tienen un deficiente control de la anticoagulación medido como tiempo en rango terapéutico (TRT) < 60% mediante método directo o TRT < 65% por el método de Rosendaal. En el año 2012 se establecen las recomendaciones para los pacientes en prevención tromboembólica en FANV con imposibilidad de conseguir INR en rango terapéutico candidatos a tratamiento con anticoagulantes orales directos (ACOD) (Rivaroxabán, Dabigatrán y Apixabán), siendo actualizadas en 2016 incluyendo Edoxabán. El objetivo es evaluar la situación actual del control de anticoagulación en pacientes con FANV tratados con antagonistas de la vitamina K en el hospital y la necesidad de establecer nuevos circuitos que mejoren su anticoagulación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Muestra: pacientes con control del INR en el Servicio de Hematología desde 1 de septiembre de 2017 a 31 de marzo de 2018. Criterios de inclusión: pacientes con FANV anticoagulados con antivitamina K con al menos 7 datos de INR durante 7 meses. Criterios de exclusión: tratamiento actual con anticoagulante directo y pacientes hospitalizados, sometidos a cardioversión eléctrica, colonoscopia o intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de estudio. Variable principal: % de pacientes con INR inadecuado (porcentaje de TRT por el método de Rosendaal inferior al 65% durante un periodo de valoración de 6 meses, excluido el mes de ajuste de dosis). Variable secundaria: % de pacientes que cumplen variable principal y CHA₂DS₂-VASC ≥ 2. Se recogen los datos del Sistema de información del Servicio de Hematología y se revisan las historias clínicas para detectar criterios de exclusión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 114 pacientes diagnosticados de FANV. La edad media fue 81.21 años (±8.324), 51% hombres y 63% mujeres. 34/114 se excluyeron por tener menos de 7 determinaciones durante el periodo de estudio; 3/115 se excluyeron por tener inicio de tratamiento posterior al 1 de septiembre de 2017; 1/115 se excluyó por no disponer de datos de TRT. 37/76 pacientes tuvieron un TRT > 65%. 39/76 tuvieron un TRT < 65% y se revisaron sus historias clínicas. Tras la revisión se excluyeron 11 pacientes más: 3/39 sin datos de historia clínica en cuanto a tratamiento, intervenciones etc., 1/39 por colonoscopia, 1/39 intervención quirúrgica, 5/39 por hospitalización, 1/39 por estar en tratamiento con rivaroxabán. 65 pacientes fueron incluidos en el estudio: 37/65 (57%) mostraron un TRT > 65% por el método de Rosendaal; 28/65 (43%) estaban mal anticoagulados con una media de TRT de 47.80% (±13.59) con una media de determinaciones de 9.61 (±1.89). El % de pacientes que cumplieron variable principal y CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 y por lo tanto son candidatos a anticoagulante directo fue 43% (100% de los que cumplen variable principal).

Conclusiones

Cerca de la mitad de los pacientes con FANV anticoagulados con antivitamina K no consiguen un control del INR óptimo y tienen CHA₂DS₂-VASC ≥ 2, por lo que se debería establecer un circuito de derivación para evaluar la modificación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

771. IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL MICROBIOLÓGICO EN EL ÁREA DE ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTÉRILES EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

FERRIS VILLANUEVA EM, CANTUDO CUENCA MD, GARABITO SÁNCHEZ MJ, CORRAL BAENA S
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. AVENIDA SAN JUAN DE DIOS S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

En la elaboración de preparados farmacéuticos estériles es necesario áreas limpias que deben cumplir estándares internacionales para minimizar la contaminación microbiana. Se elabora y evalúa la implantación de un protocolo de control microbiológico en el área de elaboración de preparados estériles del Servicio de Farmacia (SF).



DISEÑO

Seguendo las Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (GBP), se diseña e implanta un protocolo de control microbiológico en el área de elaboración de preparados estériles del SF. Se define en el protocolo un control de calidad a través del Test de Esterilidad del producto terminado (TEPT) y un control microbiológico que engloba: validación de la técnica aséptica de los elaboradores, control microbiológico del aire dentro de las cabinas de flujo laminar (CFL), de los guantes del manipulador y de superficie de trabajo. En todos estos procedimientos se utilizan las placas COS (agar sangre).

CIRCUITO Y ETAPAS

En el protocolo se detalla la batería de muestreo a implantar adaptada a las GBP así como la manera de realizar la toma de muestras, la periodicidad y la gestión de placas para su registro y envío al laboratorio de Microbiología.

IMPLANTACIÓN

El protocolo se implantó a principios de 2016. A mediados de 2017 se revisa y optimiza el registro y la gestión de placas.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se realizan un total de 390 muestras desde el inicio de enero hasta diciembre de 2017, con un crecimiento positivo de microorganismos en 17 (4,36%). En 2 ocasiones (0,51%) la muestra para cultivo sufrió contaminación y en 8 ocasiones (2,05%) la muestra tuvo que ser anulada por mala conservación. Desglosando cada procedimiento: 1. En el TEPT se obtuvo una muestra positiva (2,78%) en la que se aisló *Staphylococcus aureus*, 2. En el control ambiental de las CFL se obtuvo 5 muestras positivas (3,79%) aislándose *Staphylococcus epidermidis* y *Corynebacterium*, 3. En el control microbiológico de los guantes del manipulador hubo 8 muestras positivas (6,20%) aislándose *Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus epidermidis*, *Micrococcus luteus*, *Streptococcus hominis*, *E. Coli* y *Staphylococcus coagulasa* negativa y 4. En el control de la superficie semanal, hubo 3 muestras positivas (3,23%) en las que se aisló *Staphylococcus aureus*, *Aspergillus niger* y *Staphylococcus epidermidis*. La validación de la técnica aséptica de los elaboradores no se realizó.

Limitaciones

No existen recomendaciones acerca de la actitud a seguir en caso de superar los límites de unidades formadoras de colonia por placa (UFC), recomendados en las GBP. Los resultados de los ensayos microbiológicos requieren un análisis cuidadoso para elucidar las tendencias. La relativa falta de precisión de los métodos y los bajos niveles de contaminación detectados no son fácilmente interpretables. Queda pendiente establecer niveles de alerta y su frecuencia para adoptar medidas concretas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este protocolo puede ayudar a otros SF a la implantación de la monitorización microbiológica, imprescindible en todos los hospitales que elaboren fármacos estériles para administración parenteral.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

785. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES

MORA MORA MA, CANTUDO CUENCA MR, MUÑOZ CEJUDO BM, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ G, CANTAL SÁNCHEZ MT
HOSPITAL SAN AGUSTÍN (ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE JAÉN). AVENIDA DE SAN CRISTOBAL S/N. JAÉN

OBJETIVOS

Describir las reacciones adversas a medicamentos (RAM) notificadas al Centro Andaluz de Farmacovigilancia (CAFV) así como su evolución temporal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las sospechas de RAM notificadas al CAFV entre enero 1992 – diciembre 2017 de un hospital comarcal. El servicio de farmacia hospitalaria (SFH) se encargó de la recogida de datos, seguimiento y posterior notificación. El Programa de Farmacovigilancia se inició en el año 1992 promovido por el SFH mediante información a través de la intranet del hospital, boletines farmacoterapéuticos editados y con sesiones formativas a facultativos y enfermería, con periodicidad anual. Las variables fueron: número total de notificaciones de RAM registradas, sexo y edad de los pacientes afectados, método de detección, gravedad y desenlace de la RAM, medicamento (s) implicado(s) y grupo terapéutico (clasificación ATC), órgano y/o sistema principal afectado. Los datos se registraron y analizaron en Excel®2007.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante los 26 años del estudio se notificaron 1223 RAM, siendo la media anual de $47 \pm 21,6$. El 53,3% de los afectados fueron hombres. Del total, el 54,4% > 65 años, mientras que el 10,8% < 30 años. En cuanto al método de detección, el 59,7% procedían del Conjunto Mínimo de Base de Datos Hospitalaria (CMBDH), un 34,3% por notificación voluntaria del personal sanitario y el 6% restante se detectaron por el SFH durante la validación de tratamientos (pacientes ingresados o externos). Un 16,8% de las RAM fueron leves, un 45% moderadas y el resto graves. El desenlace de las notificaciones fue en el 92,8% de los casos recuperado sin secuelas y un 5,4% recuperado con secuelas; se produjeron 14 exitus (1,1%), el resto se desconoce. Se identificaron 1330 fármacos implicados, siendo la mediana 42 (IQR: 33-76,3) por año. Los grupos terapéuticos mayoritarios fueron el N (sistema nervioso) con el 20,2% y el M (sistema musculoesquelético) con el 19,6%, seguido del C (sistema cardiovascular), 16,6%, y del J (antiinfecciosos para uso sistémico), 15,6%. La distribución de las RAM en función del tipo de órgano y sistema principal afectado fue: aparato digestivo (39,1%), piel y anejos cutáneos (19,6%), trastornos cardíacos (13%), trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración (10,8%), hematológicos (5,8%).

En cuanto a la evolución temporal, en 1992 se notificaron 19 RAM, valor que se incrementó progresivamente a lo largo de los siguientes años, alcanzando su máximo en 2003 con 84 notificaciones de sospechas de RAM. En 2004 disminuyó a 46 RAM, manteniéndose estable el número de notificaciones en los siguientes años (media: 35,7±9,7), hasta 31 el último año.

Conclusiones

Aunque más de la mitad de las notificaciones al CAFV proceden del CMBDH, un importante número de RAM se detecta por personal sanitario y el SFH. Más de un tercio de las RAM son graves, pero la mayoría se recuperan sin secuelas. En los últimos años han disminuido las RAM notificadas. El Programa de Farmacovigilancia es clave para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos promoviendo modificaciones relevantes en las fichas técnicas y emisión de alertas de farmacovigilancia por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

801. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL IMPACTO DE LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN ROBOTIZADA DE FÁRMACOS EN HOSPITALES

AUTORES

GIMENEZ GARCÍA E, GASOL BONCOMPTE M, ESPALLARGUES CARRERAS M

AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA. ROC BORONAT 81 2A PLANTA 08005. BARCELONA

OBJETIVOS

La dispensación de farmacia hospitalaria enfrenta el reto de una creciente demanda de gestión de la medicación para pacientes ingresados y externos. La dispensación robotizada se plantea como alternativa, posiblemente costosa, para mejorar esta gestión. En el contexto de una evaluación de la dispensación robotizada en hospitales en España se presenta una revisión sobre su potencial impacto en seguridad y gestión organizativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión sistemática de estudios observacionales o ensayos publicados entre 2007-2017 [Estudios] sobre seguridad y cambios organizativos [Outcomes] en farmacia hospitalaria [Población] asociados a implantar la robotización de la dispensación frente no robotizar [Tecnología, Comparador] en pacientes ingresados y externos. Este diseño fue establecido a priori y no modificado. Las fuentes fueron: Web of Science, Scopus, Pubmed, Cochrane, Trip-Database, Centre of Reviews & Dissemination, literatura gris. La revisión incluyó selección de estudios por pares, evaluación de la calidad de la evidencia y sesgo de publicación, determinación de conclusiones según calidad de la evidencia, métodos de análisis agregados y existencia de conflictos de interés (se cumplieron los ítems de la herramienta AMSTAR sobre revisiones sistemáticas).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se encontraron 33 documentos elegibles para lectura completa. Se incluyó información de 15 documentos que cumplieron los criterios de inclusión. No hubo apenas diferencias de criterio en el proceso por pares. Ocho referencias reportaron información sobre robots en pacientes externos (7 en variables organizativas y 6 en seguridad) y ocho en ingresados (4 en variables organizativas y 8 en seguridad). Los cambios principales en seguridad encontrados en pacientes ingresados fueron una reducción de errores de dispensación, pasando de entre 0,8-1% (pre-robotización) a 0,08-0,13% (post-robotización). Asimismo, los errores de dispensación encontrados en pacientes externos oscilarían entre 0,64%-1,3(pre), y entre 0,27%-0,6%(post). Por otro lado, los errores de administración pasarían de un 10,6% previo a la dispensación robotizada en pacientes ingresados a un 5% de forma posterior. El principal cambio organizativo observado en pacientes ingresados fue constatar (sin calcularse significaciones estadísticas) que se reducen la necesidad de recursos de enfermería, tiempo de selección de stock y el valor anual del inventario. Asimismo, se observó que el efecto en pacientes externos fue una reducción de necesidad de técnicos farmacéuticos y/o auxiliares de enfermería, administrativos y profesionales de almacén. La calidad de esta evidencia se consideró baja o media en la mayoría de referencias. Asimismo, podría haber un sesgo de publicación, pudiendo a la práctica haber hospitales con datos basales de errores más altos, o una mayoría de hospitales donde está implementada la tecnología, pero sin datos publicados de su experiencia pre-post.

La robotización representa una posible respuesta a la actual carga y complejidad del almacenamiento, dispensación y control de medicamentos en hospitales, permitiendo reorganizar y optimizar este circuito. Los resultados encontrados son relevantes por su posible impacto económico y es necesaria una evaluación económica del mismo. No obstante, es relevante remarcar que implantar la robotización sería recomendable que se acompañara de una planificación con una inversión por objetivos y una recogida protocolizada de resultados pre-post de calidad, a poder ser, de resultados en salud. Ello facilitaría tomar decisiones futuras y evaluar la decisión tomada.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

822. VALIDACIÓN DE INDICADORES PARA CONTROL DE CALIDAD DE LA INSULINOTERAPIA HOSPITALARIA

AUTORES

GUERRERO AZNAR M, JIMENEZ VARO I, MURILLO IZQUIERDO M, CASTAÑEDA MACÍAS I, DOMINGUEZ RABADAN R, RENDÓN DE LOPE L, CORDERO RAMOS J, DONOSO REGINFO MC

HOSPITAL UNIV. MACARENA. AV. DR. FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Tras la experiencia del grupo multidisciplinar PROI -grupo para la optimización de la insulino terapia Endocrinología-Farmacia-, en la racionalización del empleo de pautas correctoras en base a glucemia capilar, se procedió a la



monitorización diaria de las glucemias en pacientes ingresados, para su seguimiento y mejora. Objetivo: puesta a punto de indicadores para el control de calidad de los niveles de glucemia en pacientes hospitalizados de un Hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo pre-post-intervención, tras 6 meses de seguimiento diario, por el grupo multidisciplinar PROI, de las glucemias de pacientes hospitalizados que cumplen los criterios de inclusión. Se analizan las glucemias de los pacientes seleccionados el primer y último mes de la intervención.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, ingresados, con glucosa sanguínea en ayunas y con al menos dos glucemias capilares en las últimas 48 horas iguales o superiores a 250 miligramos/decilitro (mg/dl) y no modificación de la insulino terapia en las últimas 48 horas por sus facultativos referentes.

Criterios de exclusión: Pacientes críticos (Unidad de Recuperación Postoperatoria, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias), o de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Intervención: Corrección y/o monitorización de la insulino terapia.

Tras la selección de pacientes se analizan las cifras de glucosa en sangre, glucemias capilares y se revisan anamnesis y programa de prescripción electrónica. Los datos fueron obtenidos de la historia única del Servicio Andaluz de Salud.

Variable principal: Intervenciones necesarias para normalizar glucemias en pacientes que cumplen criterios de inclusión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron 2942 glucosas en sangre en el periodo pre-intervención y 3937 en el post-intervención:

Intervenciones del equipo PROI en pacientes que cumplen criterios de inclusión : 10 por cada 1000 determinaciones de glucosa en sangre en el periodo pre y 4 en el post-intervención.

Odds-Ratio: 0,4537 . Intervalo de confianza (0,233, 0,8583) P: 0,004. Test exacto de Fisher (OPEN-EPI 3.0).

De éstos pacientes, es preciso realizar intervención activa por parte del grupo PROI en el periodo pre-intervención en el 83,3%, en comparación con el periodo de post-intervención (47,06%). En el resto se realiza monitorización de glucemia capilar.

Se observa durante el periodo pre-intervención que en el 75% de los pacientes analizados se cumple el protocolo hospitalario de insulino terapia, frente al 88,24% de los pacientes en el periodo post-intervención. El 83,33% de los mismos proceden del Servicio de Urgencias del hospital en el periodo pre-intervención, dicha cifra asciende al 94,12% en el post-intervención.

Del total de pacientes estudiados, se evidencia que al alta hospitalaria 4 de ellos presentan cifras de glucosa en sangre por encima de 250 mg/dl, no existiendo ningún paciente con esta cifra en el periodo post-intervención.

Se ha detectado la existencia de errores en la determinación de glucosa en sangre en 6 y 1 por cada 1000 pacientes en el periodo pre y post-intervención respectivamente.

Limitaciones del estudio: Los pacientes se seleccionan inicialmente por nivel de glucosa en sangre, por lo que no se detectan los pacientes que únicamente disponen de determinación de glucemia capilar.

Los indicadores seleccionados nos permiten un seguimiento inicial de la calidad del control de glucemia en pacientes hospitalizados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

829. GESTIÓN DE ANTÍDOTOS CENTRALIZADA

AUTORES

GIL MARTÍN Á, HERNÁNDEZ JARAS MV, LÓPEZ CENTENO B, ALONSO CASTRO V, ALIOTO ALIOTO D, SEGURA BEDMAR M, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. ED. SOLLUBE. MADRID

OBJETIVOS

Describir el desarrollo e implantación de un Sistema de Gestión de Antídotos Centralizado (SGAC) para la red pública de los hospitales de una Comunidad Autónoma (CA).

DISEÑO

Los antídotos suelen necesitarse con una frecuencia relativamente baja, pero con carácter urgente por lo que deben estar disponibles en los hospitales cuando sean necesarios. Sin embargo, debido a su baja rotación, es frecuente que caduquen sin haberse utilizado, con la repercusión sanitaria y económica que esto conlleva.

Para asegurar accesibilidad de los tratamientos y mejorar eficiencia, se ha desarrollado el SGAC que implica a los hospitales de la CA y al Servicio de Urgencia Médica (SUM).

CIRCUITO Y ETAPAS

Fases del desarrollo:

1. Definición del listado de antídotos susceptibles de gestión centralizada, incluye aquellos de mayor impacto económico y/o baja rotación, cuyo tiempo hasta la administración permite que puedan ser transportados desde el Servicio de Farmacia del SUM (SF-SUM) al centro solicitante.

2. Elaboración del procedimiento de gestión centralizada de antídotos que incluye la adquisición, almacenamiento y mantenimiento de stock mínimo por parte del SF-SUM, así como la definición del circuito entre el SUM y los hospitales, que asegure la distribución del medicamento.

IMPLANTACIÓN

El SCAG se puso en marcha en abril de 2017, publicándose una resolución que establece el procedimiento del SGAC para todos los hospitales de la CA.



A partir de este momento, el SF-SUM se encarga de la gestión, adquisición, almacenamiento y distribución de 9 antídotos definidos de gestión centralizada.

Se dispone de un espacio web dónde se recoge toda la información y documentación necesaria incluyendo un diagrama que resume los pasos del circuito de solicitud de antídotos al SUM.

Cuando cualquier hospital necesita utilizar alguno de estos antídotos, contacta con el SUM y éste mismo es el encargado de trasportar el medicamento hasta el hospital.

Se ha creado un grupo de trabajo (GT) de farmacéuticos de hospital para la valoración de la inclusión de nuevos antídotos en el SGAC.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En el primer año de su puesta en marcha, el SGAC ha sido utilizado por 20 hospitales distintos: 16 de la red pública, 2 privados y 2 de otra CA; realizándose 24 de solicitudes de antídotos al SUM.

En los primeros 12 meses, el SGAC ha supuesto un ahorro de 222.000€ en la CA con una disminución del 67% en las adquisiciones de estos medicamentos, comparado con los 12 meses previos a su implantación.

La distribución de los antídotos se ha realizado siguiendo el procedimiento establecido sin observarse ninguna incidencia en el proceso.

Durante este periodo, el GT ha valorado e incluido en el SGAC 3 nuevos antídotos.

La dispersión geográfica de la CA puede considerarse un factor limitante a la hora de disponer de un sistema de estas características.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento se aplica a todos los SF de los hospitales de la CA, pudiendo ser utilizado por centros privados o de otra CA en casos de necesidad.

El SGAC asegura la disponibilidad y la rapidez de acceso a estos medicamentos, contribuye a minimizar la posible variabilidad existente en los distintos hospitales y mejora la eficiencia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

830. TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE USO DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES PERTENECIENTES A UN SISTEMA REGIONAL DE SALUD

AUTORES

ALONSO CASTRO V, LÓPEZ CENTENO B, MARTÍN CASASEMPERE I, ALIOTO ALIOTO D, GIL MARTÍN Á, MATAIX SANJUAN Á, ARANGUREN OYARZÁBAL A, CALVO ALCÁNTARA MJ

SUBD. GRAL. DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. PZA. CARLOS TRIAS BERTRAN, 7 EDIF. SOLLUBRE. MADRID

OBJETIVOS

Reportar a los profesionales sanitarios el perfil de utilización de medicamentos de alto impacto en los hospitales del Sistema Regional de Salud (SRS) a través de un aplicativo web.

DISEÑO

A través de los Sistemas Centralizados de Información, que disponen de datos de adquisiciones de medicamentos de todos los hospitales del SRS, se diseñan 6 informes que analizan la adquisición de fármacos con indicación aprobada para tratamientos de alto impacto: Esclerosis Múltiple (EM), Terapias Biológicas (enfermedades reumáticas, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal), VIH, Antineoplásicos-Oncología, Antineoplásicos-Hematología.

Dichos informes contienen información global (unidades en Dosis Diaria Definida e importe facturado) del grupo de fármacos y de cada principio activo por cada hospital en un periodo anual. Además se representa dicha información en formato gráfico que permite la comparación entre hospitales del mismo nivel. En los informes Antineoplásicos-Oncología y Antineoplásicos-Hematología, las unidades corresponden a miligramos adquiridos.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Diseño de los informes en el Sistema de Análisis de la Prestación Farmacéutica del SRS a través de los ficheros de adquisiciones remitidos mensualmente por los Servicios de Farmacia (SF) de los hospitales.
2. Validación de los informes por los grupos de trabajo de EM, enfermedades reumáticas, Oncología y VIH formado por médicos y farmacéuticos de hospital y Servicios Centrales.
3. Envío trimestral de la información actualizada a las Direcciones Médicas y Gerencias de los hospitales quienes serán los encargados de su difusión a los Servicios Clínicos implicados en su gestión.
4. Desde el año 2018, los informes se actualizan mensualmente en el aplicativo web de consulta de Indicadores de Prescripción Farmacéutica del SRS para todos los profesionales sanitarios.

IMPLANTACIÓN

El circuito se inició en el segundo semestre de 2016 con el diseño y validación de los informes de Antineoplásicos-Oncología y Hematología-. En el primer trimestre de 2017 se diseñaron y validaron los informes de EM, terapias biológicas y VIH. En el primer trimestre de 2018 se subieron los informes al aplicativo web.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Estos informes han resultado ser una herramienta útil a los profesionales sanitarios para la gestión del uso de estos fármacos. Desde el inicio del circuito, se han remitido 4 informes de adquisiciones de Antineoplásicos-Oncología, 4 de Antineoplásicos-Hematología, 3 de EM, 3 de terapias biológicas y 3 de VIH.

Con la última actualización realizada en el primer trimestre de 2018, cada informe incluye información de 15 fármacos de terapias biológicas, 9 de EM, 35 de VIH, 74 de Antineoplásicos-Oncología y 51 de Antineoplásicos-Hematología.

Las limitaciones principales se deben a la información disponible en el Sistema de Análisis de la Prestación Farmacéutica: falta de datos depurados sobre consumo de medicamentos que hace que se utilicen datos de adquisiciones y no disponer de información sobre diagnósticos.



APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento se aplica a todos los SF de los hospitales del SRS y es asequible para su implementación en otros SRS siempre que dispongan de la información necesaria, favoreciendo la transparencia y comparabilidad de la información sobre uso de medicamentos en los hospitales y sirviendo como fuente de información para el fomento del uso racional y equitativo de los fármacos en los distintos hospitales del SRS.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

834. MENSAJERÍA ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE A TRAVÉS DE UNA APP DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO CARDÍACO

AUTORES

DE POURCQ. JT, GOMIS-PASTOR. M, GÁLVEZ TUGAS E, MIRABET PEREZ S, ROIG MINGUELL ME, MANGUES BAFALLUY MA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. SANT ANTONI MARIA CLARET 167. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar el uso y caracterizar la tipología de la mensajería a través de una plataforma tecnológica de seguimiento clínico multidisciplinar en pacientes trasplantados cardíacos como medio de comunicación por profesional y paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron todos aquellos pacientes que hubieran aceptado entrar en el seguimiento clínico telemático a través de la plataforma mHeart® como parte del ensayo clínico mHeart (Clinicatrials.gov NCT02554578). La plataforma mHeart® se basa en una aplicación móvil desarrollada como soporte al seguimiento multidisciplinar del paciente crónico polimedcado y adaptada a la población trasplantada cardíaca. El objetivo principal de la plataforma fue mejorar el manejo farmacoterapéutico de estos pacientes. Se analizaron los mensajes enviados por los profesionales implicados en la plataforma clínica y los pacientes durante 01/07/2016-31/12/2017. Los profesionales del equipo de trasplante que participaron en la mensajería durante el período de estudio fueron: farmacéuticos, enfermera, psicóloga además de informáticos de soporte técnico (IT). Los mensajes podían ser dirigidos por los diferentes a todos los pacientes (campañas informativas) o individualizados según las necesidades del paciente o en respuesta a un mensaje previo del paciente.

Se analizaron y clasificaron la totalidad de los mensajes en 20 categorías, a su vez agrupadas en 7 dominios: campañas informativas, respuestas clínicas, dudas administrativas, dudas con receta electrónica, programación de visitas con el profesional, respuesta final y otros.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables cualitativas mediante hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 124 pacientes que generaron un total de 9.181 mensajes enviados por los profesionales. La mediana de número de mensajes fue de 74 mensajes/paciente (rango:4-194). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 17,8 meses (rango: 2-18 meses) que supusieron una media de 1,2 de mensajes enviados por los profesionales por semana. Intervinieron 13 profesionales: farmacéuticos (7), enfermería (2), IT (3) y psicóloga (1). El 75% de todos los mensajes fueron generados entre farmacéutico y paciente.

Se realizaron un total de 75 campañas dirigidas a todos los pacientes incluidos, que supusieron un total del 59% (n=5.426) de los mensajes. La mayoría de las campañas fueron de soporte técnico (49%), seguido de campañas formativas y de promoción de la salud (22%).

Los mensajes individualizados dirigidos a un paciente en concreto según sus necesidades o en respuesta a un mensaje previo, supusieron el 40,9% (n=3.755) de los mensajes. Los principales motivos fueron: programación de visita (12%), respuesta individual a dudas farmacoterapéuticas (11%), cambios individuales de la pauta (10%), seguido de mensajes relacionados con el seguimiento clínico de descompensaciones (8%).

La mayoría de mensajes enviados fueron generados entre farmacéutico y paciente ya que el principal fin del estudio fue mejorar el manejo farmacoterapéutico. Más de la mitad corresponden a campañas informativas. Las principales temáticas para los que se utilizó la mensajería individualizada fueron programación de visita, dudas farmacoterapéuticas y cambios en la medicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

840. INFLUENCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN EL NÚMERO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA VALIDACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES

AZNAR SALIENTE MT, RIZO CERDÁ A, CAMPILLO LÓPEZ J, MARTÍNEZ LAZCANO MT, HERNÁNDEZ GUÍO A, MARCOS RIBES B, HERRAIZ ROBLES P, MARTÍNEZ RAMÍREZ M

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN D'ALACANT. CTRA. NNAL. 332 ALICANTE-VALENCIA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las intervenciones farmacéuticas en la validación durante y tras la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado mediante la revisión de los registros informatizados de las intervenciones farmacéuticas durante el proceso de validación en 2017 en un hospital general de 365 camas de las que 335 disponían de dispensación en dosis unitarias y prescripción electrónica, que terminó de implantarse en febrero. Las intervenciones fueron clasificadas

en 14 categorías. Se calculó el número de intervenciones, la media mensual y desviación estándar, la frecuencia de intervenciones por estancia, por medicamento, por tipo de intervención y por episodio. La estadística descriptiva se realizó en excel, incluyendo la regresión y correlación simple, el cálculo de la ecuación de la curva de regresión y del coeficiente de determinación R2.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron 14.910 intervenciones (media mensual:1242 DS:220). El mayor número de intervenciones/100estancias se produjo en enero y febrero (26.6 y 22.4 respectivamente) coincidiendo con la incorporación de las últimas unidades clínicas a PEA. Hubo un descenso paulatino con un ligero repunte en junio, tras la incorporación de los residentes y una estabilización en torno a 13.7 en el segundo semestre.

Tras regresión lineal y ajuste por mínimos cuadrados la ecuación de la curva es:

$f(x) = 26,08932x - 0,286065$. $R^2 = 0,90$ (Ajustes superiores a 0.75 se consideran aceptables).

Los medicamentos que generaron más intervenciones fueron paracetamol (474, 3.2%) Metamizol (452, 3.0%) y fluidoterapia (434, 2.9%). La intervención más frecuente (3740, 25.0%) fue el bloqueo de una línea de prescripción por error evidente, seguida de la solicitud de revisión de la prescripción (3045, 20.4%), y de las observaciones a medicamentos prescritos no incluidos en la GFT (2164, 14.5%).

El análisis temporal de las intervenciones es frecuente con diseños pre/post implantación de PEA pero ningún estudio ha evaluado y cuantificado su evolución ligada a la curva de aprendizaje, lo que parece un dato relevante, tanto para la planificación de recursos como para la cuantificación del riesgo de errores en el periodo de implantación.

Conclusiones

Las cifras de intervenciones se ajustan a una curva potencial decreciente tras la implantación y parecen estabilizarse a los 6 meses en niveles próximos a la mitad de las iniciales. Se confirma la necesidad de refuerzo farmacéutico en este periodo para evitar errores graves.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

859. OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN Y MATERIAL SANITARIO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

AUTORES

ACÍN GERICÓ MT, FONTELA BULNES C, SANZ ÁLVAREZ L, ALZUETA ISTÚRIZ N, ECHEVERRÍA GORRITI A, LEACHE ALEGRÍA L, GARJÓN PARRA J, AGUDO PASCUAL C

SUBDIRECCIÓN DE FARMACIA - SERVICIO NAVARRO DE SALUD. PLAZA DE LA PAZ S/N 31002. NAVARRA

OBJETIVOS

Optimizar la gestión de la medicación y material sanitario en urgencias extrahospitalarias en una zona básica de salud (ZBS), con el objetivo de simplificar el stock almacenado y reducir los potenciales errores de medicación consecuencia de los cambios de personal.

DISEÑO

Desde dirección de la ZBS se solicitó a Farmacia de Atención Primaria la necesidad de actualizar y estandarizar la medicación y material sanitario utilizado en urgencias extrahospitalarias. La ZBS consta de un centro de salud, cuatro consultorios, dos puntos de atención continuada y ambulancia asistencial de soporte vital básico (SVB)

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar (una farmacéutica, dos enfermeras y un médico) que se reunió periódicamente para la revisión y aprobación del proyecto.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Revisión de los medicamentos y material sanitario (cantidad, criterios de uso, conservación) dispuestos en la sala de urgencias. Esto incluye el botiquín de urgencias, el carro de parada, dos mochilas (respiratorio y cardiovascular), ambulancia de SVB con adaptación del stock a las cantidades habituales de uso.
2. Redacción de un procedimiento normalizado de trabajo con las instrucciones sobre la ubicación, utilización y revisión periódica de los medicamentos. Se estableció que los medicamentos se denominen y ordenen por principio activo, seguido de dosis y presentación, destacando la concentración por envase. Como anexos se incluyen los modelos de revisión diaria de la sala de urgencias, revisión de caducidades y dosificación en resucitación cardiopulmonar en pediatría y adultos.
3. Implantación del proyecto y presentación al personal del centro.

IMPLANTACIÓN

Enero-marzo 2018: Revisión y redacción de los procedimientos. Aprobación por la dirección del centro.

Abril 2018. Presentación para conocimiento de todos los profesionales del centro. Sesiones informativa del proyecto para su difusión en otros centros de salud con servicio de urgencias extrahospitalarias, rural y urbano.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se ha mejorado la accesibilidad, localización y disponibilidad de la medicación y material sanitario.

Se ha logrado una reducción del stock de medicación y material que se ajusta mejor a las cantidades habituales consumidas, con la consecuente reducción del riesgo de errores de medicación.

Se han renovado los procedimientos en base a bibliografía actualizada, lo que implica mayor seguridad y fiabilidad en el manejo de la medicación.

Se ha propuesto una modificación al decreto foral (DF) en su apartado de medicación y fluidoterapia de las ambulancias asistenciales, de manera se ajuste a lo aprobado en cada ZBS.



Limitaciones

Para lograr la estandarización y homogeneización en todos los centros de salud del área es necesaria su aprobación por la comisión de farmacia de atención primaria. Hasta que no se actualice el DF no será posible el cambio en las ambulancias asistenciales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este proyecto puede ser de utilidad a otros Servicios de Farmacia que necesiten mejorar la gestión de la medicación en urgencias.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

876. IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN INTERDISCIPLINAR DE PRODUCTOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

AUTORES

QUINTANA VARGAS I, MORENO MIRALLES A, PERIS MARTÍ JF, MARRAES LOZANO S, ORTIZ URBINA SANDOMINGO V
SERVICIO DE FARMACIA LA CAÑADA. C/561 S/N. VALENCIA

OBJETIVOS

Implantar y evaluar un procedimiento de gestión de los productos sanitarios (PS) para el cuidado de las úlceras por presión (UPP) desde una perspectiva interdisciplinaria y coordinado desde un Servicio de Farmacia (SF), con la finalidad de mejorar la gestión y racionalizar el uso de los PS en el ámbito de los centros sociosanitarios (CSS), implicando al farmacéutico en la clínica y a los enfermeros en los aspectos económicos de su uso.

DISEÑO

El procedimiento se ha realizado sobre 18 centros para mayores dependientes vinculados a un SF. Se constituyó un equipo de trabajo interdisciplinario (ETI) compuesto por los coordinadores de enfermería de los centros atendidos y, por parte del SF, por un enfermero y el farmacéutico responsable de la unidad funcional de gestión de PS.

CIRCUITO Y ETAPAS

1. Análisis de la situación inicial a partir del grupo A de Pareto del consumo total de PS.
2. Establecimiento de una periodicidad semestral de reuniones del ETI para dar continuidad al programa.
3. Acuerdo de las líneas de actuación: selección de PS, condiciones de utilización de PS, análisis periódico del consumo de PS en los centros y control de stocks.
4. Análisis epidemiológico de las UPP en los centros.

IMPLANTACIÓN

A continuación se describen las líneas de actuación y los procedimientos llevados a cabo:

- A) Selección de PS: el ETI realiza una revisión de las características técnicas de los productos incluidos en el concurso público, estudia su potencial utilidad en el ámbito de los CSS y realiza una simulación económica de su uso en distintos escenarios.
- B) Condiciones de utilización: definición de criterios de uso para nuevos PS disponibles en los centros.
- C) Análisis del consumo de PS: envío semestral a los CSS de la información detallada del consumo de PS.
- D) Control de stocks en los centros: semestral.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

A continuación se describen los resultados de cada actuación:

- A) Selección de PS: selección del 15% de los 180 PS para curas disponibles en concurso público. Durante los primeros 12 meses de seguimiento, la mediana del ahorro mensual en las compras de material de curas fue de un 36,4% (rango: 17,5 a 54,9) respecto a los 12 meses anteriores a la formación del ETI.
- B) Condiciones de utilización: definición de las condiciones de uso para 5 PS por su especificidad de uso y coste.
- C) Análisis del consumo de PS: reducción en el consumo en material de curas en 16 centros. Se constató una reducción en el consumo superior al 50% en 7 centros.

Una limitación es la dificultad de establecer un procedimiento común de trabajo entre los distintos CSS debido a la dispersión geográfica, distintos sistemas de gestión, etc.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este procedimiento podría ser aplicable estableciendo vínculos de corresponsabilidad entre el SF y el personal de enfermería en el ámbito de los CSS en los que se están llevando a cabo programas de prestación farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

879. APLICACIONES MÓVILES PARA PACIENTES CON PSORIASIS: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

AUTORES

SUAREZ GONZALEZ M, MONTERO DELGADO JA, DIAZ RUIZ P, RAMOS SANTANA E, VERA CABRERA M, HERNÁNDEZ ROJAS S, MORALES BARRIOS JA, MERINO ALONSO J
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA CANDELA. CARRETERA DEL ROSARIO S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar de manera cuantitativa y cualitativa las aplicaciones móviles (apps) existentes destinadas a pacientes con enfermedad psoriásica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en abril de 2018 en un hospital de tercer nivel.

Se realizó una búsqueda con la palabra clave “Psoriasis” en la App Store de Apple/iOS (<https://fnd.io>) y la Play Store de Google/Android (<https://play.google.com/store>), a partir de la cual se identificó una muestra inicial de apps para ser analizada.

Para el análisis, se definieron unos criterios de inclusión y otros de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Categoría: “Medicina”.
- Público objetivo: “Pacientes con Psoriasis”.

Criterios de exclusión:

- Idioma diferente al castellano o inglés.
- No gratuitas o de acceso restringido.
- Última actualización mayor a 24 meses.

Se utilizó una hoja de cálculo online del aplicativo Google Drive para la recogida de datos y el cálculo estadístico.

Las apps seleccionadas se descargaron en teléfonos móviles y tabletas de ambos sistemas operativos para ser analizadas.

Se recogieron también otras variables:

- Disponibilidad en sistemas operativos (iOS/Android) y dispositivos (teléfono/tablet).
- Autor/es (participan profesionales sanitarios, empresa privada, particular, industria farmacéutica, sociedad científica, asociación de pacientes, otro).
- Descargas (solo para apps Android).
- Puntuación sobre 5 estrellas (iOS/Android).

La calidad y fiabilidad de las apps se evaluaron a través de la escala de la Fundación de internet, salud y sociedad (iSYS) (máxima puntuación = 47).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En la búsqueda inicial, se obtuvo un total de 299 resultados (244 Android y 55 iOS), de los cuales 17 apps cumplieron con los criterios de inclusión del estudio (categoría Medicina y público objetivo pacientes con Psoriasis).

Tras aplicar los criterios de exclusión, únicamente 9 apps (5 iOS/Android, 3 Android y 1 iOS) se seleccionaron para su posterior análisis.

La participación de profesionales o instituciones sanitarias en el desarrollo de las apps analizadas fue de 11% (1 app).

Las tres aplicaciones con mayor iSYS score resultaron ser: “Imagine-Psoriasis Tracking” (28) y “The Dermatologist” (10) disponibles en iOS/Android; y “PASI Calculator” (10) disponible sólo en Android. La media de puntuación del iSYS score fue de 16.

Conclusiones

A pesar de la elevada oferta de apps disponibles para la Psoriasis, nuestro estudio muestra una baja calidad de su contenido en la mayoría de las mismas.

La participación de profesionales sanitarios y pacientes en el desarrollo de estas apps, teniendo en cuenta los criterios iSYS, podría mejorar la calidad de éstas.

El profesional sanitario a la hora de recomendar apps para pacientes con Psoriasis, debería de usar criterios de calidad validados, como el iSYS, para seleccionar así las de un contenido más reguroso.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

883. IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO “CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO” (CTAEM) EN LA CODIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

MARTÍNEZ LÓPEZ LM, MARCH LÓPEZ P, ARCENILLAS QUEVEDO P, SANGRADOR PELLUZ C, TOMÁS SANZ RM, GARRETA FONTELLES G, GALLARDO BORGE S, NICOLÁS PICO J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA. PL DR ROBERT 5, 08221 TERRASSA. BARCELONA

OBJETIVOS

- Modificar la codificación interna de medicamentos, material y productos del servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel (450 camas); sustituyendo un código alfanumérico interno correlativo por la codificación CTAEM de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
- Adaptar la denominación de los fármacos a la nomenclatura establecida por la AEMPS.
- Eliminar del programa de gestión de farmacia los fármacos en desuso.

DISEÑO

En 2017, el Servicio de Farmacia detecta la necesidad de modificar su codificación interna como preparación para la implantación de la prescripción electrónica en el hospital. Tras realizar una búsqueda bibliográfica se decide implantar la codificación CTAEM1 (o VMP, de su denominación en inglés, Virtual Medicinal Product), incluida en el Nomenclátor Alcántara. Dicha codificación, creada por la AEMPS, clasifica los medicamentos con misma composición, forma farmacéutica y vía de administración. Así mismo, tiene la capacidad de enlazarse con otros niveles de clasificación internacional SNOMED (terminología internacional para clasificar patologías y fármacos en un lenguaje común).

CIRCUITO Y ETAPAS

De julio 2017 a abril 2018:

- 1) Análisis del consumo de los dos años previos a la implantación, eliminando inicialmente aquellos fármacos y productos sin movimientos.



- 2) Establecimiento de equivalencia entre código antiguo y código CTAEM adaptando la denominación de los fármacos a la descripción de la AEMPs.
- 3) Análisis de todos los medicamentos y productos carentes de código CTAEM, clasificados en: Dietas (DT), Fórmulas Magistrales (FM), Fórmulas Magistrales Comerciales (FMC), Medicamentos Extranjeros (ME), Materia Prima Interna (MPI), Material (MT), Duplicidades (DUP) y otros, asignándoles un código interno alfanumérico.
- 4) Comprobación de los fármacos no incluidos en el primer cribado, codificando aquellos fármacos sin movimientos cuya presencia es necesaria.

IMPLANTACIÓN

Se lleva a cabo en Abril 2018 tras la adaptación de los circuitos de farmacia a la nueva codificación y realización de sesiones formativas entre el personal sanitario involucrado. Para su implantación es necesario bloquear el programa de gestión durante 24 horas.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

De un total de 4428 medicamentos y productos codificados en el programa de gestión de farmacia, 2253 (50.88% del total) se recodifican con la nueva codificación y terminología. Del total de medicamentos y productos codificados, 440 (19.52 %) no tenían código CTAEM: 45 DT, 29 FM, 35 FMC, 55 ME, 89 MPI, 41 MT, 45 DUP y 101 otros.

Limitaciones

- Necesidad de elaborar una codificación interna tanto de productos: material, materia prima y dietas, como de medicamentos: extranjeros y formulación magistral debido a la ausencia de codificación CTAEM en estos subgrupos.
- La codificación CTAEM, en teoría única para cada medicamento, coincide en medicamentos biosimilares, soluciones electrolíticas y medicamentos tópicos de distinto volumen, provocando la necesidad de generar otra codificación interna (duplicidades).
- Necesidad de adaptar la terminología dada su inexactitud y excesiva longitud, para facilitar la identificación de fármacos en el hospital.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La codificación CTAEM, permite clasificar distintas presentaciones de un mismo medicamento en una única codificación, con una terminología estándar, mejorando la identificación, la seguridad y la gestión del servicio de farmacia. Así mismo, establece las bases para poder enlazar la codificación interna con una futura nomenclatura internacional estándar.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

907. SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA

AUTORES

DEL ESTAL JIMÉNEZ J, MARTÍN MARQUÉS M, LÓPEZ BROSETA PA, DE DIOS LÓPEZ A, MENDOZA AGUILERA M, MATEO ZAPATA ME, CANELA SUBIRADA M, CANADELL VILARRASA L
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII. C/ DR. MALLAFRÈ GUASCH, 4. TARRAGONA

OBJETIVOS

Implantar un sistema de seguridad en la preparación y administración de fármacos en la unidad de enfermería de pediatría.

DISEÑO

En febrero de 2018 debido a un error en la preparación y administración de un medicamento, por el cambio de paciente y vía de administración, el Servicio de Farmacia detectó la necesidad de realizar un protocolo de preparación y administración de medicamentos en la unidad de pediatría, debido a la falta de infraestructura para poder preparar la medicación en el Servicio de Farmacia.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se identificaron los fármacos de mayor riesgo y con mayor susceptibilidad de error en su preparación y/o administración, considerándose las formas líquidas e inyectables.

Una vez listados se procede a diseñar una etiqueta identificativa en función del grupo terapéutico y a utilizar jeringas de diferentes colores según la vía de administración. Las etiquetas tienen que estar impresas y no rotuladas para evitar confusiones de lectura. La información que recoge la etiqueta es el nombre del fármaco, la concentración estandarizada en los fármacos que lo requieran según lo acordado con pediatría, la dosis a administrar y nombre del paciente.

El color de las jeringas para la vía oral es naranja, verde para vía nebulizada, transparente para los fármacos inyectables y lila para la sonda enteral. Los medicamentos multidosis van nominalizados con la etiqueta del paciente, con la fecha de apertura y son retirados tras siete días si su estabilidad lo permite. Si es necesario lavar una vía, se realiza con una jeringa precargada y estandarizada de suero fisiológico.

La preparación de la medicación se realiza en una sala a parte destinada únicamente para este fin. En la sala está disponible el material necesario, almacenado en condiciones adecuadas para preparar la medicación, y un ordenador con acceso a la prescripción electrónica. El personal de enfermería lleva un chaleco identificativo mientras prepara y administra la medicación. Este lleva serigrafado "Personal de enfermería preparando medicación", con el objetivo de evitar interrupciones.

IMPLANTACIÓN

Implantado en Abril de 2018 en la unidad de enfermería pediátrica.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se ha elaborado el Procedimiento Normalizado de Trabajo para la realización del proceso y han sido revisados los fármacos en conjunto con el equipo de enfermería de la unidad. Para asegurar el adecuado funcionamiento, se ha



realizado la formación al personal de enfermería encargado de la preparación y administración de medicamentos, nombrando una líder del proceso encargada de la formación del personal rotatorio. Mensualmente la farmacéutica pediátrica se reunirá con la supervisora de enfermería para evaluar los resultados del programa.

Limitaciones

Hasta el momento no se tienen resultados suficientes debido a la novedad del proyecto.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Es un sistema de seguridad que puede resultar de utilidad para aquellos Servicios de Farmacia que no puedan preparar la medicación, por falta de personal o por no disponer de instalaciones adecuadas para la preparación de la medicación.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

935. SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DESPRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS

AUTORES

GARCIA MARCO D, MARTINEZ CAMACHO M, RODRIGUEZ JIMENEZ E, RUEDA NAHARRO A, CIFUENTES CACERES R, ALONSO DE LUCAS ME
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS. FINCA LA PERALEDA S/N. TOLEDO

OBJETIVOS

Los medicamentos en ancianos hasta ahora eran casi para toda la vida. ¿Pero realmente necesitan los ancianos continuar su tratamiento hasta el fin de sus días?. ¿Tiene sentido que reciban medicamentos que les producen efectos adversos cuando ya posiblemente no cumplen la función para la que fueron pautados?. El objetivo de este estudio es como abordar la desprescripción en ancianos desde la farmacia hospitalaria de forma eficiente por medio de sistemas automáticos sobre un hospital y sobre un centro sociosanitario (CSS).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizan en el CSS los 1017 fármacos de 98 pacientes ancianos, que residen en un centro sociosanitario, y en el hospital los 1861 fármacos de 158 pacientes ancianos a fin de identificar de forma automática cuántos son subsidiarios de ser analizados por encontrarse en la lista de criterios: STOPP, Beers, PIM, Less-Chron; o bien, por ser polimedificados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el análisis se han detectado un elevado número de tratamientos a revisar en el hospital: 155 pacientes (98.10% de los pacientes) con 714 medicamentos (38.37%) según los medicamentos afectados por criterios STOPP, 147 pacientes (93.04%) con 268 medicamentos (14.40%) según criterios Beers, 151 pacientes (95.57%) con 358 medicamentos (19.24%) según criterios PIM, 145 pacientes (91.77%) con 391 medicamentos (21.01%) según criterios Less-Chron; y si el valor de corte fuera tener más de 6 fármacos se deberían revisar 1810 (97,26%) fármacos de 148 pacientes (93,67%). En el CSS: 92 pacientes (93,88%) con 397 (39,03%) fármacos según los criterios STOPP; 90 pacientes (91,84%) con 264 (25,96%) fármacos según los criterios Beers; 83 pacientes (90,22%) con 180 (17,70%) medicamentos por los criterios PIM; 92 pacientes (93,88%) con 314 medicamentos (30,87%) en base a los criterios Less-Chron; y si el valor de corte fuera tener más de 6 fármacos se deberían revisar 968 (95,18%) fármacos de 85 pacientes (86,74%).

Utilizando los criterios Less-Chron asociados a escalas cognitivas o funcionales sería necesario analizar solo 205 fármacos (20,16%) en el CSS. El sistema automático realizó el análisis de la posibilidad de desprescripción a una velocidad de 200 pacientes/minuto.

Conclusiones: Los criterios anteriores basados sólo en pertenecer a criterios de desprescripción en ancianos suponen que entre el 87 y el 94% de los pacientes de un CSS, y entre un 90 y un 95% en el hospital deberían ser revisados. Es necesario establecer criterios que conjuguen medicamentos susceptibles de ser retirados con variables clínicas cognitivas (GDS > 6) y de fragilidad para poder mejorar la eficiencia del proceso de desprescripción tanto desde los hospitales como desde los CSS.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

937. EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE HEPATITIS C EN UN HOSPITAL PÚBLICO DURANTE SU CONCESIÓN ADMINISTRATIVA

AUTORES

PRIETO CASTELLÓ M, MONTEAGUDO SANTOLAYA E, SÁNCHEZ ALCARÁZ A, QUINTANA VERGARA B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CARRETERA DE CORBERA, KM 1.

OBJETIVOS

Valorar la evolución de los tratamientos antirretrovirales frente al virus de la hepatitis C (VHC) en un hospital público de gestión privada durante su concesión administrativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se registraron los tratamientos frente al virus de la Hepatitis C solicitados un año antes y después de la publicación de la Nota Informativa del 20/04/2015 (desde 04/2014 a 04/2016) mediante la cual los fármacos (Ledipasvir/Sofosbuvir y Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir) pasan a ser financiados a través de un fondo de liquidez autonómico y sin coste para la concesión administrativa.

Se registraron las variables: fecha y tratamiento solicitado, tratamiento dispensado y fecha de inicio de tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre 04/2014 y 04/2016 se solicitaron al Servicio de Farmacia el inicio de 196 tratamientos frente al VHC.

Antes de la Nota Informativa del 20 de Abril de 2015 se solicitaron un total de 70 tratamientos (35.7%) con una media de

5.25 ± 4.90 tratamientos/mes. El principal tratamiento solicitado fue Sofosbuvir en combinación con Simeprevir (35.7%) seguido de biterapia Simeprevir más Peginterferón alfa (20.6%). Sin embargo, de las 70 solicitudes de tratamiento, 40 (57%) fueron retrasadas hasta Marzo de 2015 y cambiadas por Ledipasvir/Sofosbuvir. La media de días de espera para iniciar tratamiento fue de 135 ± 100 días.

Tras la publicación de la Nota Informativa del 20 de Abril de 2015 y hasta Abril de 2016 se solicitaron 126 tratamientos (64.3%). La media de tratamientos solicitados se incrementó hasta 10.25 ± 4.61 tratamientos/mes ($p < 0.001$) siendo el principal tratamiento solicitado Ledipasvir/Sofosbuvir (78.6%) seguido de Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir en combinación con Dasabuvir (16.7%). La media de días transcurridos hasta iniciar el tratamiento se redujo a 54 ± 37 días ($p < 0.001$).

Conclusiones

Antes de la publicación de la Nota Informativa del 20 de Abril de 2015, los tratamientos no eran financiados por parte de la Consellería de Sanitat y se solicitaba una media de 5 tratamientos/mes con un periodo de espera para iniciar el tratamiento de 135 días. Tras la financiación de la Ledipasvir/Sofosbuvir y Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir a través de un fondo de liquidez autonómico, el número de tratamientos/mes se incrementó de forma significativa a 10 tratamientos/mes y el tiempo de espera se redujo a 54 días.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1014. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE KETAMINA ORAL EN DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO

AUTORES

CAÑETE RAMIREZ C, GARCIA PALOP B, FERNÁNDEZ POLO A, JIMENEZ LOZANO I, CLEMENTE BAUTISTA S, CABAÑAS POY MJ, GORGAS TORNER MQ

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL HEBRON. PASSEIG VALL HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Implantar un circuito de prescripción, validación farmacéutica y dispensación de ketamina oral en pacientes seleccionados que garantice una mejor calidad y seguridad en el tratamiento.

DISEÑO

Se elaboró un circuito de trabajo entre la Unidad del Dolor (UD) y el Servicio de Farmacia (SF) en relación a la prescripción, validación farmacéutica, preparación y dispensación de ketamina oral.

CIRCUITO Y ETAPAS

El médico valora el inicio de tratamiento en pacientes seleccionados con dolor crónico de difícil control. Se solicita el consentimiento informado y se realiza una prueba de tolerancia y eficacia con ketamina endovenosa durante tres días consecutivos. Si resulta positiva, la UD contacta con el SF para informar del inicio de tratamiento con ketamina oral y realiza la prescripción electrónica en el aplicativo de pacientes externos. Los pacientes se citan mensualmente el mismo día en la UD. El SF prepara de forma centralizada, previa validación farmacéutica, la fórmula magistral (FM) de ketamina y la dispensa a la UD. El circuito se ha desarrollado en distintas etapas: primero se detectó la necesidad de garantizar la calidad y seguridad de la elaboración de ketamina oral; se consensuó centralizar la preparación en el SF y realizar una dispensación única mensual en la UD; el farmacéutico realizó una búsqueda bibliográfica y posterior validación galénica de una FM de ketamina 10 mg/ml solución oral utilizando ketamina materia prima (1 g) que disuelve en agua (20 ml) y se añade jarabe simple (80 ml), se asignó un periodo de validez de 30 días conservada entre 2-8°C y protegido de la luz; se elaboró el correspondiente protocolo normalizado de trabajo y prospecto informativo para el paciente. Los tratamientos se dispensan en bolsas individuales para cada paciente, acondicionados en frascos de vidrio topacio con obturador oral e incluyen jeringas orales de tamaño adecuado a la dosis del paciente y el prospecto.

IMPLANTACIÓN

Este circuito se ha implantado desde julio de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En los primeros 10 meses desde su implantación se han preparado 194 frascos de 100 ml para un total de 16 pacientes. Edad mediana 49,5 (rango: 16-99) años; hombres 9 (56,2%); duración de tratamiento mediana 225 (rango: 30-300) días; dosis mediana 90 (rango: 30-120) mg/día. Las indicaciones han sido dolor crónico neuropático: 12 pacientes (75%) neuropatía periférica, 4 pacientes (25%) dolor neuropático central. El tratamiento ha sido efectivo en 11 pacientes (68,7%). Han presentado algún efecto adverso 6 pacientes (37,5%): bradipsiquia, impotencia, náuseas, insomnio y pesadillas nocturnas. En ningún caso requirió retirada del tratamiento. Como limitación quedan fuera del circuito los aumentos de dosis, en los que es necesario que la UD informe al SF para preparar la ketamina FM necesaria hasta la siguiente cita mensual.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Puede aplicarse a todos los hospitales que dispongan de los recursos y personal especializado en el tratamiento del dolor crónico.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1020. APP DE REGISTRO DE LA TEMPERATURA DE NEVERAS UBICADAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES

EROLE BAENA S, PETIT CINTIOLI D, SAENZ FOLLECO LM, DE POURCQ. JT, CASTAÑAL SALGADO M, GÁMEZ LECHUGA M, RIERA ARMENGOL P, GARIN ESCRIBA N

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. CALLE SANT QUINTÍ, 89. BARCELONA



OBJETIVOS

Optimizar el proceso de registro de temperatura de neveras situadas en unidades de hospitalización (UH) que contienen medicamentos termolábiles o nutriciones parenterales, para mejorar la trazabilidad.

DISEÑO

Se diseñó una App para móvil conjuntamente con el Departamento de Informática que permite la identificación de cada nevera a través de un código tipo QR. La lectura asociada registra la UH, fecha y hora, tras la cual remite a una pantalla donde registrar manualmente unos campos cerrados: temperatura actual, temperaturas máxima y mínima, incidencias detectadas por el técnico y comunicación con el equipo de enfermería. Desde la App se genera el envío de datos por correo electrónico.

Mejoras esperadas

La implantación de esta App permitirá tener un registro de temperaturas informatizado más ágil, completo y seguro, respecto al registro manual, de las condiciones de conservación de los medicamentos termolábiles almacenados en las neveras de los botiquines de las UH con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) y con sistema de reposición de medicamentos por radiofrecuencia (RDFi).

Alcance real

Ese sistema se ha implantado en la totalidad de neveras de las UH con SDMDU y RDFi.

CIRCUITO Y ETAPAS

El técnico de farmacia revisa el correcto funcionamiento de los termómetros digitales de las neveras, que esté colocado el QR correspondiente a cada nevera y establece el rango óptimo de temperatura recomendado (4-8º C). Por último, la sonda del termómetro digital se sumerge en un tubo de ensayo con glicerol para asegurar la estabilidad de las medidas.

IMPLANTACIÓN

En una primera fase, de una semana de duración, se implantó en seis UH, informando directamente al personal de enfermería sobre el objetivo de la implantación de este nuevo sistema de registro, así como el funcionamiento del termómetro digital y los procedimientos a seguir en caso de haber algún problema.

En una fase posterior, la implantación se amplió hasta un total de 19 neveras y se formó a todo el personal técnico de farmacia.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Desde la implantación del sistema, se dispone de información de 626 registros correspondientes a un periodo de 33 días. 95 medidas (15%) estaban fuera de rango. Se registraron adicionalmente cinco incidencias (0,8%): cuatro termómetros digitales se quedaron sin batería (0,64%) y se estropeó una nevera (0,16%).

Limitaciones

El registro se realiza de lunes a viernes. Los fines de semana y festivos se hace de acuerdo con la reposición de las UH.

La calidad de la red WIFI para poder realizar la lectura del código QR y poder proceder al registro debe ser óptima.

El registro contiene una parte manual.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Aplicabilidad a otros Servicios de Farmacia

A diferencia de otros modelos de control y registro de temperatura informatizados, el modelo propuesto requiere poca inversión económica, agiliza el proceso de registro de temperatura y no conlleva grandes costes de mantenimiento asociados. Por ello, se considera una alternativa a considerar en otros servicios de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1039. IMPACTO DEL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA SOCIO SANITARIO

AUTORES

ESPERT ROIG M, PASCUAL MARTÍNEZ M, CANOVES ESCOLANO MA, GARCÍA CASES S, OJEA CARDENAS L, ORTIZ SAEZ P, BRAVO JOSÉ M, ESQUERDO ORTOLÁ C

SERVICIO DE FARMACIA CENTRO SOCIO SANITARIO LA FLORIDA. C/TOMAS AZNAR DOMENECH. ALICANTE

OBJETIVOS

Identificar y analizar los desabastecimientos de medicamentos a nivel nacional que durante el periodo de un año han afectado al Servicio de Farmacia (SF), y establecer un circuito de trabajo que garantice su correcta gestión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (marzo 2017 a marzo 2018) sobre el impacto generado por el desabastecimiento de medicamentos en la gestión de un SF que atiende centros sociosanitarios (CSS).

Se recogieron los siguientes datos: número de especialidades afectadas incluidas en la guía farmacoterapéutica, reincidencia del desabastecimiento, duración media de éste y número de especialidades que no se pudieron sustituir.

Además, tras observar el aumento exponencial de los casos de desabastecimiento, se decidió elaborar un circuito de trabajo para coordinar todas las áreas del SF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro SF se han adquirido, en el periodo de estudio, un total de 620 especialidades farmacéuticas. En dicho periodo, se cuantificó el desabastecimiento de 83 especialidades diferentes (13,4%), transcurriendo una media de 109 días hasta el reabastecimiento. Para 14 de estas especialidades se repitió el desabastecimiento en el periodo de estudio y en 3 de ellas hubo una reincidencia de hasta tres veces. Un 38,9% de las especialidades desabastecidas no tenían alternativa

para su sustitución, para un 36,4% de éstas se facilitó la adquisición como medicación extranjera, pero para el resto hubo que recurrir a cambios de dosis o adquirir otra especialidad con la misma indicación. Como consecuencia de estas complicaciones, se elaboró el siguiente circuito de trabajo:

1. La detección del problema de suministro se realizará desde el Centro de Información de Medicamentos (CIM) del SF y/o el personal administrativo, los cuales informarán al área de gestión.
2. El área de gestión comunicará el desabastecimiento a las áreas de dosis unitarias (DU) y almacén para que informen del stock actualizado de dicho medicamento y su consumo semanal.
3. El área de gestión, decidirá esperar al reabastecimiento, si considera que existe suficiente stock, o buscar una alternativa.
4. En el caso de que se opte por adquirir una alternativa terapéutica, informará a las áreas: administrativa, DU, reenvasado y CIM, de la nueva especialidad a adquirir.
5. Tras agotarse la especialidad desabastecida, el administrativo informará a los farmacéuticos de las diferentes áreas. El CIM informará a los CSS sobre la nueva especialidad y sus características morfológicas; DU informará a las auxiliares responsables de la preparación y a la enfermera transcriptor, y desde reenvasado se estudiará la necesidad de adaptación del nuevo blíster.

Conclusiones

Los desabastecimientos suponen un problema complejo que afecta a varias áreas del SF, tanto en pérdida de tiempo para gestionarlos, mayor riesgo de confusión para los profesionales que deben preparar y administrar los medicamentos, así como para el paciente del CSS, pudiendo comprometer su seguridad, sobretodo cuando se usan presentaciones como alternativa con una dosificación o posología diferente al medicamento desabastecido. Por lo tanto, la implantación de este circuito de trabajo nos ha ayudado a trabajar de forma coordinada en las diferentes áreas y así minimizar las pérdidas de información y por tanto las posibilidades de error.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 1057. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACION EN URGENCIAS

AUTORES

NAVARRETE-ROUCO . ME, GARCÍA . C, LASIERRA-GÓMEZ . S, VERGARA . S, MONTERO . A, SEIDI . J, PINEDA . S, ECHEVERRIA-ESNAL . D

HOSPITAL DEL MAR. PASSEIG MARITIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

La implantación de un sistema automatizado de dispensación (Omnicell®) pretende optimizar el proceso de la prescripción terapéutica incrementando su eficacia y su seguridad. En el servicio de farmacia (SF), mejora la organización de los flujos de trabajo, proporcionando un mayor control de los stocks pactados de las unidades.

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto económico y el efecto en la carga de trabajo del SF de la implantación del sistema Omnicell® en el servicio de urgencias (SU).

DISEÑO

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo llevado a cabo en un hospital universitario de tercer nivel desde mayo 2009-marzo 2018. Se extrajeron consumos anuales desde el mes de mayo hasta marzo del año siguiente, con el sistema informático IMAS; los costes de la medicación correspondían al precio del año estudiado (mayo-marzo).

La carga de trabajo en cada período se valoró recogiendo una muestra de albaranes de 10 días aleatorios/año (en período previo (PRE) se realizó la media con los valores anuales). Para evitar la influencia estacional, como mínimo hubo 2 muestras/trimestre. Los datos recogidos fueron la cantidad en principios activos (PA) y el número de solicitudes diarias de medicación extra (ME). También se contabilizó el tiempo invertido en la preparación de los stocks pactados y/o reposición de los armarios y de la preparación de ME.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se distinguieron dos períodos: el PRE 2009-2017 y el posterior (POST) 2018.

IMPLANTACIÓN

El personal del SF y del SU llevó a cabo la implantación de los cinco Omnicell®. La reposición se efectúa diariamente por parte de un técnico de farmacia en horario nocturno (22p.m-3h a.m).

RESULTADOS Y LIMITACIONES

El número de pacientes que acudió a urgencias, en los dos períodos analizados, no varió (media anual PRE:63.048 vs POST:64.530). En el PRE, el consumo medio en unidades-monetario fue de 548.338unidades-465.963€ en 2009; 582.080-504.452€ en 2010; 563.423-374.132€ en 2011; 454.687-327.267€ en 2012; 483.418-298.599€ en 2013; 513.955-298.522€ en 2014; 533.307-315.204€ en 2015; 559.999-307.829€ en 2016 y 578.263-313.541€ en 2017. En el POST, fue de 431.822-319.333€. Globalmente, se produjo una reducción en el consumo de unidades de 535.274(±43.668) a 431.822 y monetario de 356.168€(±77.193) a 319.333€.

Respecto a la jornada laboral, previamente a la instauración del Omnicell® se preparaban stocks de ME de una media de 32 PA, lo que suponía 20 solicitudes diarias; mientras que en el POST se prepararon stocks extra, fuera de la actividad de reposición de los sistemas, de una media de 7 PA con 5 solicitudes diarias (21,9 % y 25,0 % de reducción, respectivamente). En cuanto al tiempo, en el PRE se invertía 90 min en confeccionar los stocks y 60 min en la ME; mientras que en el POST el tiempo de reposición fue de 120 min y el de preparación de ME de 15 minutos.

Limitado tiempo de evolución del período POST frente al PRE. Necesidad de farmacéuticos entrenados y técnicos de farmacia.



APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implementación de un Omnicell® es aplicable a cualquier unidad hospitalaria. La reducción en el consumo unitario y monetario y la optimización del tiempo en el área de dispensación del SF justifica la inversión en este tipo de automatización.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1078. ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS TRAS LA NOTIFICACIÓN DEL DESABASTECIMIENTO DE PIPERACILINA/TAZOBACTAM

AUTORES

RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, ALAGUERO CALERO M, ZAPICO GARCÍA I, MENÁRGUEZ BLANC R, ZARATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Los desabastecimientos de fármacos antimicrobianos plantean importantes desafíos logísticos y clínicos a los hospitales y pueden considerarse una emergencia de salud pública. Esto se traduce en una atención deficitaria al paciente que puede llevar a desenlaces clínicos desfavorables en algunos casos. El 14 de junio de 2017, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios advirtió sobre el desabastecimiento de piperacilina/tazobactam a nivel mundial debido a problemas de producción y distribución.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de este desabastecimiento en nuestro hospital así como las estrategias desarrolladas para afrontar el problema.

MATERIALES Y MÉTODOS

La Comisión Clínica de Infección Hospitalaria y Política Antibiótica elaboró un protocolo integrado en el programa de prescripción electrónica con diferentes alternativas al uso de piperacilina/tazobactam: ceftazidima o cefepima se propusieron como agentes antipseudomónicos y amoxicilina/clavulánico o una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona o cefotaxima) + anaerobicida (clindamicina o metronidazol) como alternativas para los tratamientos antibióticos de amplio espectro. Se restringió el uso de carbapenems, recomendándose solo si el resto de opciones no eran adecuadas. Para tratamientos específicos, se contactaría con el facultativo especialista en infecciones. La función del Servicio de Farmacia como miembro activo de la Comisión fue la de supervisar el consumo de piperacilina/tazobactam y las alternativas propuestas. Para ello se definieron dos periodos de estudio de tres semanas de duración pre y post-desabastecimiento. Se comparó el consumo de antibióticos entre ambos periodos utilizando como variable el número de Dosis Diarias Definidas (DDD) para cada fármaco según la OMS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El desabastecimiento se prolongó tres meses. El número de DDD en el periodo pre-desabastecimiento para amoxicilina/clavulánico, cefepima, ceftazidima y meropenem fue de: 1.645, 92, 82, y 900 respectivamente. En el periodo post-desabastecimiento: 1.597, 556, 260, 1.821 respectivamente. Para el resto de alternativas propuestas no se observaron cambios significativos.

El consumo de amoxicilina/clavulánico descendió ligeramente en el segundo periodo, mientras que cefepima y ceftazidima aumentaron considerablemente. Así mismo, el consumo de meropenem se incrementó notablemente, doblándose el número de DDD. Consideramos un cumplimiento moderado de las alternativas propuestas; habiendo aumentado cefepima y ceftazidima pero disminuyendo amoxicilina/clavulánico. El aumento de la utilización de meropenem sugiere un mal uso de los carbapenems al haber alternativas disponibles que no han visto incrementado su consumo.

Conclusiones

El abordaje multidisciplinar de las infecciones hospitalarias y de la utilización de antimicrobianos resulta esencial para garantizar el adecuado manejo de los pacientes y de los tratamientos, con el fin de reducir la morbimortalidad y los problemas derivados del uso inadecuado de los mismos. El grado de seguimiento del protocolo establecido por la comisión fue bajo, no consiguiendo el objetivo de minimizar el desvío de prescripción hacia meropenem.

Es necesaria mayor información y educación a los profesionales sanitarios para optimizar los tratamientos antibióticos y reducir la incidencia de resistencias a medio y largo plazo.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1088. IMPLANTACIÓN DE EVALUACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

FERNÁNDEZ CORDÓN A, LIZAMA GÓMEZ N, MARTÍNEZ CALLEJO V, GIMÉNEZ PODERÓS T, GONZALEZ FRANCO RM, CASANOVA VAZQUEZ J, ALONSO PERALTA CA, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AV. VALDECILLA S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Implantación de evaluación de incidentes críticos (IC) como herramienta de aprendizaje aplicable en la formación de residentes y orientado a la mejora continua de la calidad asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde Octubre de 2017 hasta Marzo 2018 (6 meses), en las reuniones semanales de tutoría, cada residente expuso de forma individualizada y ordenada, determinadas situaciones excepcionales y/o incidentes críticos que le plantearon una



dificultad, una alteración de la dinámica del trabajo habitual y un aprendizaje por parte del farmacéutico implicado. La exposición se realizó de manera estructurada: breve descripción del suceso, incluyendo secuencia temporal y personal implicado, cómo se afrontó la situación, descripción de las dificultades encontradas, así como del aprendizaje adquirido y de las acciones de mejora que se podrían llevar a cabo. Todas las comunicaciones se registraron en una base de datos asignándose a cada una de las secciones/áreas del Servicio de Farmacia, las acciones llevadas a cabo para su correcta resolución y el aprendizaje adquirido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante estos 6 meses se han realizado 25 reuniones de tutoría donde los residentes describieron un total de 51 incidentes críticos cuya asignación a los distintas secciones es la siguiente: Guardias 12 (23,5%), Farmacotecnia estériles 9 (17,6%), Centro de Información de Medicamentos y Ensayos Clínicos 8 (15,7%), Farmacia Oncológica 7 (13,7%), Unidosis 7 (13,7%), Dispensación Ambulatoria 4 (7,8%), Conciliación de medicamentos 2 (3,9%), Formulación Magistral y Reenvasado 1 (2%), Almacén General 1 (2%). En la base de datos que se realizó, se registraron un total de 51 recomendaciones.

Conclusiones

La exposición por parte del residente de su IC ha servido como autorreflexión sobre las dificultades planteadas en la actividad asistencial, además ha permitido la deliberación compartida en el grupo de si se podría haber resuelto de otra forma, pensado en la aplicabilidad de lo aprendido en situaciones similares, facilitando la adopción de medidas organizativas y formativas correctoras y creando un clima de confianza y apoyo mutuo.

Para los tutores ha sido útil como instrumento de evaluación formativa y para la detección de necesidades de aprendizaje, así como de errores en la organización.

La posterior revisión de la base de datos con los futuros residentes es útil para su formación y aprendizaje, así como la revisión por el resto de farmacéuticos del servicio para detección de áreas de mejora.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1109. EVALUACION DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

SORIA SOTO M, NEGRO VEGA EM, FERNANDEZ DE GAMARRA MARTÍNEZ E, GIMENEZ PODEROS T, SANMARTÍN FENOLLERA P, GIMENO JORDÁ MJ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUES DE LOS VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de residentes de cuarto año de Farmacia Hospitalaria (FIR4) sobre la formación recibida y sobre la estructura docente de los hospitales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Elaboración de un cuestionario con 51 preguntas clasificadas en información general, estructura docente, tutorización, rotaciones, guardias, formación e investigación. Se diseñó utilizando "Google Docs" y se envió por correo electrónico a los FIR4 que finalizaban su formación en 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cumplimentaron el cuestionario 91 FIR4 (67,4% de la muestra; 49 de hospitales con ≥ 7 -8 residentes, 42 con < 7 residentes).

Estructura docente: El 89% de los FIR4 conoce la estructura docente de su hospital, el 87% tiene plan formativo individualizado, el 77% valora como buena o muy buena la acogida en su primer año. El 72% está satisfecho con la web del hospital y el 92% con la biblioteca, revistas y bases de datos.

Tutorización: Un 64% valora positivamente la labor del tutor principal y un 74% la del resto de adjuntos. Sólo un 39% mantiene al menos tres entrevistas anuales con su tutor. Un 30% no conoce los criterios de evaluación y un 35% no conoce sus resultados.

Rotaciones: Un 62% considera bueno o muy bueno el cumplimiento de su calendario de rotaciones y un 76% considera que el grado de supervisión por los adjuntos es adecuado. Las rotaciones clínicas más frecuentes son: Medicina interna (74%), Onco-hematología (70%), Medicina intensiva (57%), PROA (56%) y Pediatría (48%). El 90% de los FIR4 valora positivamente dichas rotaciones pero sólo un 35% tiene un adjunto farmacéutico de referencia en las rotaciones clínicas y sólo en un 34% de las ocasiones participa en la evaluación. Un 69% ha realizado rotaciones externas, 10 internacionales. Guardias: Se observa disparidad en número y tipo, considerando adecuado el nivel de responsabilidad (81%) y la supervisión (69%).

Formación: Un 97% dispone de < 10 horas semanales para formación/investigación. Un 81% realiza al menos tres sesiones anuales y un 85% está satisfecho con las sesiones del servicio. El 95% está satisfecho o muy satisfecho con las actividades formativas para residentes promovidas por la SEFH.

Investigación: Un 70% considera adecuada la información recibida acerca de actividades de investigación pero sólo el 53% asegura recibir el estímulo para realizarlas. Un 65% ha realizado al menos cinco publicaciones o comunicaciones a congresos como primer autor. Un 31% ha realizado o está realizando durante la residencia su tesis doctoral y un 45% participa en algún proyecto de investigación.

Por último, un 81% de los FIR4 asegura que volvería a elegir el mismo hospital para su formación y un 89% valora positivamente la formación recibida en su centro.



Conclusiones

La encuesta es una herramienta útil para detectar áreas de mejora en los servicios acreditados y ayudar a los tutores a identificar objetivos y compartir resultados entre centros. La satisfacción global de los FIR4 con la formación recibida es elevada, aunque la tutorización, la labor del adjunto en las rotaciones clínicas y la investigación se deben mejorar.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 1110. NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD DIGITAL DE FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA

AUTORES

MONTERO DELGADO JA, DE POURCQ. JT, GUTIERREZ NICOLÁS F, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La incorporación de herramientas digitales en el ámbito sanitario laboral es una realidad que constituye un reto permanente para los profesionales de la salud, ya que para usarlas adecuadamente es necesaria la mejora continua en determinadas competencias digitales. El objetivo principal del estudio fue averiguar el nivel de alfabetización en salud digital de los farmacéuticos especialistas y residentes de farmacia hospitalaria de un hospital de tercer nivel mediante la encuesta “eHealth Literacy Scale” (eHEALS) adaptada. Secundariamente, conocer la opinión de los farmacéuticos de hospital respecto a su necesidad de formación continuada en competencias digitales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado en abril de 2018, para el cual se diseñó una encuesta de evaluación de la alfabetización y competencias digitales basada en la escala validada eHEALS (8 ítems con rangos de puntuación que oscilan desde 1 hasta 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo; puntuación máxima de 40), a la que se añadió un test de tres preguntas de conocimientos básicos sobre internet (puntuación máxima 30 puntos) y ocho cuestiones sobre el uso y conocimiento de herramientas digitales en el ámbito profesional (rango de puntuación entre 1 y 4 según el grado de conocimiento y uso; puntuación máxima 32 puntos). La puntuación máxima de la escala adaptada es 102. Los aplicativos utilizados para la encuesta online y el análisis estadístico fueron los formularios y hojas de cálculo de Google. El enlace web al formulario fue enviado a través de correo electrónico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El formulario fue enviado a un total de 19 personas, de las cuales 14 lo completaron (74% de respuesta). La población encuestada fue predominantemente joven (un 64% menor de 40 años) y la distribución entre sexos fue equitativa (50%). Un 35,7% fueron residentes. La puntuación media obtenida de la escala eHEALS adaptada resultó ser 82,4 ($\pm 8,7$). Los ítems que obtuvieron menor puntuación dentro de la escala eHEALS fueron los relacionados con el conocimiento sobre los recursos existentes en internet relacionados con la salud, así como dónde y cómo encontrarlos (promedio de 3,8, 3,9 y 3,9 sobre 5, respectivamente). Respecto a las herramientas digitales, las más conocidas por los encuestados (100%) resultaron ser los diferentes aplicativos ofimáticos de Google (Google docs y Drive), las redes sociales y las aplicaciones móviles. Los gestores bibliográficos y los lectores para la sindicación de contenidos fueron las herramientas digitales menos conocidas y usadas (57% y 43% respectivamente). Un 86% de los farmacéuticos encuestados utilizan las redes sociales con fines profesionales. La red social más usada para ello resultó ser Twitter (100%). La gran mayoría de los encuestados (71,4%) indicaron que le gustaría recibir formación específica sobre herramientas digitales para su aplicación en su ámbito laboral. El nivel en alfabetización en salud digital entre los farmacéuticos especialistas y residentes encuestados es alto. A pesar de ello, la mayoría considera necesario seguir recibiendo formación específica sobre las diferentes herramientas digitales mencionadas en la encuesta. Evaluar la autopercepción de la alfabetización en salud digital de los profesionales de la farmacia hospitalaria permite la identificación de necesidades formativas, por lo que puede facilitar el diseño de estrategias docentes futuras sobre competencias digitales.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 1124. ESTUDIO DEL RENDIMIENTO TECNOLÓGICO EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS Y NECESIDAD DE FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

RUIZ CALDES MJ, ZAMORA FERRER E, BOSO RIBELLES V, PASCUAL JIMENEZ E, DONATE MARQUEZ M, ROMA SANCHEZ E, GARCIA PELLICER J, POVEDA ANDRES JL
HOSPITAL LA FE VALENCIA. AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. VALENCIA



OBJETIVOS

- 1.- Estudio de pérdidas de medicamentos generadas en el proceso de reenvasado como medida de la actividad realizada, rendimiento de la tecnología utilizada y costes para el Servicio de Farmacia.
- 2.- Valoración de la formación del personal auxiliar implicado en recursos tecnológicos, enfocado a Unidades de Reenvasado como parte integrada de actividad logística del Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de la actividad de una Unidad de Reenvasado y Acondicionamiento de medicamentos de un Servicio de Farmacia con los siguientes recursos tecnológicos: 2 máquinas Blispack®, 2 máquinas SX® y 2 máquinas Strocar®, durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2015 y Marzo de 2018 (39 meses). Se han analizado los datos correspondientes a número de sesiones realizadas, unidades totales reenvasadas, coste total de las sesiones ejecutadas, valoración de pérdidas obtenidas y rendimiento de la tecnología utilizada (porcentaje de unidades totales desechadas frente al nº total de unidades reenvasadas por máquina). En el apartado de coste se ha considerado el coste unitario medio PVL (precio de venta laboratorio) de cada unidad de medicamento y el coste del material fungible necesario en el acondicionamiento y en función de la máquina utilizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este periodo se han realizado 37.151 sesiones de reenvasado, correspondientes a un total de 6.227.596 unidades de medicamentos y su coste total para el Servicio de Farmacia ha sido de 3.524.576,95 euros. Se han producido pérdidas en el 8,8% de las sesiones, afectando al 0,19% de las unidades reenvasadas y su coste ha supuesto el 0,13% del coste total. En cuanto al rendimiento de las máquinas, expresados como valores promedios y desviación estándar, el mejor rendimiento corresponde a la SX® con valores de 0,05% ($\pm 0,04$), seguido de la Blispack® con 0,08% ($\pm 0,06$) y por último la Strocar® con 0,18% ($\pm 0,05$). Los medicamentos con más pérdidas tras el reenvasado han correspondido a cápsulas blandas y comprimidos no recubiertos por ser formas galénicas más susceptibles de deteriorarse por el sellado térmico de las monodosis acondicionadas, suponiendo un coste para el Servicio de Farmacia de un 1,2% respecto al coste total del periodo. Por último, se han analizado las pérdidas generadas al principio y al final del periodo, en función de la máquina utilizada y tras la realización de sesiones de formación en el Servicio de Farmacia al personal auxiliar implicado en reenvasado con recursos tecnológicos. Se ha observado una disminución de 66,67% de pérdidas en la utilización de SX®, un 60% en Blispack® y un 53,03% en Strocar®, lo que ha supuesto un ahorro para el Servicio de Farmacia de 1392,01 euros en el periodo estudiado.

El conocimiento de los datos de actividad y pérdidas generadas en una Unidad de Reenvasado aporta información útil para planificar una gestión más eficiente en la utilización de los recursos tecnológicos, considerando las características galénicas de los medicamentos y de sus necesidades logísticas. Además es imprescindible la implantación de una formación continua al personal auxiliar implicado en el reenvasado para reducir al máximo los costes del proceso en el Servicio de Farmacia.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1132. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS MEZCLAS INTRAVENOSAS EN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

GILBERT SOTOCA M, TORRES BONDIA FI, MARTINEZ SOGUES M, RIUS PERERA J, MANGUES BAFALLUY I, VALLEZ VALERO L, PARADA SAAVEDRA FJ, SCHOENENBERGER ARNAIZ JA
HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA). AVDA ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA

OBJETIVOS

Implantación de un módulo de gestión de las mezclas intravenosas (MIV) administradas en Hospital de Día Polivalente (HDP), Hospital de Día de Neurología y de Pediatría en un hospital universitario de tercer nivel.

DISEÑO

Para la preparación en el Servicio de Farmacia de las MIV que se administran en el HDP se utilizaba el mismo programa de las MIV de Hospital de Día de Oncohematología (Oncofarm®). A éste programa sólo tienen acceso facultativos y enfermeras del Servicio de Oncología y Hematología, lo que obligaba a transcribir las órdenes de todas las MIV de HDP con los potenciales errores que ello conlleva.

El programa de gestión de MIV integra funciones de prescripción, validación, preparación, facturación y administración. Por lo tanto, conseguimos que el equipo médico realice la prescripción directamente en el módulo y tenga acceso en todo momento a la dosis que se le administra al paciente. Paralelamente, enfermería tiene acceso a los consejos de administración y premedicación, entre otra información.

CIRCUITO Y ETAPAS

Circuito

- Prescripción médica indicando el día que se administrará la MIV
- Validación diaria por parte del farmacéutico responsable de las prescripciones programadas el día siguiente
- Impresión de las hojas de preparación por parte del farmacéutico comprobando que están correctas y firmándolas
- Impresión de las etiquetas de las MIV por parte del personal elaborador
- Facturación automática del número de viales vinculada al paciente

Etapas

- Creación de las MIV en el programa por parte del Servicio de Farmacia

Se tuvo en cuenta: dosificación y frecuencia habitual, lugar de preparación (cabina de flujo laminar vertical u horizontal), tipo de diluyente compatible y volumen necesario según el rango de dosis, instrucciones de preparación, tiempo y velocidad de administración, consejos de administración y estabilidad de la mezcla.



- Formación de médicos prescriptores y enfermeras responsables de la administración
- Período de pruebas conviviendo simultáneamente el programa anterior con el nuevo
- Corrección de incidencias y aplicación de mejoras
- Implantación
- Monitorización

IMPLANTACIÓN

La implantación del nuevo sistema de gestión de MIV empezó en octubre de 2017.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Actualmente están disponibles 18 MIV prescritas por los Servicios de Digestivo, Reumatología, Neurología, Medicina Interna y Pediatría. La intención es ampliar el catálogo de MIV e incorporar nuevos Servicios como Anestesia.

Desde octubre de 2017 hasta abril de 2018 se han preparado un total de 413 MIV de las cuales las más habituales han sido: Infiximab (n=195, 47,2%); Galsulfasa (n=58, 14,0%); Rituximab (n=55, 13,3%); Tocilizumab (n=35, 8,5%); Alemtuzumab (n=29, 7,0%); Vedolizumab (n=21, 5,0%) y Ocrelizumab (n=11, 2,7%).

Limitaciones

- Falta de un control de calidad del producto acabado (control de pesada o control de volumen).
- Dificultad de programar esquemas de MIV complejas.
- Falta de un sistema de reaprovechamiento de MIV.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

- Utilizar los recursos disponibles para mejorar la seguridad del paciente evitando errores por transcripciones de órdenes
- Diseñar un plan de implantación de un programa de gestión de MIV
- Lograr que la información de la prescripción esté accesible por todo el personal implicado en el circuito
- Optimizar el circuito de facturación de medicación

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1142. REVISIÓN DE BOTIQUINES COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES

DONAIRE MARTÍNEZ S, FRANCO SERENO MT, BENET GIMÉNEZ I, MALLOL YAÑEZ MA, SÁNCHEZ CADENA A, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ M

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. OBISPO RAFAEL TORIJA. CIUDAD REAL

OBJETIVOS

Los botiquines de las distintas unidades del hospital deben ser revisados por parte del Servicio de Farmacia con una periodicidad al menos anual. Los objetivos del estudio fueron, evaluar la adecuación de éstos al procedimiento normalizado de trabajo disponible e informar de los resultados obtenidos al responsable en planta para poder establecer medidas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado en enero de 2018 en el que se incluyeron todos los botiquines del hospital. Para su análisis se agruparon en 4 tipos: consultas, unidades con sistemas automatizados de dispensación (Pyxis®), unidades con dispensación en unidosis y, por último, otros servicios (donde se encuentran servicios centrales como medicina nuclear, análisis clínicos, radiodiagnóstico, anatomía patológica, etc). Para la evaluación se completó un informe de 33 ítems reunidos en 11 bloques: botiquín general, fluidoterapia, frigorífico, estupefacientes/psicótrópos, antisépticos/desinfectantes, medicamentos de especial prescripción, carro de parada cardiaca, medicamentos caducados, medicamentos fotosensibles, medicamentos según stock pactado y otra documentación. Los ítems analizados fueron: medicamentos caducados en el botiquín general y en frigorífico, fluidoterapia caducada, registro de apertura en multidosis y antisépticos, ordenación errónea y almacenamiento de otros productos con medicación de frigorífico. La evaluación del cumplimiento se calculó mediante un indicador de calidad definido como porcentaje de cumplimiento de los ítems. Finalmente, se realizó una entrevista con los responsables para informar de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se revisaron 54 botiquines: 9 en consultas, 10 en unidades con Pyxis®, 13 en unidades con unidosis y 22 en otros servicios. Los resultados en cuanto a no cumplimiento de los ítems seleccionados fueron: medicamentos caducados en botiquín general, el mayor dato se obtuvo en unidades con unidosis con un 61,5%, en cuanto a los medicamentos caducados de frigorífico el mayoritario se obtuvo en las consultas con un 22%, al igual que en fluidoterapia caducada con un 33,3%. El registro de apertura de envases multidosis no lo cumplían el 61,5% de las unidades con unidosis, al igual que en ordenación errónea con un 70%; el registro de apertura de antisépticos no fue cumplido con un 90%, 84,6%, 77,7% y 77,3% en pyxis, unidosis, consultas y otros servicios, respectivamente. Por último, el 36,4% de otros servicios y el 33,3% de consultas no cumplían con el no almacenamiento de otros productos en frigorífico. Al finalizar la revisión, se realizaron un total de 54 entrevistas donde también se entregó documentación adicional para el mantenimiento adecuado del botiquín.

Conclusiones

Se detecta que las unidades con dispensación en unidosis y el ítem sobre registro de apertura de antisépticos presentan los mayores datos de no cumplimiento. Es necesario, por tanto, establecer medidas de control y mejora en los botiquines, especialmente en las unidades con unidosis, así como informar sobre la importancia de los registros de apertura de los antisépticos en todas las unidades del hospital.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1146. LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS: INDICADOR DE ACTIVIDAD Y CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES

FERNANDEZ MARCHANTE AI, MONTEAGUDO MARTINEZ N, RODRIGUEZ SAMPER MC
HOSPITAL GENERAL VILLARROBLEDO. AV.MIGUEL DE CERVANTES, S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por el Servicio Farmacia de un hospital comarcal tras la implementación de un sistema de prescripción electrónica (SPE).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las IF realizadas durante un año (04/2017-04/2018) en un hospital de 104 camas, tras la puesta en marcha de un SPE. Las variables analizadas fueron: IF/ingreso (número ingresos durante el periodo de estudio en servicios con SPE/ número total de IF realizadas); tipo y distribución global de las IF realizadas; grado de aceptación de las IF realizadas (establecido como si/no/no valorable durante la validación farmacéutica posterior a la IF); IF y grado de aceptación por servicios médico/quirúrgicos implicados; y fármacos afectados por grupo farmacoterapéutico.

El número de ingresos del periodo a estudio fue proporcionado por la Unidad de Admisión del centro. El resto de variables fueron extraídas del programa de Gestión Unidosis/Farmatools®. Para el procesamiento y cálculo de datos se utilizó el programa estadístico SPSS®versión21.

Las IF, clasificadas en el programa de Farmatools® en motivos y tipo de intervención, fueron recodificadas para su simplificación/estandarización en 7 ítems/tipos: indicación, posología, vía de administración, interacción, efectos adversos(EA), medicamentos no incluidos en guía (MNIG) y otros. Para analizar la distribución por tipo y grado de aceptación de las IF, se excluyeron las IF establecidas como no valorables. Esta exclusión se realizó por ser considerarse no evaluables, generalmente por ser altas/éxitos de pacientes o porque el cambio generado sobre el fármaco no estaba relacionado con la IF.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo a estudio el número de ingresos en unidades hospitalarias con SPE fue de 4.417 y el total de IFs realizadas 5.070, lo que supuso 1,2 intervenciones/ingreso. Del total de IF analizadas (4216), excluyendo las no valorables, fueron aceptadas el 64,4%(2714) y no aceptadas el 35,6%(1502). La distribución por tipo de IFs/grado de aceptación fue: indicación 36,8%(1.553)/78,7% aceptación; posología 31,8%(1.342)/55,7% aceptación; vía de administración 13,5%(568)/55,5% aceptación; interacción 0,1%(6)/50% aceptación; EA 0,8%(33)/72,7% aceptación; MNIG 6% (252)/50% aceptación y otros 10,9% (459)/59,7% aceptación. El reparto de las IFs y grado de aceptación de las mismas por servicio fue: Medicina Interna 57,6% con 69,7% de aceptación; Cirugía 19,8% con 59,1% de aceptación; Traumatología 17,9% con 54,3% de aceptación; Ginecología/obstetricia 3% con 59,1% de aceptación; Otorrinolaringología: 0,4% con un 93,3% de aceptación y Urología: 0,8% con un 40,6% de aceptación.

Los grupos terapéuticos sobre los que se hicieron más intervenciones fueron: J(20,8%); N(16,6%); B(16,2%); A(14,6%); C(8,4%); H(6,5%) y R(3,88%).

Conclusiones

En nuestro estudio se obtuvo un destacable número de IF por ingreso, siendo éste un buen indicador de actividad y calidad de la validación farmacéutica. Las IF realizadas tuvieron un alto grado de aceptación por parte del prescriptor. Las IF mayoritarias fueron por indicación, posología y vía de administración. El servicio con mayor número de IF fue Medicina Interna, seguido de Cirugía. Los servicios con mayor aceptación de las IF fueron Otorrinolaringología y Medicina Interna. Y el grupo farmacoterapéutico J y N fueron lo que generaron mayor número de IF.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1188. DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS A TRAVÉS DE UN SISTEMA NOTIFICADOR DE ALERTAS ELECTRÓNICO

AUTORES

LAVANDEIRA PÉREZ M, YUSTE GUTIÉRREZ Á, MENDOZA ACOSTA I, HORRILLO SANCHEZ DE OCAÑA P, ÁLVAREZ NONAY A, PÉREZ RODRIGUEZ I, MARTIN ALCALDE E, HORTA HERNANDEZ AM
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. CALLE DONANTE DE SANGRE, S/N, 19002 GUADALAJARA. GUADALAJARA

OBJETIVOS

Las interacciones farmacológicas en el tratamiento de los pacientes son una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad, y sus consecuencias aún no están bien determinadas.

La detección de estas interacciones en la prescripción médica electrónica y la posterior validación farmacéutica es esencial para evitar la aparición de efectos adversos. Por ello, es importante incorporar un sistema notificador de alertas electrónico (SNAE) que sirva como herramienta de ayuda en la detección de interacciones farmacológicas relevantes.

Los objetivos del estudio fueron: evaluar el impacto ocasionado por la implantación de un SNAE para detectar interacciones farmacológicas, determinar el grado de intervención farmacéutica así como el grado de aceptación por parte del médico prescriptor.

MATERIALES Y MÉTODOS

En junio de 2017 se incorporó en el programa informático Farmatools® un SNAE. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos de interacciones (Micromedex®, Lexi-Comp®, fichas técnicas) y se seleccionaron los principios



activos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital que causaban interacciones relevantes y ampliamente estudiadas en clínica. Se introdujo un total de 242 alertas. De esta manera, cuando el prescriptor introduce en la orden médica dos o más de los principios activos implicados, salta una alerta con las recomendaciones correspondientes. Se realizó un estudio observacional prospectivo desde agosto hasta diciembre de 2017. Se analizaron todas las alertas de interacciones farmacológicas surgidas en los tratamientos de los pacientes ingresados en el hospital. Las variables analizadas fueron: tipo de interacción farmacológica, intervención médica realizada una vez visualizada la alerta, intervención farmacéutica y grado de aceptación por parte del médico prescriptor de la intervención sugerida. Las alertas se clasificaron según si precisaban o no intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron un total de 865 alertas por interacciones farmacológicas, de las cuales 479 (55,4%) se consideraron clínicamente relevantes y precisaban intervención para evitar la interacción. Una vez visualizada la alerta, el médico realizó un cambio en el tratamiento en 180 de ellas (37,58%). En 261 (54,5%) fue necesaria la intervención farmacéutica. Estas intervenciones fueron: separación de la administración de los medicamentos para evitar la interacción (33,8%), suspensión de uno de los medicamentos implicados (28,7%), sustitución farmacológica (24,2%) y otras intervenciones (13,3%). De todas las intervenciones realizadas por el farmacéutico, 181 (69,3%) fueron aceptadas por el médico prescriptor. En 38 alertas (7,9%) no se pudo intervenir por la inmediatez del alta del paciente.

Conclusiones

La incorporación de un SNAE al programa habitual de prescripción electrónica aumenta la calidad de la prescripción médica y de la validación farmacéutica. De este modo, las interacciones medicamentosas pueden ser previsibles y fácilmente evitables si se realiza la intervención correcta.

Es importante seguir notificando las alertas clínicamente relevantes para disminuir la probabilidad de desarrollar efectos adversos. Por ello, a pesar de poner en marcha una herramienta de ayuda en la prescripción electrónica para detectar las interacciones farmacológicas, la intervención farmacéutica sigue siendo necesaria.

Palabras clave: interacción farmacológica, sistema de alerta, intervención farmacéutica.

No existe conflicto de intereses.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1222. IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA AUTÓNOMICO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA

AUTORES

NAVARRO PARDO I, GONZÁLEZ ÁLVAREZ A, PÉREZ DÍEZ C
HOSPITAL OBISPO POLANCO. AVDA. RUIZ JARABO S/N. TERUEL

OBJETIVOS

El aumento de la oferta anticonceptiva y la variabilidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, así como la lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos, ha dado lugar a situaciones de inequidad en el acceso a este servicio, haciendo necesaria su reorganización.

En mayo de 2016 se implantó un nuevo programa autonómico para la organización de la atención anticonceptiva en el marco de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuyos objetivos son:

1. Garantizar la asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa a toda la población femenina en edad fértil.
2. Definir las competencias y responsabilidades de los profesionales sanitarios implicados.
3. Homogeneizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva.
4. Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria (AP)/ Atención Especializada (AE)).
5. Establecer un plan de formación continuada.

DISEÑO

Se ha elaborado un circuito de atención anticonceptiva en AP y AE, así como un tríptico informativo y guía de prescripción de anticoncepción.

Desde el Servicio de Farmacia (SF) de AP y AE del Sector se han gestionado de forma centralizada los anticonceptivos incluidos en el programa.

CIRCUITO Y ETAPAS

Se han organizado diferentes niveles de actuación:

Primer nivel (AP): las matronas y enfermería proporcionan información y asesoramiento anticonceptivo y, si fuera necesario, remisión para valoración en la consulta de medicina de AP o en la consulta de ginecología, según criterios de derivación establecidos. En la consulta de medicina se realiza la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos en mujeres de bajo riesgo, incluyendo la colocación de implantes.

Segundo nivel (AE): En las consultas de ginecología se realiza la prescripción del método anticonceptivo indicado en mujeres de alto riesgo, resolución de posibles complicaciones que aparezcan durante el uso, así como inserción del dispositivo intrauterino (DIU), ligadura de trompas u oclusión tubárica.

IMPLANTACIÓN

La reorganización de los circuitos asistenciales ha requerido formación dirigida a medicina, enfermería y matronas para la adquisición de conocimientos y habilidades en el manejo de los anticonceptivos.



En el SF de AP y AE se ha establecido un circuito de adquisición de los anticonceptivos y posterior dispensación a los centros de salud (CS), consulta de orientación familiar (COF) y ginecología de AE.

Indicador de evaluación de la implantación del programa: número de implantes anticonceptivos insertados en AP y AE.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se han dispensado las siguientes unidades (€) desde mayo-diciembre 2016, enero-diciembre 2017 y enero-abril 2018: : levonorgestrel intrauterino 20 mcg: ginecología: 45 (4.492,46€), 80 (7.980,75€) y 34 (3.391,82€); levonorgestrel intrauterino 19,5 mg: ginecología: 0, 0 y 9 (977,05€); levonorgestrel 13,5 mg intrauterino: ginecología: 8 (845,06€), 18 (1.901,39€) y 12 (1267,59€); etonogestrel 68 mg implante: CS: 17 (1.586,1€), 42 (3.918,6€) y 14 (1.306,2€); COF: 25 (2.332,85€), 38 (3.545,93€) y 20 (1866,28€).

Las posibles limitaciones residen en la necesidad de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Mediante la implantación del programa y dispensación centralizada se ha logrado gestionar de forma eficiente la asistencia anticonceptiva, garantizar el acceso equitativo y unificar los criterios de uso de los métodos anticonceptivos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1250. PREPARACIÓN DEL HOSPITAL PARA OBTENER EL SELLO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE GASES MEDICINALES

AUTORES

MARTINEZ CERCOS L, LORENZO DIEZ R, ZAMORA FERRER E, RUIZ CALDES MJ, BOSO RIBELLES V, ROMA SANCHEZ E, GARCIA PELLICER J, POVEDA ANDRES JL

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. AVDA FERNANDO ABRIL MARTORELL, S/N. VALENCIA

OBJETIVOS

De cara a obtener el Sello de Excelencia, se evaluó el grado de cumplimiento por parte del hospital del Procedimiento de gestión de gases medicinales (PGGM) publicado por la Sociedad Española Farmacia Hospitalaria, la Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria y la Asociación de Fabricantes de Gases Medicinales (GM) y el grado de implicación del Servicio de Farmacia (SF) del hospital en cada uno de los procesos descritos en él.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró un checklist con los diferentes apartados que incluye el PGGM resultando en 186 ítems. De estos, 132 ítems correspondían a los procesos de selección (n=12); adquisición (n=22); recepción (n=16); almacenamiento (n=28); manipulación (n=3); prescripción (n=5); distribución/dispensación (n=9); control y supervisión (n=31); gestión de alertas farmacéuticas (AF) (n=3); e identificación-trazabilidad (n=3). El resto de ítems hacían referencia a aspectos generales, de planificación, apoyo, operacionales y de evaluación del desempeño. Se organizaron reuniones en las que participó el SF, el Servicio de Ingeniería (SI) y el proveedor que suministra mayoritariamente los GM en nuestro hospital, para conocer la responsabilidad de cada profesional en los diferentes procesos según lo definido en el PGGM y lo acordado entre los servicios implicados. A continuación, se creó una carpeta compartida entre el SF y el SI donde se agrupó la documentación relacionada con la gestión de GM y se elaboraron Procedimientos Normalizados de Trabajo para plasmar las responsabilidades de cada servicio. Posteriormente, se analizó el grado de cumplimiento del hospital para cada uno de los ítems y se acordaron las acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 186 ítems estudiados, se rechazaron 13 por no aplicar en nuestro hospital. Del resto, el SF es responsable en el 100% de la selección y prescripción, el 66,7% de la gestión de AF, el 39,3% del control y supervisión, el 9,1% de la adquisición y el 5,0% del almacenamiento. Conjuntamente con el SI, son responsables del 100% de la manipulación e identificación-trazabilidad, el 55,6% de la distribución/dispensación, el 40,9% de la adquisición, 39,3% del control y supervisión, 33,3% de la gestión de AF, el 25,0% del almacenamiento, el 13,3% de la recepción y el 36,4% del resto de los ítems.

Por otra parte, el cumplimiento del PGGM por parte del hospital fue del 100% en la manipulación, la distribución/dispensación, la gestión de AF y la identificación-trazabilidad; el 95,5% en la adquisición, el 93,3% en la recepción, el 90,0% en el almacenamiento, el 82,1% en el control y supervisión, el 81,8% en la selección, el 20,0% en la prescripción y el 83,6% en el resto de los ítems.

Las acciones de mejora propuestas que afectaban al SF se centraron en la elaboración de protocolos terapéuticos de utilización de GM junto con los médicos y la implantación de circuitos para la validación farmacéutica de las prescripciones de GM.

Nuestro hospital cumple con el PGGM y el SF participa activamente en su ejecución aunque debería potenciar la elaboración de protocolos y la validación farmacéutica de GM.

Finalmente, el hospital ha obtenido el Sello de Excelencia en la Gestión de GM.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1273. VALIDACIÓN TRANSVERSAL: COMPARACIÓN FRENTE A LA TRADICIONAL

AUTORES

BUENDÍA BRAVO S, GASTALVER MARTIN C, IGLESIAS BOLAÑOS AM, CAPILLA MONTES C, CRUZ CRUZ T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE. CALLE RONDA DEL SUR, 10. MADRID

OBJETIVOS

La validación de órdenes médicas en pacientes ingresados es una tarea que resulta imprescindible en la labor del farmacéutico. La elevada carga asistencial dificulta el poder revisar todos los pacientes. Es conveniente un nuevo enfoque



en la revisión de prescripciones al que denominaremos transversal. El objetivo de este estudio es medir la eficiencia de la validación de las ordenes médicas de pacientes ingresados, comparando una validación transversal (revisar por medicamento y sólo por paciente en seleccionados) frente a la tradicional (revisar paciente por paciente).

DISEÑO

Se realizó un estudio de implantación de una nueva metodología de validación de prescripciones en un hospital general que usa Selene y Farmatools. El período de estudio fue del 20 de Marzo al 27 de Abril del año 2018 (25 días laborables). Este nuevo método (validación transversal) se comparó con el mismo período del año 2017 en el cual se validaba por validación tradicional. La comparación de ambos métodos se realizó midiendo el número de líneas de medicación validadas e intervenciones aceptadas (número y tipo), con cada metodología.

CIRCUITO Y ETAPAS

El circuito de trabajo consistió en sacar diariamente del programa de prescripción, un listado de líneas de medicación prescritas ordenado por medicamento y validar mediante este listado. Además, en pacientes seleccionados que tienen: a) insuficiencia renal (pacientes con aclaramientos por debajo de 50 ml/min), b) medicamentos con monitorización farmacocinética (se comprueba si se han pedido niveles sanguíneos y si están en el rango) o c) alto nivel de intervención, en seguimiento dentro del programa del Paciente Crónico Complejo; se consulta la historia clínica y se valida toda la farmacoterapia.

Las etapas del estudio fueron:

- 1.- Detección de necesidades.
- 2.- Creación de nuevo procedimiento de trabajo.
- 3.- Implantación.
- 4.- Medida de resultados.

IMPLANTACIÓN

La validación transversal consistió en revisar líneas de prescripción por medicamento, en vez de por paciente, comprobando que la pauta posológica es correcta. Además, se seleccionaron pacientes que pueden beneficiarse de una revisión completa del tratamiento.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

En el período de estudio se validaron 79.031 líneas con validación transversal respecto a 7.207 líneas validadas por la metodología convencional en el período comparable del año anterior. Por tanto, se multiplica por 10 la capacidad de validar, pudiendo alcanzar a todos los pacientes ingresados. Las intervenciones aceptadas fueron: 52 con el método transversal y 19 con el tradicional (se triplican). En cuanto al tipo de intervención destaca que el 50% de las intervenciones con el nuevo método suponen nuevos motivos como monitorización de niveles o adecuación de especialidad a la dosis. Baja el porcentaje de intervenciones de dosis-pauta inadecuada desde el 79% al 32%.

Limitaciones

Al no validar por paciente y no revisar la historia se pierde el punto de vista clínico del farmacéutico y posibles intervenciones de mayor complejidad.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Un nuevo planteamiento sobre la contribución del farmacéutico al tratamiento del paciente ingresado puede ser interesante en cualquier hospital. La revisión por medicamento en vez de por paciente permite revisar todos de forma global, seleccionando aquellos pacientes en los que se pueden hacer intervenciones con mayor valor añadido.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS 1308. SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA EN TWITTER: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.

AUTORES

MONTERO DELGADO JA, DE POURCQ . JT, JUÁREZ GIMENEZ JC, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Twitter® (www.twitter.com) se ha convertido es una herramienta digital cada vez más utilizada entre la comunidad farmacéutica hospitalaria, ya que permite la búsqueda e intercambio de información farmacoterapéutica, además de una comunicación fluida y bidireccional entre sus profesionales.

El objetivo principal de este estudio fue identificar y analizar cuantitativamente la presencia en Twitter® de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) españoles. Secundariamente, valorar la calidad de cada cuenta y del contenido publicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en abril de 2018.

Los perfiles oficiales de SFH fueron identificados a través de dos métodos:

- Localizando a los miembros de la lista de Twitter® perteneciente a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (@sefh_) llamada " Serv FarmHosp ".

- A través del propio buscador de Twitter® mediante los términos "Servicio Farmacia Hospital".

Se excluyeron del análisis aquellos perfiles pertenecientes únicamente a áreas concretas de los SFH y los que no habían publicado tuits posteriormente al 01/03/2018.

Para evaluar la calidad de las cuentas se diseñó el Índice de Calidad de Usuario de Twitter adaptado (ICUTa), a partir del Twitter User Quality Index (TUQI) y la bibliografía disponible sobre buenas prácticas en Twitter para uso profesional en salud.

El ICUTa está formado por 18 ítems clasificados en cuatro dimensiones: Estructura (3 puntos), Actividad-Comunidad (2,5 puntos), Contenido (5,5 puntos) e Interacción-Influencia (3 puntos).



Los resultados del ICUTa se clasificaron en 3 categorías de calidad según su valor ponderado sobre diez: A (7-10): Alta ; B (5-7): Media y C (0-4): Baja.

Para obtener los diferentes indicadores sobre los perfiles seleccionados, su influencia y contenido publicado se utilizaron diferentes herramientas digitales (Twitter®, SocialBearing®, KLOUT®). El registro y análisis estadístico descriptivo de los datos se realizó en una hoja de cálculo online de Google.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el primer análisis se identificaron un total de 31 cuentas de Twitter, de las cuales únicamente 22 cumplieron los criterios de inclusión del estudio (71%).

La dimensión en la que mejor puntuación media se obtuvo fue estructura (2,09/3) y la peor Actividad-Comunidad (1,23/2,5).

Los ítems que menos cumplimiento obtuvieron por parte de las cuentas analizadas fueron “número de retuits publicados menor al 50% del total” (45%) y “publicación de enlaces web a contenido externo en más de un 50% de los tuits publicados” (45%).

La distribución por categorías del ICUTa, fue la siguiente: 13,6% (3) A, 63,6% (14) B, y 22,7% (5) C.

El valor medio de la puntuación global ponderada del ICUTa fue de 5,8 ($\pm 1,4$).

Factores como la publicación de contenido propio y que contengan elementos audiovisuales e interactivos se plantean como mejoras potenciales para aumentar la calidad de los perfiles analizados y el valor añadido de los tuits publicados.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1309. IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE ELABORACIÓN SEGURA DE MEZCLAS CITOSTÁTICAS

AUTORES

TORO CHICO P, PLO SECO I, ZHAN ZHOU E, MONTERO ARROYO JC, LEAL ALVAREZ M, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. C/BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Diseñar y describir el proceso de implantación de elaboración de mezclas citostáticas mediante un sistema de preparación segura, y evaluar su utilización tras la puesta en marcha.

DISEÑO

Se decidió implantar un sistema de preparación segura de mezclas citostáticas en el servicio de farmacia de un hospital terciario, mediante un sistema informático integrado en el programa de farmacia hospitalaria que permitiera el control cualitativo de trazabilidad de productos, la preparación segura de la mezcla por voz o teclado y el control gravimétrico de la mezcla final.

CIRCUITO Y ETAPAS

Fueron necesarias las siguientes etapas: 1. Renovación de la cabina de flujo laminar vertical y adquisición de los hardware necesarios (2 ordenadores, 2 lectores de códigos de barras, cascos inalámbricos, 2 balanzas). 2. Fase inicial de parametrización del maestro de productos en el sistema informático y revisión de presentaciones comerciales de viales con códigos de barras. 3. Fase de integración del sistema con el programa de farmacia hospitalaria para transferir e integrar la información necesaria para la preparación en cabina y realizar la validación de prescripciones. 4. Formación específica del manejo del sistema para el personal facultativo y técnico. 5. Inicio de la preparación segura de mezclas y definición de las actividades: control y registro de trazabilidad de lotes y caducidades de productos garantizando el control cualitativo mediante la lectura de código de barras, validación de prescripciones, elaboración segura por el sistema de voz y teclado, control cuantitativo de la mezcla final por gravimetría, etiquetado de la mezcla, acondicionamiento y embolsado. 6. Integración en la práctica asistencial habitual de la preparación de mezclas citostáticas.

IMPLANTACIÓN

La implantación del sistema de preparación segura se llevó a cabo en 3 periodos: 1. Octubre 2016: renovación de la cabina y adquisición de hardware. 2. Enero a Junio 2017: parametrización del maestro, instalación del sistema e integración de programas informáticos. 3. Julio 2017 hasta la actualidad (Abril 2018): elaboración segura de mezclas citostáticas.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Desde el inicio de la elaboración segura hasta Abril 2018, el número de mezclas totales elaboradas con el sistema fueron 3893 (45%) y el número medio de mezclas elaboradas al día fue 20,3 (1-44). Todas las prescripciones se validaron correctamente a través del sistema. Solo el 0,62% (24/3893) de las mezclas presentaron desviación gravimétrica $> 5\%$ y $< 10\%$ en el control cuantitativo de calidad procediendo a la liberación y dispensación de mezcla a criterio del farmacéutico. Entre las limitaciones para la implantación del sistema se encuentra el desarrollo de algunas mejoras y la integración con otros programas. A nivel técnico, se excluyeron de la elaboración las mezclas de ensayo clínico, mezclas con varios componentes y mezclas con varias especialidades de un principio activo. Es necesario una formación específica y entrenamiento para el personal técnico y facultativo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este sistema demuestra la seguridad en la preparación de mezclas citostáticas evitando la posibilidad de errores, y es aplicable a todos los servicios de farmacia con elaboración de citostáticos de complejidad media.



CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1363. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: IGUALES PARA TODOS. MEJORAMOS LA PRÁCTICA CLÍNICA CONOCIENDO NUESTROS RESULTADOS.

AUTORES

ARANDA GARCÍA A, PASTOR CANO J, OLMOS JIMENEZ R, BOSO RIBELLES A, RAUSELL RAUSELL VJ
GESTIÓN FARMACÉUTICA - SERVICIO MURCIANO DE SALUD. C/ CENTRAL, 7, EDIF. HABITAMIA, 5ª PLANTA.
ESPINARDO. MURCIA

OBJETIVOS

Implantar en los hospitales de un servicio de salud un sistema integral de oncohematología que incluya de forma normalizada los procedimientos de atención a pacientes y posibilite la medición sistemática de resultados.

DISEÑO

Se determinó de forma multidisciplinar (farmacéuticos, enfermeros, oncólogos, hematólogos e informáticos) los requerimientos necesarios para trabajar de forma homogénea en todo el servicio de salud. Tras la adquisición de un aplicativo específico se procedió a su implantación integral e integrada con los aplicativos ya disponibles.

CIRCUITO Y ETAPAS

La adquisición de un programa de gestión oncohematológica común se realizó mediante procedimiento centralizado. Inicialmente se estableció un repositorio centralizado de esquemas de tratamiento (ReCO) elaborado de forma multidisciplinar. Se integró información poblacional y valores analíticos y se desarrolló un formulario normalizado para la integración de la información recogida en la historia clínica electrónica en el aplicativo de gestión oncohematológico. Se adquirió un sistema de business intelligence para extracción y análisis de resultados centralizado a partir de los distintos módulos de análisis por centro.

IMPLANTACIÓN

Se realizó de forma escalonada según la situación previa y desarrollo de otros sistemas de información como aplicativos de laboratorio, gestión de farmacia e historia clínica electrónica. Para la integración entre distintas aplicaciones se trabajó con centros piloto trasladando la experiencia al resto.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Una vez resuelto el concurso público comenzó el proceso de implantación realizándose reuniones de consenso que homogeneizaran esquemas de tratamiento (ReCO), así como aquella información que debía reflejarse en el aplicativo de gestión oncohematológica o de historia clínica para facilitar la asistencia del paciente. En la actualidad los 3 centros con mayor actividad disponen del programa implantado totalmente para la quimioterapia parenteral, uno de ellos incluye el circuito completo para quimioterapia oral. Se ha iniciado la implantación en 2 centros con menor actividad que actúan como satélite de su centro de referencia.

En cuanto al análisis de resultados clínicos, inicialmente se ha seleccionado la supervivencia global en patologías más prevalentes como variable que permite conocer resultados por centro y globales del servicio de salud, validar la información y reestructurar los métodos de registro. Se dispone de datos de seguimiento de más de 3 años que se han discutido en estructuras como los grupos de trabajo específicos de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica y las Comisiones Asesoras Regionales de Especialidades (CARE). Paralelamente se trabaja en una herramienta común de explotación de toda la información.

El grado de desarrollo previo de las herramientas y la distinta velocidad en la implantación del proyecto ha supuesto diferencias entre centros que dificulta la obtención de resultados clínicos comparativos y significativos, sobre todo ante la dificultad de la modificación de información histórica así como la necesidad de cambios en la forma de trabajar ya implantadas.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El circuito está actualmente ampliándose a centros con menor actividad acercando a los pacientes la atención sanitaria. La aplicabilidad del proyecto debe enfocarse a otros servicios de salud que apuesten por trabajar de forma conjunta en todos sus centros hospitalarios.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1391. ESTUDIO DE ERRORES DE EXACTITUD EN LA PREPARACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS ASOCIADA AL USO DE ROBOT

AUTORES

VALDIVIA VADELL C, FARRIOLS DANÉS A, RENEDO MIRÓ B, GARCÍA PARICIO R, PARRAMÓN TEIXIDÓ CJ, FERNÁNDEZ RUIZ F, GORGAS TORNER MQ, CARRERAS SOLER MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar los errores de exactitud de las preparaciones elaboradas por un robot (KIRO®Oncology), en función del volumen de preparación (Vp) y fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se extrajeron los datos de las preparaciones de la base de datos del software de control y se analizaron los errores interno (EI) y externo (EE).

El control cuantitativo gravimétrico de KIRO®Oncology consiste en un doble control: uno interno (peso de la jeringa más volumen de fármaco determinado en balanza interna), y otro externo (peso de la preparación en su contenedor final



determinado en balanza externa durante la descarga). De ambas determinaciones de peso se deriva el cálculo del EI y el EE, respectivamente, que representan la inexactitud respecto al peso teórico. El sistema acepta automáticamente valores de EI de hasta el $\pm 5\%$ y EE de hasta el $\pm 10\%$. En caso de superarlo, la preparación queda retenida, para ser revisada por el farmacéutico, quién decide si aceptarla (si la desviación de EI se encuentra entre $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$), rectificarla manualmente, o repetirla (desviaciones $> 10\%$). La actitud a tomar también dependió de la presencia de incidencias mecánicas (IM) que afectaran a la preparación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se enviaron 3640 órdenes de preparación al robot, de las cuales 3181 (87,4%) fueron finalizadas con éxito (PFE) (97,8% aceptadas automáticamente y 2,2% validadas por el farmacéutico). Un 6,4% fueron manualmente descartadas por el farmacéutico (error $> 10\%$ sólo en el 0,7% de preparaciones; el resto se debió a IM) y un 3,5% fueron automáticamente rechazadas por el robot (31,88% por EI $> 10\%$) y el resto por IM.

Las PFE fueron: fluorouracilo (35,9%), cisplatino (13,3%), carboplatino (10,8%), paclitaxel (9,9%), gemcitabina (9,9%), ciclofosfamida (5,9%), oxaliplatino (5,5%), doxorubicina (5,5%), folinato cálcico (2,8%) e irinotecán (0,5%). Los tres fármacos que sufrieron más cancelaciones/rechazos por preparación enviada fueron: 5-fluorouracilo (19,4%) de las que el 92% eran reservorios de infusión continua, folinato cálcico (11,1%) y paclitaxel (11%).

Los EI en función del Vp de las PFE fueron:

-Volúmenes < 10 mL (n=35): 88,6% EI $< 1\%$ y 11,4% EI $1- < 3\%$;

-Volúmenes $10- < 30$ mL (n=529): 48,8% EI $< 1\%$; 42,7% EI $1- < 3\%$; 8,1% EI $3- < 5\%$; 0,4% EI $5-10\%$.

-Volúmenes $30-50$ mL (n=756): 57,8% EI $< 1\%$, 39% EI $1- < 3\%$, 2,9% EI $3- < 5\%$; 0,3% EI $5-10\%$.

-Volúmenes > 50 mL (n=1861): 56,8% EI $< 1\%$, 42,1% EI $1- < 3\%$, 1% EI $3- < 5\%$; 0,2% EI $5-10\%$.

Los EI y EE coincidieron en los mismos rangos de valores en el 73,5% de preparaciones estudiadas. Las diferencias podrían ser debidas a IM de alguna balanza, pérdidas de volumen antes de la pesada final, errores de tara e IM previas a la descarga del ciclo.

Conclusiones

- Las preparaciones de Vp < 10 mL estuvieron asociadas a menores errores de exactitud.

- Los EI más elevados de preparaciones de volúmenes superiores pueden deberse a acumulación de errores al requerir varias cargas de la jeringa hasta completar la dosis.

- Las cancelaciones/rechazos más habituales con fluorouracilo, folinato cálcico y paclitaxel se podrían explicar por IM en la elaboración de los reservorios, problemas en identificación de viales por visión artificial y por la densidad, respectivamente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1405. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CITACIÓN DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

GOMEZ DOMINGUEZ M, MARTIN JIMENEZ M, NIETO GUINDO M, CASTILLO ARJONA RM, MATEOS GARCIA RI, EGUILUZ SOLANA M

HOSPITAL COSTA DEL SOL. AUTOVIA A-7 KM57. MÁLAGA

OBJETIVOS

Evaluación del proceso de citación de la unidad de pacientes externos.

DISEÑO

Para evaluar el proceso se realizan las siguientes actividades:

Evaluación de la adherencia a las citas programadas.

Evaluación del acto único.

Evaluación del sistema de comunicación con SMS,

Encuesta de satisfacción a los pacientes.

CIRCUITO Y ETAPAS

El técnico de farmacia (TEF) utiliza el programa de gestión de citas utilizado en el hospital. Se cita al paciente días que ya tenga otras citas programadas, aunque limitados por la cantidad máxima dispensable por patología. Se dispensa medicación ajustada a la cita. Se entrega hoja con la fecha de la cita; horario de la unidad, teléfono y email de contacto para comunicar incidencias con la cita programada.

A los pacientes que no acuden a su cita, se envía SMS con una aplicación informática corporativa; informando de la pérdida de cita.

En la sala de espera de la unidad; existen cuestionarios de satisfacción, que los pacientes rellenan voluntariamente.

IMPLANTACIÓN

Se analizan las citas atendidas, citas reprogramadas y citas no atendidas en un periodo de 6 meses.

Se realiza auditoria, evaluando cuantas citas de un día son acto único.

Se realiza auditoria de los mensajes enviados para evaluar cuando el paciente solicita cita.

Se analizan los cuestionarios.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se gestionan 11.032 citas (Julio –Diciembre 2017); 1.281 citas no acuden a recoger medicación (11.60%) y 547 citas son reprogramadas (4.95%). 88.40% de los pacientes citados acuden a su cita o modifican si no pueden acudir.

Se audita acto único revisando 81 citas de un día aleatorio: 7 pacientes se excluyen, por no seguimiento en nuestro centro. 51.4% (38) de los pacientes son citados en acto único.



Se envían 1193 SMS en los 6 meses. Se realiza auditoría de SMS enviados en 3 días (35) ;el 25% se citan a la semana; 40% la solicitan a las 2 semanas.

Se analizan 40 encuestas. El 100% satisfecho con sistema de citación, El 75% opinan que las citas en Farmacia se adaptan bastante a otras citas y el 25% que se adaptan lo suficiente. Con el sistema de cambio de cita, están satisfechos el 50%. El 100% muy satisfechos con SMS.

Limitaciones

Porcentaje considerable de pacientes que no avisan ni acuden a cita.

Aumentar el porcentaje de citas en acto único es difícil sin aumentar las cantidades máximas de dispensación (2 meses), sin olvidar además, que la medicación de uso hospitalario, por definición, exige cierto control.

El 100% de los pacientes considera: el sistema de citación y el SMS muy útil. Debemos ofertar el correo como herramienta de comunicación, mejor que el teléfono.

El paciente que no acude a la cita de dispensación es un paciente con perfil de menor adherencia y la gran mayoría tarda más de una semana en recuperar cita.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La unidad de pacientes externos es un área con gran carga de trabajo. La gestión de citas supone una carga de trabajo para el TEF, pero permite organizar la consulta, gestionar stocks; y controlar adherencia de los pacientes. Disponer de herramientas que faciliten la citación y comunicación con el paciente, redundan en un bien para el servicio y el paciente.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD/NUEVAS TECNOLOGÍAS/PRODUCTOS SANITARIOS

1422. OPTIMIZANDO EL PROCESO DE MEDIDA DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

AUTORES

FERNANDEZ MARCHANTE AI, RODRIGUEZ SAMPER MC, MONTEAGUDO MARTINEZ N
HOSPITAL GENERAL VILLARROBLEDO. AVD. CERVANTES, S/N. ALBACETE

OBJETIVOS

Estandarizar el proceso de medida y evaluación de las intervenciones farmacéuticas (IF) en un hospital comarcal, realizadas tras la implementación de un programa de prescripción electrónica

MATERIALES Y MÉTODOS

Se extrajeron de la base de datos del programa de Gestión Unidosis/Farmatools® los diferentes motivos codificados disponibles para las IF. Estos motivos se recodificaron en 7 tipos de intervención y en 2 tipos de impacto, según el beneficio generado en el paciente (según R.Farré Riba et al. "Intervenciones farmacéuticas (parte 1) : metodología y evaluación"). Los tipos de intervención fueron: indicación, posología, vía de administración, interacción, efectos adversos (EA), medicamentos no incluidos en guía (MNIG) y otros. El tipo de impacto: efectividad y toxicidad. Posteriormente se evaluaron todas las IF realizadas en un año (04/17-04/18), tras la implementación de la prescripción electrónica, con estos 2 sistemas de codificación .

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron un total de 26 motivos que fueron recodificados según tipo de intervención y tipo de impacto descritos en material y métodos:

- Indicación: conciliación de medicamentos (efectividad), desescalamiento terapéutico (efectividad); discrepancia entre la historia clínica electrónica especializada y prescripción electrónica (efectividad), duplicidad terapéutica (toxicidad), adecuación de la especialidad (efectividad), niveles de fármacos (efectividad), necesidad de tratamiento adicional (efectividad), medicamento innecesario (toxicidad), medicamento inadecuado (toxicidad).

- Posología: ajuste posológico por insuficiencia renal (toxicidad), comunicación de pauta posológica incorrecta (efectividad), duración máxima de tratamiento (toxicidad), infradosificación (efectividad), sobredosificación (toxicidad),

- Vía de administración: administración por sonda nasogástrica (efectividad), comunicación de error de vía de administración (efectividad), informar de forma de administración (efectividad), informar de estabilidad mezcla intravenosa (efectividad), terapia secuencial (efectividad).

- Interacción: interacción farmacológica. (toxicidad)

- EA: comunicación de alergia, efecto adverso (ambas toxicidad).

- MNIG: fármaco no incluido en guía (no evaluable por impacto)

- Otros: comunicación de error de prescripción, sustitución por rotura de stock (no evaluable por impacto).

Durante el año analizado se realizaron 4.417 IF con la siguiente distribución por tipo de intervención: indicación 36,8%; posología 31,8%; vía de administración 13,5%; interacción 0,1%; EA 0,8%; MNIG 6% y otros 10,9%. El 75,7% de las IF fueron clasificadas con código de impacto de efectividad y un 25,3% de toxicidad.

Conclusiones

La recodificación de las IF nos permite estandarizar y optimizar el proceso de medida de las IF ya que permite manejar un menor número de datos y consecuentemente un análisis más simplificado de la actividad. La codificación por impacto, o beneficio que genera sobre el paciente, puede emplearse como un indicador de calidad de las IF realizadas tras la validación farmacéutica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

175. DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA (IMC > 40) EN BASE A CRITERIOS PK/PD

AUTORES

RODRIGUEZ DELGADO A, SAEZ-TORRES DE VICENTE M, LOPEZ-VIÑAU LOPEZ T, NIETO GOMEZ P, AUMENTE RUBIO MD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. AVENIDA DE LA INVESTIGACIÓN S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar la cinética de la vancomicina en pacientes con obesidad morbilidad (IMC > 40) para poder establecer un protocolo de dosificación inicial (dosis de carga y dosis de mantenimiento) que permita alcanzar la concentración mínima objetivo y una exposición adecuada (AUC/CMI) desde el inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, comprendido entre noviembre de 2011 y febrero de 2018, que incluye todos los pacientes 18 años con un IMC 40, que recibieron tratamiento con vancomicina un mínimo de 5 días y que presentaron una creatinina sérica ≤ 1 mg/dl. Se registró la dosis inicial y Cmin alcanzada en el equilibrio, dosis ajustada y Cmin alcanzada tras el ajuste, y finalmente la dosis calculada para alcanzar una Cmin > 15 μ g/ml con los parámetros cinéticos estimados al final del tratamiento, que incluyeron todos los datos de concentración del paciente (entre 2 y 7 controles). La concentración de vancomicina se analizó por quimioluminiscencia (CMIA) en un Architect ci16800, y la estimación de los parámetros cinéticos individuales se realizó por métodos bayesianos con un modelo poblacional bicompartimental implementado en el Abbottbase PKSystem (PKS).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 31 pacientes (16 varones) con una media de edad de 53.09 \pm 12.22 años (24-73 años), peso de 123.06 \pm 16.27kg (100-180kg) e IMC de 44.19 \pm 4.12 (40.16-55.56) que recibieron vancomicina durante 13.12 \pm 8.49 días (5-39 días) para el tratamiento de 11 infecciones de piel y partes blandas, 5 meningitis, 4 infecciones abdominales, 4 osteomielitis, 6 bacteriemias/sepsis y 1 infección respiratoria. La mayoría de los pacientes comenzaron con 1000mg/12h o 1000mg/8h, siendo la dosis media inicial de 20.55 5.47 mg/kg/día, lo que generó una Cmin de 11.82 5.10 μ g/ml y un AUC/CMI=498.90 \pm 283 μ g.h/ml, pero en 11 pacientes (35%) no se alcanzó el valor mínimo 10 μ g/ml. Tras el ajuste de la dosis se alcanzó una Cmin 15.29 4.99 μ g/ml para lo que se requirió una media de 22.46 7.32 mg/kg/día. Los parámetros cinéticos individuales de nuestra población fueron: Vd= 0.65 0.05 L/kg, CL= 5.72 1.96 L/h y t_{1/2}= 12.65 7.05 horas, con los que se estimó una dosis inicial de carga de 2500mg (20 \pm 3mg/kg) y de mantenimiento de 25.35 \pm 8.86mg/kg, necesaria para alcanzar una Cmin > 15 μ g/ml y AUC/CMI > 400 μ g.h/ml desde el inicio del tratamiento, dosis muy inferior a la dosis normal de vancomicina (30-45mg/kg/día) a pesar de que los datos farmacocinéticos publicados en pacientes obesos indican que presentan un CL renal aumentado. Aunque la población era muy homogénea se encontró una variabilidad en el CL del 34% lo que indica la necesidad de monitorización tras la dosis inicial.

Los pacientes obesos son más propensos a recibir una dosificación empírica errónea, sobre todo si utilizan dosis e intervalos de dosificación fijos. Comparada con la dosis normal recomendada requieren una dosis inferior en mg/kg, siendo importante el ajuste inmediato de la dosis inicial por métodos bayesianos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

207. OPTIMIZACIÓN DE MEROPENEM EN PACIENTE CRÍTICO, SEGÚN CRITERIOS PK/PD

AUTORES

IDOATE GRIJALBA AI, AQUERRETA GONZÁLEZ I, ALDAZ PASTOR A
CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PIO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

El índice propuesto de eficacia farmacocinético/farmacodinámico (PK/PD) para carbapenemes, en pacientes críticos, es el mantenimiento de la concentración libre del fármaco, 4-5 veces por encima de la concentración mínima inhibitoria (CMI) del germen aislado durante el 100% del intervalo posológico. Asegurar el cumplimiento de este objetivo es importante y requiere el uso de la monitorización farmacocinética.

El fin de este trabajo es evaluar la consecución del objetivo terapéutico PK/PD para meropenem antes (pauta empírica ajustada por función renal) y después (pauta optimizada farmacocinéticamente) de la monitorización del antibiótico en pacientes críticos contrastando la diferencia en la consecución del objetivo PK/PD entre las pautas empíricas y las recomendadas tras la estimación farmacocinética.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico y observacional, realizado en pacientes críticos en tratamiento tanto empírico como dirigido de meropenem. Se llevó a cabo, en un hospital de tercer nivel, desde Enero del 2012 a Diciembre del 2017. Se extrajeron dos muestras séricas (pico y punto de eliminación) para medición de concentración total y libre de meropenem, recogiendo datos de variables de tratamiento (dosis, fecha y hora de cada administración), de cinética (fecha y hora de cada medición) y otras (pruebas función renal, temperatura, etc). Se estimaron los parámetros farmacocinéticos individuales y se procedió al ajuste posológico. En los tratamientos empíricos se empleó como CMI el límite epidemiológico de EUCAST (ECOFF) de 2 mcg/mL.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se reclutaron 80 pacientes críticos con una media de edad de 63,2 años (amplitud [20-87]), de los cuales 49 (61,25%) fueron varones. El 26,25%(n=21) recibieron tratamiento empírico con meropenem y el 73,75% (n=59) tratamiento dirigido. Los principales microorganismos aislados fueron Escherichia coli 23,75%(n=19), Pseudomonas aeruginosa 23,75%(n=19) y Klebsiella pneumoniae 10%(n=8). La CMI media de todos los cultivos recogidos fue 1,34 mcg/mL (amplitud [0,016-2]) y el 80% de los microorganismos analizados presentó una CMI media de 0,185 mcg/mL (amplitud [0,016-0,5]). Los cocientes Cmin libre/CMI a fin de intervalo fueron muy superiores al objetivo PK/PD, con una mediana de 50 (amplitud [1,7-303,12]). Se realizó ajuste posológico en el 66,25% (n=53) de los pacientes, requiriendo 44 pacientes aumento de intervalo posológico y 5 disminución. En ambos casos se mantuvo la misma dosis unitaria. En 1 paciente se aumentó la dosis y en 3 se disminuyó, conservando en ambas situaciones el mismo intervalo posológico. Aunque no es objetivo del estudio se observó un ahorro económico del 10,58% con respecto al régimen posológico estándar, incluyendo los costes de la monitorización farmacocinética.

Se demuestra la utilidad e importancia de la monitorización farmacocinética de meropenem en pacientes críticos, ya que las pautas recomendadas de la literatura no se ajustan a la realidad poblacional. Resulta curioso el elevado número de pacientes en los que se redujo la dosis diaria, lo que enfatiza la trascendencia de esta herramienta como estrategia en la lucha contra la resistencia antimicrobiana y como garantía de seguridad al reducir la probabilidad de efectos adversos. Todo ello, además redundará en la reducción de los costes sanitarios.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

224. MONITORIZACIÓN DE ADALIMUMAB E INFlixIMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: 4 AÑOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

PASCUAL MARMANEU Ó, BELLÉS MEDALL MD, MENDOZA AGUILERA M, RAGA JIMÉNEZ C, TRIPIANA RALLO M, CONDE GINER S, SANTOS SAN SEGUNDO M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON. AVDA. BENICASSIM S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Determinar la concentración mínima (cutt-off) de adalimumab (ADA) e infliximab (IFX) predictora de respuesta clínica en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en función de los principales reactante de fase aguda como son la proteína C reactiva (PCR) y la calprotectina fecal (CF). Adicionalmente, se evalúa la influencia de la coadministración de inmunomoduladores (IMMs) sobre las concentraciones de anti-TNF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes adultos con EII en tratamiento con ADA o IFX entre los años 2014 y 2017. Se cuantifica la concentración sérica valle de los anti-TNF con los reactivos Lisa-tracker®, mediante ELISA captura. La respuesta analítica se definió mediante remisión analítica en el momento de la extracción, considerando respondedores en función de la PCR a los pacientes cuyo nivel era inferior a 10 mg/L y en caso de la CF valores inferiores a 50 mg/kg. Estudio estadístico realizado mediante prueba U Mann-Whitney con el programa STATA/IC-14.1. Resultados expresados como la mediana y rango intercuartílico (IQR).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 122 determinaciones de 57 pacientes en tratamiento con ADA: 50.9% varones, 36.0 años (IQR:34.2-48.7), 83.6% con enfermedad de Crohn (EC), 52% en tratamiento con IMMs y una duración del tratamiento hasta la primera monitorización de 14.2 meses (IQR:8.4-28.6). En cuanto a IFX, se incluyeron 120 determinaciones de 42 pacientes: 69.2% varones, 40.7 años (IQR:30.4-55.1), 77.5% con EC, 47% en tratamiento con IMMs y una duración del tratamiento hasta la primera monitorización de 3.4 meses (IQR:3.2-11.0). El 98% y el 46% de las extracciones en ADA, y el 82% y el 33% en IFX, disponían también de determinación de PCR y de CF. En los pacientes con ADA la concentración fue mayor en respondedores que en pacientes con enfermedad activa, según criterio de PCR [5.9 (IQR:4.2-7.9) vs 3.0mcg/mL (IQR:1.7-4.2); p < 0.001], y de CF [6.7 (IQR:5.1-8.3) vs 3.5mcg/mL (IQR:2.0-4.2); p < 0.001]. En función de la PCR el cutt-off de ADA fue 4.5mcg/mL [sensibilidad (Se):71.3%; Especificidad (Sp):90.0%; AUC de la curva ROC (AUCROC):0.88 (IC95%:0.81-0.94)], y según CF el cutt-off fue 5.1mcg/ml [Se:75.9%; Sp:92.6%; AUCROC:0.92 (IC95%:0.86-0.99)]. Respecto a IFX, la concentración fue mayor en los pacientes con remisión analítica que en los no respondedores, tanto para PCR [4.0 (IQR:2.5-6.5) vs 0.4 mcg/mL (IQR:0.0-2.7); p < 0.001] como para CF [4.7 (IQR:3.1-6.4) vs 2.8 mcg/mL (IQR:1.0-4.2); p < 0.05]. El cutt off de IFX fue 3.2 [Se:67.1%; Sp:81.8%; AUCROC:0.84 (IC95%:0.74-0.95)] y 4.1 mcg/ml [Se:58.3%; Sp:73.3%; AUCROC:0.69 (IC95%:0.50-0.88)], en función de PCR y CF, respectivamente. Los pacientes en monoterapia obtuvieron concentraciones de ADA inferiores a los que llevaban asociado IMMs [3.5 (IQR:2.1-5.8) vs 5.1 mcg/mL (IQR:3.8-6.8); p < 0.05]. En cambio, la coadministración de IMMs no influyó significativamente en las concentraciones de IFX, obteniéndose niveles de 3.2 (IQR:1.3-5.0) en monoterapia frente a 4.0 mcg/mL (IQR:1.7-6.3) en asociación. (p=0.207).

Las concentraciones séricas de anti-TNF se correlacionan con la remisión analítica en EII. Los niveles cutt-off predictores de respuesta son superiores en función de la CF que de la PCR, tanto para ADA (5.1 vs 4.5 mcg/mL) como IFX (4.1 vs 3.2 mcg/mL), lo cual indica que el objetivo clínico condiciona directamente el objetivo farmacocinético.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**266. PROFILAXIS GUIADA POR FARMACOCINÉTICA CON FACTOR VIII RECOMBINANTE EN PACIENTES CON HEMOFILIA A MODERADA/GRAVE. RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO.****AUTORES**

MEGÍAS VERICAT JE, MARQUÉS MIÑANA MR, HAYA GUAITA S, CID HARO AR, QUEROL GINER F, MONTE BOQUET E, BONANAD BOIX S, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. AVDA FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106. 46026. VALENCIA

OBJETIVOS

La farmacocinética (FC) del factor VIII recombinante (rFVIII) presenta una elevada variabilidad entre pacientes con hemofilia A (HA). La monitorización FC empleando el método bayesiano permite conocer los parámetros FC individuales y asociarlos con el control de la patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo sobre la profilaxis guiada por FC en pacientes con HA grave/moderada en profilaxis con rFVIII. Se ha empleado el modelo bayesiano (myPKFit® 2.0) con 2-3 muestras para realizar un perfil FC individualizado de los valores de rFVIII (método coagulación en una etapa). Se han analizado 2 periodos de 1 año: adopción temprana (enero-diciembre 2016) y tras 1 año de profilaxis guiada por FC (enero-diciembre 2017). Los parámetros FC analizados son: aclaramiento (Cl); volumen en estado estacionario (Vss); semivida plasmática (t1/2); nivel valle a las 48 y/o 72 h (NV48/NV72) y tiempo para alcanzar niveles de FVIII < 1 UI/dL (T1%).

Se ha calculado el coeficiente de variabilidad (CV) intraindividual e interindividual de la t1/2. Se ha usado la prueba de Kruskal-Wallis (R® version 3.1.2) para comparar los parámetros FC y las variables clínicas en cada periodo: edad, peso, dosis/kg, Hemophilia Joint Health Score (HJHS), nº sangrados anuales (ABR), nº sangrados articulares anuales (AJBR), causa sangrado (espontáneo/traumático), consumo rFVIII, actividad física, adherencia. Para comparar ambos periodos empleamos la prueba de Wilcoxon.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han analizado 21 pacientes, con medianas de edad de 33,0 años (IQR=26,5-42,5), de peso de 70,0 kg (IQR=61,5-80,5), y de dosis de 69 UI/kg/semana (IQR=56,3-79,5). Se han realizado 145 monitorizaciones FC (media 6,9 por paciente). La mediana de los parámetros FC fueron: Cl 3,1 mL/h/kg (IQR=2,5-3,3); Vss 50,0 ml/kg (IQR=50-55); t1/2 13,7 h (IQR=12,1-15,5); NV48 3,9 UI/dL (IQR=2,5-7,0); NV72 2,0 UI/dL (IQR=1,3-3,4) y T1% 72,0 h (IQR=63,5-87,5). Se obtuvo un CV interindividual del 17,2% en la t1/2, pero un CV intraindividual del 4,9%.

Durante el periodo de adopción temprana observamos una asociación significativa entre la t1/2 y el AJBR (P=0,010), especialmente en pacientes con t1/2 corta. Esta asociación se reprodujo (P=0,013) tras excluir a 2 pacientes con tendencia a los sangrados por su artropatía grave (HJHS > 40) pero con niveles valle y t1/2 normales. También observamos que los pacientes con AJBR≥1 pesaban menos (P=0,039) y requerían mayores dosis/kg/semana (P=0,032) que los pacientes con AJBR=0.

Estas asociaciones desaparecieron en el segundo año de seguimiento. Cuando comparamos ambos periodos no se detectaron diferencias significativas, aunque observamos una tendencia a menor nº sangrados espontáneos el segundo año (P=0,08). En el segundo año se produjeron 7 ajustes de dosis, 9 aumentaron t1/2, 4 pacientes mejoraron la adherencia, 5 pacientes aumentaron la actividad física y 15 pacientes redujeron el consumo (mediana: 10611 UI; IQR=6423-19001; 6579 euros; IQR=3982-11780).

Conclusiones

La variabilidad FC interindividual y su asociación con la aparición de sangrados justifica emplear la profilaxis guiada por PK. Nuestro estudio demuestra que profilaxis guiada por PK es efectiva optimizando la posología, reduciendo el nº sangrados espontáneos y el consumo de rFVIII. Para individualizar la profilaxis hemos tenido en cuenta la PK individual, las variables clínicas (patrón sangrados, estado articular, actividad física) y la conveniencia del paciente (adherencia, estilo de vida).

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**363. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE DAPTOMICINA: HACIA LA ANTIBIOTERAPIA ÓPTIMA****AUTORES**

GARCÍA MARTÍNEZ T, BELLÉS MEDALL M, MANGAS SANJUAN V, PASCUAL MARMANEU Ó, CONDE GINER S, MERINO SANJUAN M, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL CASTELLÓN. AVD. BENICASIM, S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Analizar el perfil de utilización de daptomicina según parámetros farmacocinéticos/farmacodinámicos y evaluar su relación con la dosificación utilizada y el filtrado glomerular (FG) del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con monitorización farmacocinética de daptomicina desde Junio de 2017. Las variables que se recogieron fueron: edad, sexo, peso, dosis, indicación del tratamiento antibiótico, concentraciones plasmáticas de daptomicina, parámetros analíticos (creatinina sérica, FG) y microbiológicos (microorganismo aislado en antibiograma, concentración mínima inhibitoria (CMI) obtenida por E-test). Las concentraciones plasmáticas de daptomicina se extrajeron antes de la administración (concentración plasmática mínima (Cmin)) y 30 minutos tras finalizar la perfusión de daptomicina (concentración plasmática máxima (Cmax)) a partir del cuarto día de tratamiento, y fueron determinadas por método cromatográfico (HPLC). Los parámetros de aclaramiento de daptomicina se estimaron en el programa PKs® mediante modelo monocompartmental. Si no se

disponía de la CMI, se analizaron los datos con la distribución mayoritaria en el entorno de estudio (0,25 mcg/mL en el 57,4% de la población). Se consideró como parámetro farmacocinético/farmacodinámico objetivo el cociente del área bajo la curva (AUC) y la CMI mayor a 666.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 22 pacientes, de ellos 16 hombres, con una mediana de edad de 69 años (rango 47-87). La dosis utilizada por peso fue de 5,56-10,71 mg/kg, según la siguiente distribución: ≤ 6 mg/kg en 6 pacientes, de 8-10 mg/kg en 5 pacientes y ≥ 10 mg/kg en 11 pacientes. La indicación mayoritaria fue infección en paciente con cirugía traumatológica (n=13), seguido de bacteriemia (n=6) y endocarditis (n=2). El FG de los pacientes tratados con daptomicina fue > 90 mL/min en 12 pacientes, 60-90 mL/min en 2 pacientes y 30-60 mL/min en 8 pacientes. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus* (n=6) y *Staphylococcus epidermidis* (n=4), en 9 pacientes no hubo ningún aislado. La CMI de daptomicina de los microorganismos aislados fue 0,25 mcg/mL (n=8), 0,5 mcg/mL (n=4) y 1 mcg/mL (n=1). Los valores de Cmin variaron desde 0 a 46,16 mcg/mL y los valores de Cmax desde 26,88-163,05 mcg/mL. En 3 pacientes se obtuvieron valores de Cmin mayores a 24,3mcg/mL. En todos los pacientes se alcanzó el valor objetivo de AUC/CMI, siendo el valor medio alcanzado 4.196 (997,15-7.301,30). La relación analizada determina una tendencia a mayor exposición en grupos de pacientes con FG reducidos frente a pacientes con función renal normal. Por otro lado, los pacientes con dosis ≤ 6 mg/kg se encontraban todos ellos por encima del valor mínimo AUC/CMI relacionado con eficacia, siendo la exposición superior en los grupos de dosis mayores (8-10 y ≥ 10 mg/kg).

Se observa una elevada variabilidad en los valores de concentraciones plasmáticas de daptomicina. La obtención de valores de AUC/CMI muy superiores al objetivo de eficacia son indicativos de una posible sobredosificación de daptomicina en el entorno analizado, debido a la buena sensibilidad del antibiótico. La monitorización farmacocinética de daptomicina nos permite la selección del régimen de dosificación adecuado para conseguir los mejores resultados clínicos, los mínimos efectos adversos y el mínimo impacto en el desarrollo de resistencias subsecuentes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

397. ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN LINEZOLID-VORICONAZOL BASADA EN MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA

AUTORES

IDOATE GRIJALBA AI, LEACHE ALEGRIA L, ALDAZ PASTOR A
CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PIO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

La coadministración de linezolid (LIN) y voriconazol (VCZ) resulta frecuente en la práctica clínica habitual. Voriconazol se elimina por metabolismo hepático principalmente por la isoforma CYP2C19 y en menor medida por CYP3A4 y CYP2C9. Linezolid se metaboliza en un 65% a dos metabolitos, siendo la formación del metabolito principal independiente de isoenzimas del citocromo P450.

El objetivo del trabajo es analizar la potencial de interacción entre LIN y VCZ en pacientes diagnosticados de infección fúngica y bacteriana activa que requieren el uso simultáneo de ambos antiinfecciosos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento simultáneo con linezolid y voriconazol entre marzo de 2009 y diciembre de 2015. En todos ellos se dispuso de concentraciones plasmáticas basales de VCZ previas al tratamiento con LIN y tras al menos 3 días de terapia combinada. Las muestras de VCZ se analizaron por cromatografía líquida (HPLC). Se estimaron los aclaramientos orales aparentes de VCZ (CL/F en L/h) previos (CL/Fp) y durante el tratamiento con LIN (CL/Fc LIN). Se asume como intervalo terapéutico de VCZ de 1,5-4,5 mcg/mL para infecciones por *Candida* spp. y de 2-4,5mcg/mL para *Aspergillus* spp. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), de tratamiento (pauta posológica, fecha y hora de cada administración), clínicas (diagnóstico, información microbiológica, etc) y cinéticas (fecha y hora de cada extracción de muestra).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se reclutaron 5 pacientes con una media de edad de 67 años (amplitud: 57-73), todos ellos varones. La media \pm DE de dosis diaria recibida de VCZ y LIN fueron, respectivamente de 454,5 \pm 157,2 mg y 1.200 mg. Las concentraciones séricas basales de VCZ previas al inicio de LIN fueron 2,7 \pm 0,8mcg/mL. Los CL/Fp y CL/Fc LIN fueron, respectivamente de 6,3 \pm 1,7L/h y 22,09 \pm 11,74 L/h, lo que supone un aumento medio del 250%. La interacción entre VCZ y LIN provocó que el 80% de los pacientes (n=4) obtuvieran concentraciones infraterapéuticas de VCZ, motivo por el cual tres pacientes modificaron el tratamiento antiinfeccioso y dos sujetos requirieron aumentos en la dosis de VCZ de hasta un 75% para alcanzar al menos el límite inferior del rango asociado a eficacia terapéutica.

La adición de LIN al tratamiento con VCZ provoca un aumento del aclaramiento de VCZ entre un 250-700% y un descenso clínicamente significativo en las concentraciones plasmáticas del antifúngico. Ello se traduce en una pérdida de eficacia del tratamiento antifúngico en un 80% de los casos. Por ello, se desaconseja en principio el empleo de esta combinación y si clínicamente no existe otra opción se debería realizar monitorización farmacocinética de VCZ y ajustar la pauta posológica de VCZ de manera personalizada para garantizar la eficacia del tratamiento antifúngico.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

417. MONITORIZACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE INFILIXIMAB BASADA EN MODELIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

SANTACANA JUNCOSA E, PADULLÉS ZAMORA N, PADULLÉS ZAMORA A, GUARDIOLA CAPÓN J, RODRÍGUEZ ALONSO L, BAS MINGUET J, OTERO TORRES S, COLOM CODINA H
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. IDIBELL. FEIXA LLARGA S/N. BARCELONA



OBJETIVOS

Objetivo principal: Implementar la monitorización de concentraciones de Infliximab (IFX) y anticuerpos anti-IFX (ATI) en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Objetivo secundario: Individualización posológica de IFX de acuerdo al modelo farmacocinético (PK) que obtiene resultados más favorables en la validación externa.

DISEÑO

Programa multidisciplinar de monitorización e individualización posológica basada en modelización PK implantado en un hospital de tercer nivel.

CIRCUITO Y ETAPAS

El plan de trabajo incluyó 5 etapas: Etapa 1) Determinar los criterios de monitorización e individualización. Etapa 2) determinar las concentraciones predosis de IFX (C_{min}) y ATI. Etapa 3) implantación de la monitorización farmacocinética (TDM) en la práctica clínica habitual. Etapa 4) revisión bibliográfica de modelos farmacocinéticos poblacionales (PPK) y evaluación externa en nuestra cohorte de pacientes. Etapa 5) implantación de la individualización de dosis mediante predicción Bayesiana de acuerdo al modelo PPK evaluado.

IMPLANTACIÓN

Los procesos incluidos desde la etapa 1 a la 5 se realizaron entre julio 2013 y julio 2017. A partir de marzo de 2014 se inició el programa de monitorización e individualización en base al modelo PPK (Fasanmade et al. 2011) validado externamente con nuestra cohorte de pacientes.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Etapa 1) los criterios de monitorización de C_{min} y ATI fueron: después de la inducción, si hay sospecha de pérdida de respuesta, control cada 6 meses en pacientes con respuesta, si se suspende el tratamiento, antes de reiniciar y en caso de suspender/cambiar el inmunomodulador concomitante. Los criterios de individualización establecidos fueron: C_{min} IFX infra o supratrapéuticos y falta de respuesta.

Etapas 2 y 3) se incluyeron 113 pacientes (426 muestras) en el protocolo asistencial de TDM. 11 pacientes desarrollaron ATI. Los C_{min} medios en pacientes con y sin ATI fueron: indetectables vs 3.91 mg/L.

Etapa 4) se revisaron los modelos PPK publicados previamente y se realizó la evaluación externa del modelo PPK de Fasanmade et al. 2011 en nuestra cohorte de pacientes, obteniendo una buena capacidad predictiva (bias= -6.87%, imprecisión=8.45%) del modelo en nuestra población de estudio (publicado en la revista Therapeutic Drug Monitoring).

Etapa 5) se implantó el programa de monitorización e individualización posológica en 98 pacientes. El 45.9% presentaron C_{min} < 3 mg/L, de los cuales el 28.9% desarrollaron ATI. Se realizaron cambios en 51 pacientes: en el 23.5% se suspendió IFX debido a la presencia de ATI y en el 76.5% se individualizó la pauta de tratamiento aplicando el modelo PPK (intensificación: 76.9%/desintensificación: 23.1%). El 86.1% de los pacientes presentaron C_{min} > 3mg/L después de individualizar el tratamiento.

Limitaciones

La técnica utilizada para la determinación de ATI (ELISA, Kit Promonitor®) sólo detecta la presencia de ATI en ausencia de fármaco.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

El desarrollo del presente proyecto ha permitido una mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente con EII que reciben tratamiento con IFX en nuestro centro, mediante el establecimiento de un protocolo asistencial de monitorización e individualización de dosis basada en modelización PK. De los resultados de nuestro proyecto podrían ser beneficiarios los demás centros sanitarios de la red nacional, ello propiciaría el sinergismo entre dichos centros contribuyendo a optimizar los regímenes de dosificación y reducir costes.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

451. DESARROLLO DE UN SERVICIO AVANZADO DE FARMACOGENÉTICA CLÍNICA: INTEGRACIÓN DE ABORDAJES GENÓMICOS Y DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.

AUTORES

RAMUDO CELA L, LÓPEZ MARTÍ JM, COLMEIRO ECHEBERRÍA D, GRANA FERNÁNDEZ A, NOYA ESTÉVEZ R, SANTOMÉ COLLAZO JL, MARTÍN HERRANZ I, MONSERRAT IGLESIAS L
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA (CHUAC), SERGAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE A CORUÑA (INIBIC), UNIVERSIDADE DA CORUÑA (UDC). XUBIAS DE ARRIBA, 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

Desarrollo, validación e implantación de un sistema de farmacogenética avanzado integrado por tecnologías de secuenciación masiva de nueva generación (NGS) y automatización de la interpretación clínica.

DISEÑO

El sistema se compone de tres desarrollos (“secuenciación”, “análisis bioinformático” e “interpretación clínica”) y una validación global.

-Secuenciación: se diseñó un panel de sondas de captura que incluye más de 2000 variantes con interés farmacogenético seleccionadas mediante revisión de guías de práctica clínica (CPIC, DPWG, CPNDS...), bases de datos (PharmGKB®) y arrays comerciales de referencia (Affimetrix DMET®). Se realizó un diseño específico para CYP2D6 y HLA-B.

-Análisis bioinformático: Se desarrolló un pipeline para identificar variantes y tres módulos de software para la inferencia de haplotipos farmacogenéticos: un módulo general, uno para HLA-B basado en (PMID:25753671) y otro para CYP2D6.

-Interpretación clínica: Se desarrolló una base de datos para gestionar la información clínica, variantes, alelos

farmacogenéticos e indexado de referencias bibliográficas de interés.

-Validación: La cobertura y reproducibilidad se validó con cuatro muestras control Coriell (NA12878, NA02016, NA17254 y NA17281) bien caracterizadas en proyectos intercomparativos, secuenciadas varias veces en diferentes placas. La identificación de variantes genéticas se validó con la muestra NA12878 y las variantes de referencia GIAB (<http://jimb.stanford.edu/giab-resources/>) ubicadas en regiones seguras. La alelos farmacogenéticos inferidos se validaron frente a los disponibles en el programa GeT-RM (<https://wwwn.cdc.gov/clia/Resources/GetRM/>) incluyendo los genes; CYP1A1, CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, CYP3A4, CYP3A5, CYP4F2, DPYD, GSTM1, GSTP1, GSTT1, NAT1, NAT2, SLC15A2, SLC22A2, SLCO1B1, SLCO2B1, TPMT, UGT1A1, UGT2B7, UGT2B15, UGT2B17, VKORC1 y HLA-B.

CIRCUITO Y ETAPAS

El sistema se compone de los siguientes procesos que funcionan de manera integrada y automatizada: 1) Secuenciación NGS: captura de regiones genéticas de interés con la librería de sondas (SureSelect, Agilent®) y secuenciación con HiSeq 1500 (Illumina®). 2) Análisis bioinformático: identificación de variantes genéticas e inferencia de alelos farmacogenéticos. 3) Interpretación clínica: El sistema de gestión del conocimiento elabora una propuesta de informe con las variantes identificadas en la muestra y la información indexada en la base de datos.

IMPLANTACIÓN

El sistema está actualmente en funcionamiento y cualquier particular o institución puede solicitar un estudio.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

-La reproducibilidad, sensibilidad y especificidad del método analítico para la identificación de sustituciones puntuales y pequeñas inserciones/deleciones fueron superiores al 99%.

-La concordancia entre los alelos farmacogenéticos identificados por el método y los disponibles en GeT-RM fue del 100%.

-El sistema pudo identificar correctamente variantes estructurales en CYP2D6 (duplicaciones, deleciones (*5) e híbridos) así como los haplotipos de HLA-B.

Limitaciones

Las tecnologías actuales no permiten determinar en qué cromosoma están las variantes identificadas, por ello, la inferencia de los alelos farmacogenéticos sigue criterios estadísticos poblacionales. Se puede realizar un estudio con otras tecnologías (Long-Range-PCR) y secuenciación de familiares (padre/madre) para resolverlo.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Cualquier institución o particular puede solicitar un estudio. Se trata de un desarrollo completo que pretende dar respuesta a las necesidades actuales para implantar la farmacogenética clínica.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

627. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE USTEKINUMAB EN PSORIASIS MODERADA A GRAVE

AUTORES

ELBERDÍN PAZOS L, OUTEDA MACÍAS M, GIMÉNEZ ARUFE V, FERNÁNDEZ TORRES RM, VILLALTA ANDÚJAR T, HURTADO BOUZA JL, FONSECA CAPDEVILA E, MARTÍN HERRANZ MI
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA. A CORUÑA

OBJETIVOS

En los últimos años se han realizado estudios de monitorización de medicamentos biológicos, como infliximab y adalimumab, en artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis encontrando relación entre respuesta clínica y niveles obtenidos. Sin embargo, la evidencia disponible hasta el momento sobre monitorización farmacocinética de ustekinumab en pacientes con psoriasis es limitada. Nuestro objetivo es analizar los niveles plasmáticos de ustekinumab en pacientes con psoriasis moderada a grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo del 100% pacientes con psoriasis a tratamiento con ustekinumab monitorizados en el Servicio de Farmacia (septiembre 2017 – febrero 2018). Los pacientes recibieron ustekinumab 45 mg cada 12 semanas si peso < 100 Kg, y 90 mg cada 12 semanas si peso > 100 Kg tras la pauta de inducción. Los pacientes debían de estar a tratamiento con ustekinumab durante al menos 1 año. Las determinaciones se realizaron inmediatamente antes de la administración del medicamento (C_{mín}), previa entrevista del farmacéutico. Determinación y cuantificación de concentraciones de ustekinumab mediante inmunoensayo ELISA de captura (analizador Triturus®).

Variables recogidas: Sexo, edad, peso, fecha diagnóstico psoriasis, diagnóstico artropatía psoriásica (APs), terapia biológica anti-TNF previa, tiempo de tratamiento ustekinumab, dosis (mg y mg/Kg), tratamiento concomitante para psoriasis (inmunosupresores, corticoides tópicos y/o orales, retinoides), escalas de gravedad psoriasis Psoriasis Area Severity Index (PASI) antes del inicio de tratamiento con ustekinumab (PAS_{lu}) y en el momento de extracción sanguínea (PAS_{le}), concentración ustekinumab.

Estadística: Análisis descriptivo de variables (programa SPSS versión 19.0): variables cualitativas (%), variables cuantitativas (mediana y rango).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

29 pacientes (62,1% hombres). Edad 51 (35-79) años. Peso 80 (51-117) Kg, 6 pacientes > 100 Kg. Tiempo desde el diagnóstico 23 (4-58) años. 10,3% APs. 72,4% pacientes recibieron tratamiento previo con anti-TNF (19/20-etanercept, 8/20 adalimumab, 4/20-infliximab). Tiempo de tratamiento 67,3 (6,0-108) meses. Dosis: 23 pacientes 45 mg, 6 pacientes

90 mg; 1,6 (1,0-2,0) mg/Kg. Tratamiento concomitante: 1-acitretina, 1-metotrexato. Escalas gravedad: PASIu 10,7 (4,7-26,6); PASIe 0,0 (0,0-3,0). Todos los pacientes presentaron PASI < 3 de forma mantenida durante al menos 6 meses (buenos respondedores). Concentración ustekinumab 0,75 (0,22 – 5,0) mcg/ml; Comparativa concentración ustekinumab dosis 45 mg vs 90 mg: 0,75 (0,22 – 5) mcg/ml vs 0,90 (0,24 – 2,8) mcg/ml ($p > 0,05$). Las concentraciones de ustekinumab obtenidas en nuestros pacientes fueron más elevadas que los datos publicados en ficha técnica de ustekinumab en estado de equilibrio: dosis 45 mg mediana 0,75 vs 0,21-0,26 mcg/ml; dosis 90 mg mediana 0,90 vs 0,47-0,49 mcg/ml. Se encontró correlación negativa entre concentraciones de ustekinumab y relación dosis/peso (mg/Kg) que recibían los pacientes, sin significación estadística (coeficiente correlación -0,32; $p > 0,05$).

Conclusiones

Ustekinumab es un tratamiento eficaz para el tratamiento de la psoriasis. En todos los pacientes se detectó concentración de medicamento. No se ha encontrado una relación entre la concentración de ustekinumab y la dosis administrada, si bien parece existir correlación negativa entre ambas.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

680. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE MEDICINA PERSONALIZADA DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO.

AUTORES

FERNÁNDEZ CABALLERO R, PEDRAZA NIETO L, SÁNCHEZ HERNÁNDEZ JG, VALVERDE MERINO MP, GARCÍA SÁNCHEZ MJ, ISIDORO GARCÍA M, SÁNCHEZ IGLESIAS SI, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE Nº88-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

La clozapina es un antipsicótico atípico que ha demostrado ser efectivo en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT). La respuesta individual a clozapina puede verse influenciada por su farmacocinética y farmacogenómica, de modo que la monitorización terapéutica de las concentraciones del fármaco y del perfil genético puede guiar el ajuste de la dosis.

El objetivo ha sido desarrollar un programa de medicina personalizada en pacientes con ERT, tratados con clozapina, que combine información de sus perfiles farmacogenéticos y farmacocinéticos, así como variables personales y ambientales.

DISEÑO

Estudio prospectivo, multidisciplinar, desarrollado entre los Servicios de Farmacia, Bioquímica y Psiquiatría de nuestro centro y la Facultad de Farmacia. Cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del centro.

CIRCUITO Y ETAPAS

El estudio incluye tres fases:

1. Obtención de información:

- Recogida de muestras y determinación de concentraciones plasmáticas mínimas de clozapina en estado de equilibrio estacionario (C_{ss}min) y su metabolito, norclozapina, en un laboratorio externo validado.
- Obtención de muestras y análisis de polimorfismos genéticos presentes en los principales genes de la familia P450 que codifican enzimas implicadas en su comportamiento cinético, en el laboratorio de Bioquímica del centro.
- Registro de variables sociodemográficas, analíticas, clínicas y farmacoterapéuticas de los pacientes a partir de sus historias clínicas.

2. Desarrollo y validación de un modelo farmacocinético/farmacogenético poblacional (popPK): mediante el software NONMEM.TM®7.3 y PKS®(Abbott-Diagnostic) respectivamente.

3. Aplicación y seguimiento del programa de medicina personalizada. A partir del modelo popPK y las variables recogidas del paciente, se realizan informes farmacocinéticos/farmacogenéticos personalizados indicando las características genotípicas y fenotípicas en relación al metabolismo de clozapina, así como recomendaciones de ajuste. Finalmente, se realiza un seguimiento del beneficio clínico del programa y de la validez del modelo popPK aplicado.

IMPLANTACIÓN

La muestra inicial incluye aproximadamente noventa pacientes.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se dispone de resultados de 14 pacientes, en los que se ha evaluado si las C_{ss}min están dentro del margen terapéutico (350-700ng/mL) y se ha caracterizado el genotipo de las enzimas implicadas en el metabolismo del fármaco. Solamente el 28,6% de los pacientes presentaban C_{ss}min dentro del margen terapéutico, mientras que el 50% y el 21,4% presentaban C_{ss}min infraterapéuticas y tóxicas, respectivamente. Se revisaron los polimorfismos en los principales genes implicados: CYP1A2, CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9 y CYP2C19, y se encontraron variantes asociadas a diferencias en la actividad enzimática en un 71,4%, 7,1%, 17%, 42,8% y 57,1% de los pacientes respectivamente; solo 2 pacientes no presentaron variantes en ninguno de éstos.

Limitaciones

Inicialmente se incluyen pacientes en tratamiento crónico, por lo que aquellos pacientes con efectos secundarios o mala respuesta a clozapina habrán discontinuado el tratamiento, antes de iniciar el estudio. Además, dado el limitado número de pacientes, la validación del programa no puede ser comparada con un grupo control.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Este programa multidisciplinar representa una ampliación de la cartera de servicios de Farmacia que ofrece al clínico una herramienta de gran utilidad para la toma de decisiones y genera beneficio en términos de mejora de respuesta y/o reducción de toxicidad en pacientes con ERT.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**816. UTILIZACIÓN DE VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL****AUTORES**

LUCAS ALCAHUZ B, CORNEJO UIXEDA S, FERRIOLS LISART R, MINGUEZ PEREZ M, NAVARRO CORTES P, CALPE ARMERO P, GOMEZ PERALES A, PONCE ORTEGA P

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. AVENIDA BLASCO IBAÑEZ, 17. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluar la utilización vedolizumab (VDZ) para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes adultos que han tenido una respuesta inadecuada o una pérdida de respuesta al tratamiento previo con un antagonista del factor de necrosis tumoral alfa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, desde enero-2017 a abril-2018, en pacientes mayores de 18 años con enfermedad de Crohn (EC) o colitis utlcerosa (CU) en tratamiento con VDZ tras fracaso terapéutico con infliximab o adalimumab.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento anti-TNF previo, tratamiento inmunosupresor concomitante, dosis y pauta de VDZ, concentraciones plasmáticas de VDZ y de anticuerpos anti-VDZ y concentración de proteína C-reactiva (PCR).

La efectividad del tratamiento se valoró clínicamente con los índices de Mayo (IM) y Harvey-Bradshaw (IHB) en CU y EC respectivamente. Se consideró remisión clínica de la enfermedad con valores de $IM \leq 2$ o $IHB \leq 4$. La determinación de las concentraciones plasmáticas de VDZ y de los anticuerpos se realizó mediante técnicas de enzimoimmunoanálisis (Lisa-Tracker, TheraDiag). Los límites de detección de la técnica fueron de 2 mg/L para VDZ y de 35 ng/mL para anticuerpos anti-VDZ. La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 15 pacientes (53% varones) en el estudio. La mediana de edad fue de 37 años (rango 23–66). El diagnóstico en el 80% (12) fue de CU. Un 20% (3) eran EC. Un 67% (10) de los pacientes habían recibido previamente tratamiento tanto con infliximab y como adalimumab.

Al tratamiento inicial con vedolizumab se asociaron uno o más inmunosupresores en el 67% de los pacientes.

Posteriormente, se redujo el tratamiento asociado en el 60%. La mediana de seguimiento de los tratamientos fue de 72 semanas (46-124). En dos pacientes se suspendió el tratamiento (1 por hemorragia subconjuntival, otro por fracaso terapéutico secundario). En 8 pacientes (50%) se intensificó la pauta de mantenimiento, pasando a 300mg/4 semanas en cinco pacientes y a 300 mg/6 semanas en tres.

Seis pacientes (50%) con CU alcanzaron la remisión clínica y un 67% de los pacientes con EC.

Se realizaron un total de 34 determinaciones de concentraciones plasmáticas de vedolizumab (2,3 determinaciones/paciente). La media de las concentraciones de vedolizumab durante la fase de mantenimiento fue de $7,2 \pm 8,7$ mg/L y en la fase de inducción de $27,6 \pm 26,9$ mg/L (4 pacientes). Se observó que en los pacientes con $PCR \leq 5$ mg/L, la concentración de vedolizumab fue mayor (9.0 mg/L) que en los pacientes con $PCR > 5$ mg/L (4.0 mg/L). Los pacientes redujeron la concentración de PCR una media 6,34 mg/L, durante el tratamiento con vedolizumab.

No se detectó la presencia de anticuerpos anti-VDZ en ningún paciente.

Conclusiones

Vedolizumab es una opción terapéutica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tras fracaso terapéutico con fármacos anti-TNF. Un porcentaje significativo de pacientes requieren intensificación del tratamiento, a pesar de no identificarse la presencia de anticuerpos anti-VDZ. La monitorización de las concentraciones plasmáticas de VDZ puede ser una herramienta útil para el médico responsable del paciente en el proceso de toma de decisiones.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**882. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE TACROLIMUS EN EL MANTENIMIENTO TEMPRANO DEL POSTRASPLANTE RENAL****AUTORES**

GARCÍA GARCÍA S, OLEAS VEGA DS, TORRES RODRIGUEZ IB, CHAMOUN HUACÓN BO, ALONSO MARTÍNEZ C, MONTORO RONSANO B

VALL D'HEBRON BARCELONA HOSPITAL CAMPUS. Pº VALLE DE HEBRON, 119-129. BARCELONA

OBJETIVOS

El tacrolimus es un inhibidor calcineurínico utilizado como inmunosupresor en la prevención del rechazo de trasplante de órgano sólido. Su estrecho rango terapéutico y elevada variabilidad de niveles plasmáticos inter e intrapaciente, hacen necesaria una monitorización farmacocinética.

El objetivo del estudio es evaluar la variabilidad intrapaciente (IPV) de niveles plasmáticos de tacrolimus (FKplasm) en trasplantados renales durante los 3 a 6 meses postrasplante, período de mantenimiento temprano, en el que el paciente se estabiliza y comienza una reducción progresiva y protocolizada de la inmunosupresión para establecer la pauta inmunosupresora futura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con trasplante renal desde enero del 2015 hasta enero del 2018, con un periodo íntegro de monitorización de 3 a 6 meses postrasplante y al menos con una determinación de FKplasm.

Los pacientes se identificaron a partir de la historia electrónica hospitalaria y se recogieron: tipo de trasplante, FKplasm y fecha de análisis.

Para cada paciente, se analizaron los FKplasm en el intervalo de 3 a 6 meses postrasplante. Se evaluó la media y desviación estándar de concentraciones plasmáticas, el número de determinaciones sanguíneas, el coeficiente de variación (CV), la proporción de valores inferiores a 5 y 7 ng/mL (P5 y P7) y el área bajo la curva concentración-tiempo estimada (AUC-Min). Para describir la IPV se utilizó el CV.

El rango de valores de FKplasm se establece entre 5-20ng/ml. El control terapéutico se considera inadecuado si el paciente presenta la IPV superior al 30% o la proporción de valores P7 o P5 es superior al 20%.

Para evaluar la IPV y contrastar los valores intrapaciente obtenidos se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y la distribución de F de Fisher-Snedecor (análisis estadístico con SPSS).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el análisis 211 pacientes y 996 determinaciones de tacrolimus. La media de FKplasm fue de 8.57ng/ml (IC95%: 8.26-8.88); el número medio de determinaciones fue de 4,72 (IC95%: 4.17-5.26) durante el periodo de seguimiento.

El CV medio de las FKplasm fue de 25,41% (IC95%: 23.09-27.74 %). Un total de 31,75% (IC95%: 25.42-38.09 %) de los pacientes tuvo un CV superior al 30%. La AUC-Min fue de 7.61 ng/mL/día (IC95%: 7.2-8.0%).

Por último, los porcentajes medios de FKplasm inferiores a 7 ng/ml y 5 ng/ml, fueron de 27.20% (IC95%: 23.16-31.24%) y de 9.28% (IC95%: 6.49-12.06%), respectivamente. La proporción de pacientes con valores superiores al 20% fue de 52.3% (IC95%: 45.6-58.8%) –P7- y 17.2 % (IC95%: 12.3-21.8%) –P5-.

La variabilidad intrapaciente de niveles plasmáticos de tacrolimus durante los 3 a 6 meses postrasplante renal fue superior a la recomendable en el 31,75% de los casos; análogamente, un 27.2% de las determinaciones eran < 7 ng/mL. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, la detección precoz de pacientes con elevada IPV, o valores analíticos < 7 ng/mL en la fase precoz post-trasplante es esencial, ya que éstos se asocian a largo plazo con un peor pronóstico, por rechazo crónico del injerto (niveles infraterapéuticos) y/o mayor toxicidad farmacológica (niveles elevados de fármaco).

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

973. MONITORIZACIÓN DE LA FRACCIÓN LIBRE DE ÁCIDO VALPROICO EN HIPOALBUMINEMIA E INSUFICIENCIA RENAL

AUTORES

CONDE GINER S, BELLÉS MEDALL MD, PASCUAL MARMANEU O, RAGA JIMENEZ C, SANTOS SAN SEGUNDO M, TRIPIANA RALLO M, MAIQUES LLACER J, FERRANDO PIQUERES R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN. AVDA. BENICASIM, S/N. CASTELLÓN DE LA PLANA

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la concentración plasmática de ácido valproico total (VLP-T), el nivel de albúmina (ALB) y el filtrado glomerular (FG) sobre la fracción libre de ácido valproico (VLP-L) en práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se analizaron las concentraciones plasmáticas de VLP-L realizadas desde enero 2015 hasta abril 2018 en la unidad de farmacocinética clínica del Servicio de Farmacia. Se recogieron las variables: edad, sexo, diagnóstico, concentración VLP-T y VLP-L (mcg/mL), creatinina (Cr)(mg/dL), urea (mg/dL), filtrado glomerular CKD-EPI (FG) (ml/min/1.73m²) y albúmina (g/dL). Se incluyeron las determinaciones de VLP-L de las que se disponían concentraciones de albúmina y creatinina, al menos, 3 días antes de la monitorización farmacocinética.

Para el análisis de las concentraciones de VLP-L se realizó una ultrafiltración (filtro Millipore® Centifree) previa al ensayo de inmunoenzima (Architect®). El intervalo terapéutico utilizado para VLP-L fue de 5 a 10 mcg/mL y de 50 a 100 mcg/mL para VLP-T.

Las variables cuantitativas vienen expresadas como mediana (Md) e intervalo intercuartílico y las cualitativas en porcentajes. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple que incluyó la concentración de VLP-L como variable respuesta y, como variables predictoras, la concentración de VLP-T, el FG y los niveles de ALB. Se estratificaron las determinaciones de VLP-L de los pacientes con hipoalbuminemia (ALB < 3.5g/dL) en función del FG (mayor o menor de 60mL/min). Se compararon las medianas de la relación VLP-T/VLP-L de cada grupo con la prueba U Mann-Whitney. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V.15.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 50 determinaciones de VLP-L correspondientes a 29 pacientes, de los cuales el 59% fueron mujeres y la Md de edad fue de 68 años (47-72). El 82% de las indicaciones terapéuticas correspondían a epilepsia. En el 98% de las monitorizaciones la razón VLP-T/VLP-L fue menor de 10, con una Md de 5,96 (3,46-7,22), siendo los niveles de ALB y FG de 3,29 g/dL (2,95-3,50) y 75 mL/min (21,56-103,34), respectivamente.

El análisis de regresión lineal múltiple mostró la relación entre las variables analizadas, explicada por la ecuación $Y = 18,857 + 0,281 * X1 - 6,159 * X2 - 0,032 * X3$, en donde Y = concentración VLP-L, X1 = concentración de VLP-T, X2 = niveles de ALB y X3 = FG. Las tres variables fueron estadísticamente significativas. Se obtuvo un coeficiente de determinación R² de 0,795. El coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,898 (p < 0,001).

El ratio VLP-T/VLP-L de los pacientes con hipoalbuminemia (40/50) fue de 3,18 (2,70-5,07) en los pacientes con FG < 60mL/min y de 6,05 (4,99-7,15) para los pacientes con FG > 60mL/min (p > 0.001).

El análisis realizado confirma la influencia de la concentración de ácido valproico total, los niveles de albúmina y el filtrado glomerular sobre la fracción libre de ácido valproico.

El ajuste de dosis de valproico en pacientes con hipoalbuminemia debe realizarse sobre la fracción libre, sobretudo en pacientes con filtrado glomerular reducido.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**1047. MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS INTERMITENTE. REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE DOSIFICACIÓN****AUTORES**

SÁEZ-TORRES DE VICENTE M, LÓPEZ-SANTAMARIA DONOSO J, RODRÍGUEZ DELGADO A, AUMENTE RUBIO MD, HERNANDEZ PARADA J
HOSPITAL REINA SOFIA, CORDOBA. AVD. MENÉNDEZ PIDAL, S/N. CORDOBA

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio fue revisar la dosificación inicial de vancomicina en los pacientes en hemodiálisis intermitente, para establecer un protocolo de dosificación que permita alcanzar una concentración pre-diálisis óptima (15-20 µg/ml) tras la dosis de carga y tras la primera dosis de mantenimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en hemodiálisis (HD) de 4 horas, tres veces en semana, que recibieron vancomicina durante la última hora de la sesión entre septiembre de 2010 y enero de 2018, en un hospital de tercer nivel. La concentración de vancomicina se analizó por quimioluminiscencia (CMIA) en un architect ci16800, y la estimación de los parámetros cinéticos individuales se realizó por métodos bayesianos con un modelo poblacional bicompartimental implementado en el AbbottbasePKSystem (Pks). Se registró la dosis de carga inicial y primera concentración pre-dialisis (pre-HD1) ,y la primera dosis de mantenimiento y 2ª concentración pre-diálisis (pre-HD2). Con los parámetros cinéticos estimados al final del tratamiento, que incluye todas las concentraciones pre-diálisis de cada paciente, se calculó la dosis de carga y dosis de mantenimiento para alcanzar una concentración pre-diálisis > 15µg/ml desde el inicio del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 87 pacientes (57 % hombres), con una edad media de 68,5 años (34-95) y un peso medio de 67,2kg (37-117). Los dializadores utilizados fueron FX10 (43,6 %), FX80 (33,3%) y otros dializadores (23,1 %). Se administró una dosis de carga de $18,1 \pm 4,69$ mg/kg (750 mg a 1500 mg) que alcanzó una concentración antes de la siguiente diálisis (pre-HD1) de $10,8 \pm 3,4$ µg/ml, y después se administró una dosis de mantenimiento de $11,8 \pm 3,1$ mg/kg (250 mg a 1000mg), que alcanzó una concentración prediálisis (pre-HD2) de $12,5 \pm 3,7$ µg/ml. Considerando el valor óptimo de $C_{min}=15-20$ µg/ml, solo el 12.6 % de los pacientes tras la dosis de carga y el 18.4 % tras la dosis de mantenimiento alcanzaron el valor de referencia. Se estimó que la dosis de carga requerida para alcanzar niveles óptimos desde el inicio fue de $23 \pm 4,1$ mg/kg (mediana 1500 mg) y la dosis de mantenimiento de $11,89 \pm 3,7$ mg/kg (mediana 800mg). Se observó una variabilidad de un 18% en la dosis de carga y un 30 % en la dosis de mantenimiento, lo que indica la necesidad de monitorizar tras la dosis inicial. Se elaboró un protocolo de dosificación adaptado al peso en intervalos de 5 kg desde < 55 kg a > 80 kg, siendo la pauta recomendada para un paciente de 70 kg, 1500 mg de carga + 850 mg de mantenimiento intra-HD. La pauta empírica inicial de vancomicina fue insuficiente en la mayoría de los pacientes para alcanzar concentraciones óptimas desde el inicio del tratamiento, por lo que se propone un nuevo protocolo de dosificación adaptado al peso del paciente, siendo importante el ajuste posterior de esta dosis inicial por métodos bayesianos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)**1048. BONDAD DE LAS PREDICCIONES FARMACOCINÉTICAS DE DIGOXINA SEGÚN FUNCIÓN RENAL Y MÉTODO DE ESTIMACIÓN DEL ACLARAMIENTO EMPLEADO****AUTORES**

GARCÍA JIMÉNEZ L, SALCEDO MINGOARRANZ AL, PEÑA CABIA S, GARCÍA DÍAZ B, BECARES MARTINEZ FJ, CORDERO GUIJARRO A, DE GOROSTIZA FRIAS CB, PUEBLA VILLAESCUSA A
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. REYES CATÓLICOS, 2. MADRID

OBJETIVOS

Establecer la concordancia entre los niveles observados de digoxina y sus estimaciones bayesianas en pacientes con diferentes rangos de función renal, estimados por MDRD4 o CKDEPI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, cuya población de estudio fueron pacientes ingresados en un Hospital General Universitario de 400 camas durante el año 2017.

Se incluyeron pacientes en tratamiento con digoxina oral o intravenosa y con al menos dos medidas de la digoxinemia, a los cuales se les habían realizado informes farmacocinéticos durante 2017.

Con el dato de la creatinina en sangre, se estimó la función renal por los métodos MDRD4 y CKDEPI, clasificándose a los pacientes en 5 estadios de función renal según filtrado glomerular estimado: G1 ≥ 90, G2 60-89; G3a 45-59, G3b 30-44, G4 15-29, G5 < 15.

A partir de los datos individuales de cada paciente se realizaron, mediante un programa farmacocinético, dos estimaciones de la última concentración de digoxina medida, una usando el aclaramiento calculado por MDRD4 y otra por CKDEPI.

Con ayuda de una hoja de cálculo se cuantificaron las diferencias entre las concentraciones estimadas y la real. Como índices de concordancia se utilizaron Altman y Lin.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 36 pacientes, con una media de 80 años (66-94), 52.8% mujeres y 47.2% hombres. 30.5% de los pacientes tuvieron 2 determinaciones de digoxina; 19.4%, 3; 30.5%, 4; y 19.4% tuvieron 5 o más determinaciones.



El estadijaje de función renal según MDRD4 y CKDEPI, respectivamente, fue: 30.5% vs 22.2% de pacientes en estadio G1; 33.3% vs 41.7% G2; 22.2% vs 19.4% G3a; 8.33% vs 11.1% G3b; y 5.6% vs 5.6% G4. Seis pacientes fueron clasificados en un estadio renal diferente según el método.

Utilizando el método gráfico de Altman, las predicciones realizadas mostraban una pobre concordancia con la digoxinemia real (ecuaciones de la línea de tendencia: $y=0.1264x-0.0914$; $R^2=0.0387$ para MDRD4 e $y=0.1642x-0.1601$; $R^2=0.0553$ para CKDEPI). Ésta concordancia limitada se corroboró mediante el coeficiente de concordancia de Lin, siendo < 0.90 en ambos casos.

La falta de concordancia fue desigual entre estadios renales. De las 9 determinaciones estimadas según MDRD4 con diferencias en valor absoluto > 0.3 ng/mL, 7 correspondían a pacientes en estadio G1 (3), G3b (2) o G4 (2). De las 10 determinaciones de estas características según CKDEPI, 9 correspondían a G1 (5), G3b (2) y G4 (2).

En estadios altos (G1, G2) MDRD4 muestra menor porcentaje de variación respecto al valor real de digoxinemia que CKDEPI: 25.7% vs 28.2% y 8.2% vs 10.0%, respectivamente. En estadios bajos (G3a, G3b, G4), la estimación en función de CKDEPI se muestra más concordante, siendo la variación respecto la medida real 11.7% vs 8.4% en G3a, 19.4% vs 18.6% en G3b y 23.0% vs 21.7% en G4 (calculado en función de MDRD4 y CKDEPI respectivamente).

Tanto el método MDRD4 como CKDEPI arrojan predicciones de digoxinemia con un error similar, siendo este mayor en los extremos de la función renal. Si bien MDRD4 es ligeramente más preciso para estadios más altos y CKDEPI, para los pacientes con peor función renal.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1051. IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PAMPIN SANCHEZ R, LABEAGA BERAMENDI Y, RODRIGUEZ DE CASTRO B, FERNANDEZ GONZALEZ B, BARBAZAN VAZQUEZ FJ, AYASTUY RUIZ A, DURAN ROMAN C
HOSPITAL CABUEÑES. LOS PRADOS, 395. ASTURIAS

OBJETIVOS

Implantación de la farmacocinética clínica de fármacos biológicos (FB) en el Servicio de Farmacia y análisis del grado de aceptación de las recomendaciones farmacocinéticas por los Servicios Clínicos (SSCC). Se pretende mejorar la eficiencia del tratamiento de enfermedades inmunomediadas (EIM) mediante la predicción precoz del fracaso terapéutico (niveles infraterapéuticos o elevada inmunogenicidad al fármaco) y la optimización del tratamiento mediante una parametrización terapéutica objetiva (niveles fuera de rango terapéutico o inestabilidad clínica).

DISEÑO

Equipo multidisciplinar formado por clínicos, enfermeros, analistas y farmacéuticos. Los fármacos monitorizados fueron Adalimumab (ADA) e Infliximab (IFx) en patologías Digestivas y Reumatológicas. Las concentraciones plasmáticas y los anticuerpos se deben detectar en valle. Se considerarán peso, altura, superficie corporal, función renal, uso concomitante de Fármacos Moduladores de la Enfermedad y el estado de inflamación. La periodicidad de la determinación de niveles séricos de FB será aproximadamente cada 6 meses en pacientes en remisión clínica y niveles en rango terapéutico y cuando se considere necesario, en pacientes inestables.

CIRCUITO Y ETAPAS

La extracción de sangre se realiza en valle, justo antes de administrar el FB. El clínico realiza la programación de la analítica para el día de la administración del FB. El enfermero extrae la muestra sanguínea y posteriormente administra el tratamiento. Las muestras se envían al laboratorio donde el analista determina los niveles plasmáticos y los anticuerpos anti-FB utilizando un ensayo inmunoenzimático (ELISA) comercializado (Promonitor[®], Proteomika S.L., distribuido por Menarini Diagnósticos S.A.Ø. El analista comunica los resultados al farmacéutico y al clínico por correo interno. El farmacéutico realiza el informe de monitorización farmacocinética incorporando nivel plasmático, título de anticuerpos (si procede), régimen posológico previo, régimen nuevo a seguir o cambio de línea o diana farmacológica (si procediera) y determinación del próximo nivel plasmático.

IMPLANTACIÓN

Actividad incorporada a la cartera de servicios realizada desde Junio de 2017 a Abril de 2018 en un hospital de tercer nivel de 485 camas.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Resultados

Se han realizado 102 determinaciones (93 pacientes) de las cuales el 48% correspondían a ADA y el 52% IFx. Enfermedades inmunomediadas a estudio: Artritis Reumatoide, Espondiloartropatías, Artritis Psoriásica, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa y Uveítis. El grado de aceptación de las recomendaciones realizadas fue del 65% de todos los casos (71% en IFx y 60% en ADA). Las actuaciones registradas fueron: continuar igual, acortar intervalo, intensificar dosis, reinducción, espaciar tratamiento, cambio anti-TNF, cambio diana farmacológica y no valorable. En ADA las más utilizadas fueron: continuar igual (21 pacientes); cambio anti-TNF (11 pacientes) y cambio de diana (8 pacientes) mientras que en IFx fueron: continuar igual (20 pacientes); acortar intervalo (13 pacientes) e intensificar dosis (6 pacientes). Tuvieron que suspender el tratamiento por desarrollar inmunogenicidad 6 pacientes (12%) a tratamiento con ADA y 4 pacientes (7%) a tratamiento con IFx.

Limitaciones

Ausencia de una comisión de FB en la que poder reunirse periódicamente y evaluar los tratamientos.



APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Cualquier servicio de farmacia que dispensen tratamientos biológicos a pacientes con patologías inflamatorias y con disponibilidad de la técnica analítica para determinación de niveles.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1058. CORRELACIÓN ENTRE AUC/CMI FRENTE A T>CMI COMO ÍNDICES PK/PD PREDICTORES DE EFICACIA PARA LINEZOLID

AUTORES

DE ANTONIO-CUSCÓ . M, LUQUE PARDOS S, BARCELÓ-VIDAL . J, CAMPILLO AMBRÓS N, NAVARRETE-ROUCO . ME, GRAU CERRATO S
HOSPITAL DEL MAR-PARC DE SALUT MAR. PASSEIG MARÍTIM 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

La monitorización terapéutica de linezolid es de gran utilidad para mejorar su seguridad y eficacia.

Debido a su actividad antimicrobiana concentración-dependiente con dependencia del tiempo, tanto el cociente entre el área bajo la curva y la concentración mínima inhibitoria (AUC/CMI) como el porcentaje del tiempo en que las concentraciones del antibiótico están por encima de la CMI ($T > CMI$) son los índices farmacocinéticos/farmacodinámicos (PK/PD) que se comportan mejor como predictores de eficacia.

Actualmente se desconoce cuál de estos índices PK/PD tiene una mayor capacidad predictora de eficacia así como la correlación entre ellos.

En este contexto, el objetivo es describir el grado de correlación entre AUC/CMI y $T > CMI$ de linezolid.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital universitario entre octubre 2008-2017 de pacientes adultos tratados con linezolid, tanto por vía intravenosa como oral, para cualquier indicación.

Se definió como índices PK/PD óptimos: $100\%T > CMI$ y $AUC/CMI > 100$ considerando un valor de $CMI=2mg/L$ de linezolid (Comité Europeo de Pruebas de Susceptibilidad Antimicrobiana, EUCAST).

Las concentraciones plasmáticas de linezolid se obtuvieron a partir del segundo día de tratamiento (estado estacionario) antes de la siguiente dosis (C_{min}) y se analizaron mediante HPLC.

Datos recogidos: demográficos, clínicos y farmacocinéticos (PK).

Las variables cuantitativas se describen como mediana (rango intercuartil) y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. El análisis estadístico se realizó mediante Ji cuadrado o exacto de Fisher.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Total pacientes incluidos: 298.

- Datos demográficos y clínicos: 196 (65,8%) hombres; edad: 68 (19) años; índice de masa corporal: 26,6(7,2) Kg/m²; críticos: 201 (67,4%); con filtrado glomerular (FG_CKD-EPI) $< 90ml/min$: 184(61,7%); cirrosis: 21(7,0%). Dosis linezolid/día: 286 (96%) 1200mg, 11 (3,7%) 1800mg, 1 (0,3%) 600mg. Linezolid/kg peso: 16,1 (5,1) mg/kg/día; vía intravenosa (iv): 269 (90,3%); infusión iv intermitente: 269 (100%); días de tratamiento: 11(9); días transcurridos hasta extracción de niveles: 5 (3).

- Datos analíticos: creatinina sérica basal: 1,04(1,44) mg/dl; FG_CKD-EPI: 66,8(73,4) ml/min y pacientes con técnicas de depuración extrarenal: 37(12,4%).

-Datos PK: C_{min} : 2,9(8,5) mg/L; AUC:85,4 (137,7) mg.h/L; AUC/CMI: 46,7(68,9).

-Índices PK/PD: pacientes con $100\%T > CMI$: 171(57,4%); con $AUC/MIC > 100$: 72(24,2%). Correlación entre ambos: 199(66,7%) siendo en 72(36,2%) valores de ambos índices óptimos y en 127(63,8%) subóptimos.

Las características demográficas y clínicas fueron similares entre los pacientes con o sin correlación entre ambos índices excepto en la edad y una tendencia en la función renal basal. Se observó un mayor % de pacientes edad < 65 años ($p=0,012$) y con $FG_CKD-EPI > 90 ml/min$ ($p=0,069$) en pacientes con correlación entre ambos índices.

Conclusiones

-Se observa una correlación aceptable entre los dos índices PK/PD predictores de eficacia de linezolid. La correlación es más frecuente entre aquellos pacientes que no alcanzan valores óptimos de ninguno de los dos índices.

-Mientras que más de la mitad de los pacientes alcanzaron un valor óptimo de $100\%T > CMI$, menos del 25% lograron un valor AUC/MIC adecuado.

-Los pacientes de menor edad y mejor valor basal de filtrado glomerular presentan una mayor probabilidad de correlación entre índices pk/pd debido a que con mayor frecuencia no alcanzan estos índices pk/pd ya que suelen obtener valores subóptimos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1067. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE NEFOTOXICIDAD POR TACROLIMUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

AUTORES

FRAILE RODRIGUEZ C, FERNANDEZ GARCIA B, TORROBA SANZ B, IDOATE GRIJALBA AI, IDOATE GARCIA AJ, ALDAZ PASTOR A
CLINIA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. DE PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de las distintas estrategias de dosificación de tacrolimus dirigidas a reducir su potencial nefrotoxicidad en pacientes trasplantados hepáticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en 42 pacientes adultos, trasplantados hepáticos, en tratamiento con tacrolimus reclutados desde enero de 2016 a diciembre de 2017.

Se recogieron variables antropométricas y demográficas (peso, talla, sexo, raza), clínicas (creatinina plasmática basal media de las 3 últimas analíticas previas al trasplante y creatinina a los 3 meses del inicio con tacrolimus, Pruebas de función hepática, etc), tipo pauta de tacrolimus (A=minimización de dosis, B=empleo estándar, C= inicio retrasado), fármacos potencialmente nefrotóxicos concomitantes, variables farmacocinéticas (fechas de tratamiento, dosis de tacrolimus, marca comercial, concentraciones basales desde el inicio hasta el tercer mes post-trasplante)

Se definió nefrotoxicidad como un incremento igual o superior a 0,5 mg/dL entre la creatinina plasmática medida en el punto de corte respecto al valor basal. Se consideraron punto de corte: 90 días post-trasplante.

Para el análisis estadístico se usó el programa STATISTICA v 12.0. Las diferencias en los cambios sufridos, entre los 3 grupos de tratamiento, por la creatinina plasmática, en los puntos de corte, se analizó con la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron inicialmente 42 pacientes, de los que 7 fueron excluidos (tres fallecieron antes de los tres meses y se perdió el seguimiento a otros cuatro).

Los pacientes analizados (n=35) presentaron una edad media (amplitud) de 61 (13-72) años siendo 27 varones.

Se observó que en el punto de corte (90 días post-trasplante) no se había modificado la medicación con potencial nefrotóxico que venían recibiendo desde antes de iniciar tacrolimus. La distribución de los pacientes en los grupos de tratamiento fue de 6 en el grupo A, 18 en el B y 11 en el C. Las creatininas plasmáticas basales en dichos grupos fueron: A=1,03 mg/dL. B=0,9 mg/dL y C= 1,73 mg/dL

Se cumplió el criterio de toxicidad a los días 90 post-trasplante 0% del grupo A, el 38,9% del B y 18 % C

Se observaron diferencias significativas ($p=0.009$) entre el grupo de tratamiento estándar y los otros dos grupos en el punto de corte de los 90 días. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de minimización de dosis y el de retraso en el inicio del tacrolimus ($p=0,80$).

Conclusiones

Las estrategias para reducir la nefrotoxicidad potencial de tacrolimus en pacientes trasplantados hepáticos han resultado satisfactorias, preservando de un deterioro renal. Conviene resaltar que las dosis estándares de tacrolimus en esta población conducen, en un elevado porcentaje, a daño renal.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGÉNICA)

1073. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MONITORIZACIÓN DE VANCOMICINA MEDIANTE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA PLASMÁTICA (C_{MIN}) FRENTE AL ÁREA BAJO LA CURVA (AUC)

AUTORES

FERNÁNDEZ-SALA . X, BARCELÓ-VIDAL . J, SORLÍ . L, PRIM . N, HORCAJADA . JP, ACÍN . P, MARÍN-CASINO . M, GRAU . S
HOSPITAL DEL MAR. Pº MARITIMO, 25-29. BARCELONA

OBJETIVOS

Recientemente, y ante las nuevas evidencias sobre la monitorización de vancomicina, en nuestro servicio se ha establecido un nuevo protocolo de monitorización atendiendo al valor del área bajo la curva (AUC).

El objetivo de este estudio fue comparar los parámetros farmacocinéticos obtenidos mediante la monitorización tradicional según la concentración mínima (C_{min}) frente a la monitorización según el AUC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital universitario terciario. Se seleccionaron 2 cohortes de pacientes a los cuales se les habían monitorizado los niveles plasmáticos de vancomicina antes y después de la implementación del protocolo: v-C_{min} (marzo y abril del 2017 según la C_{min}), v-AUC (marzo y abril del 2018 según el AUC).

Se incluyeron: pacientes mayores de 18 años que recibieron tratamiento con vancomicina y monitorización.

Se excluyeron: pacientes en hemodiálisis y aquellos tratados con perfusión continua de vancomicina.

- Variables recogidas de los pacientes: sexo, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), creatinina sérica (CrS) al inicio y al final del tratamiento, duración, indicación del tratamiento y evolución clínica.

- Variables recogidas de los ajustes: Concentración mínima (C_{min}), concentración máxima (C_{max}), AUC y dosis recibida (mg/kg). En base a la literatura publicada, se estableció un margen terapéutico de AUC 400-700 mcg_xh/L.

Se analizó la nefrotoxicidad mediante criterios RIFLE.

Se utilizó el test exacto de Fisher para analizar las diferencias entre las variables categóricas y t-student para variables continuas con distribución normal, con nivel de significación en $p < 0,05$. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Total: 76 pacientes (38 en v-C_{min}, 38 en v-AUC). Sin diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, peso, IMC, CrS inicial y final, días de tratamiento y evolución clínica. La indicación más frecuente en ambos casos fue la infección osteoarticular: 27(69,2%) en v-C_{min}; 18(46,2%) en v-AUC.

Total determinaciones: 123 (59 en v-C_{min}, 64 en v-AUC). En comparación con v-C_{min}, en v-AUC la media de la C_{min} fue menor (12,1 vs 14,9, $p=0,046$, así como la C_{max} (23,1 vs 27,5; $p=0,001$) y el AUC (494,5 vs 561,4; $p=0,019$).

Al seleccionar solamente las determinaciones con valores AUC \geq 400, en v-AUC el valor de la C_{min} (14,0 vs 17,3; $p=0,002$), el AUC (547,2 vs 624,4; $p=0,004$), y la dosis recibida (35 mg/kg vs 39,5 mg/kg; $p=0,040$), fueron significativamente menores.

En comparación con v-Cmin, en v-AUC se observó una tendencia a obtener un mayor número de niveles considerados como terapéuticos (68,8% vs 52,5%; $p=0,066$), un menor número de niveles supratrapéuticos (6,3% vs 25,4%; $p=0,003$) y un número de niveles infratrapéuticos similar (25,0% vs 22,0%; $p=0,699$).

En ambos grupos, solamente un paciente desarrolló riesgo de nefrotoxicidad (RIFLE R). Sin embargo, en v-Cmin un paciente presentó lesión renal aguda (RIFLE L).

- La monitorización de vancomicina mediante el AUC no ha modificado la evolución clínica mientras que se ha relacionado con una reducción significativa de los parámetros farmacocinéticos y la dosis recibida.

- Solo la mitad de los niveles obtenidos en la monitorización según la Cmin fueron terapéuticos, mientras que prácticamente el 70% de los niveles según AUC fueron terapéuticos.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1103. EVALUACIÓN FARMACOCINÉTICA DE LA DOSIFICACIÓN INICIAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES COMPLICADAS

AUTORES

BOADA HERNÁNDEZ JM, BOQUERA FERRER ML, RAYMUNDO PIÑERO A, PASCUAL CARRASCO A, DÍAZ GONZÁLEZ M, RIERA SENDRA G, CLIMENT BALLESTER S, MÁS SERRANO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

La pauta posológica recomendada de vancomicina en pediatría es de 15 mg/kg por dosis administrada cada 6 horas para infecciones complicadas. El objetivo del estudio es evaluar el porcentaje de pacientes que alcanza concentraciones plasmáticas valle (Cpvalle) y área bajo la curva (AUC) dentro del objetivo terapéutico con la pauta posológica inicial recomendada en las guías actuales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2016 a enero de 2018. Se incluyeron pacientes pediátricos no críticos hospitalizados en tratamiento con vancomicina con diagnóstico de infección complicada.

Las variables descriptivas fueron: sexo, edad, peso, tipo de infección, dosis total diaria (por kg de peso) y frecuencia (intervalo terapéutico). Se determinaron las Cpvalle en estado estacionario (a partir de la cuarta dosis) y el AUC, antes y después de la monitorización farmacocinética. El intervalo terapéutico objetivo se estableció para el Cpvalle de 15-20 mg/L y/o AUC (0-24h) superior a 400 mg·h/L. La seguridad se evaluó comparando la creatinina sérica (Cr) al inicio y al finalizar el tratamiento con vancomicina.

La información se obtuvo de la historia clínica electrónica (Orion Clinic®) y del Sistema de Información de Laboratorios (Gestlab®). El ajuste posológico se realizó con ABBOTTBASE Pharmacokinetic Systems® v.11 (pKs) y el análisis estadístico con el programa SPSS®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 22 pacientes pediátricos (42,1% varones) de edad media de 4,91 años (IC95%: 3,39-6,43) con un peso medio de 21,24 kg (IC95%: 17,01-25,43). La indicación según el tipo de infección fue: 33,3% del SNC, 23,8% respiratoria, 14,3% piel y tejidos blandos, 14,3% tratamiento empírico, 9,5% otomastoiditis y 4,8% infección del tracto urinario.

Con la pauta posológica inicial la Cpvalle media fue de 5,7 mg/L (IC95%: 4,5-6,8), el AUC medio de 345,3 mg·h/L (IC95%: 285,7-404,8) y la mediana de dosis de 50 mg/kg/día (p25-75: 40-60). Después del ajuste posológico se obtuvo una Cpvalle media de 9,95 mg/L (IC95%: 6,83-13,06) ($p=0,003$), un AUC medio de 541 mg·h/L (IC95%: 451,6-630,4) ($p < 0,0001$) y la mediana de dosis de 73,4 mg/kg/día (p25-75: 60-90) ($p < 0,0001$). No hubo diferencias en la frecuencia de dosis ($p=0,163$). En cuanto a la seguridad, no hubo diferencias entre las creatininas recogidas al inicio y al finalizar el tratamiento con vancomicina ($p=0,92$).

Conclusiones

En la población pediátrica analizada la dosis inicial recomendada actualmente en pacientes pediátricos de 60 mg/kg/día no alcanza concentraciones dentro del intervalo terapéutico (y AUC inferior a 400). Basándonos en nuestros resultados, el régimen inicial posológico en este tipo de pacientes sería entre 70-80 mg/kg/día. No hubo diferencias significativas en la incidencia de nefrotoxicidad, lo que sugiere que el aumento de Cpvalle de vancomicina no se asocia a un aumento de la nefrotoxicidad.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1174. DIFERENCIAS FARMACOCINÉTICAS DE LAS DOS FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE ADMINISTRACIÓN DIARIA: ADVAGRAF® Y ENVARUSUS®, EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES EN LOS PERIODOS POST-TRASPLANTE INICIAL Y ESTABLE

AUTORES

SALVADOR GARRIDO P, OUTEDA MACIAS M, PEDREIRA VAZQUEZ MI, MARTIN HERRANZ I
COMPLEJO HOSPITALARIO DE A CORUÑA. AS XUBIAS 84. A CORUÑA

OBJETIVOS

LCP-Tacro (Envarsus®) es una nueva formulación de tacrolimus de liberación prolongada. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias farmacocinéticas de las dos formulaciones de tacrolimus de liberación prolongada de administración única diaria que se encuentran disponibles, Advagraf® y Envarsus®, en una población de pacientes adultos trasplantados renales en dos periodos post-trasplante: inicial (15 días -15D-) y estable (6 meses -6M-).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 20 pacientes trasplantados renales de donante cadáver, a tratamiento con ácido micofenólico y corticoides. En todos los pacientes la dosis de la formulación correspondiente de tacrolimus se mantenía estable durante al menos 3 días antes de la realización del perfil farmacocinético. Los niveles sanguíneos de tacrolimus se determinaron por CMIA en el analizador Architect-C8000TM.

Los perfiles farmacocinéticos se obtuvieron a los 15D y 6M post-trasplante. Las muestras de sangre se obtuvieron antes y 1, 2, 3, 4, 6, 8 y 12 horas después de la administración de la dosis. El área bajo la curva de concentración-tiempo de 0 a 24 horas (AUC0-24) se calculó usando el método lineal trapezoidal. El análisis estadístico se realizó en SPSS, versión 19.0. Para comparar los parámetros farmacocinéticos se utilizó el test de Mann-Whitney y para analizar la correlación entre la concentración mínima (C_{mín}) y el AUC0-24 el coeficiente Rho de Spearman.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes (9 con Advagraf® y 11 con Envarsus®), con características basales similares.

A los 15D, los pacientes con Advagraf® y Envarsus® mostraron C_{mín} terapéuticas similares, 6,78±2,62 y 8,17±3,40 ng/mL, recibiendo dosis diaria total y ajustada por peso también similares, de 11,44±3,43 y 9,44±4,85 mg y de 0,16±0,06 y 0,13±0,04 mg/kg, para obtener un AUC0-24 significativamente superior para Envarsus® (270,65±78,87 vs. 383,86±115,10 ng.h/mL, p=0,031), así como mayor biodisponibilidad (AUC0-24/D: 24,38±7,23 y 50,66±28,66, p=0,019). Asimismo, Envarsus® mostró una C_{máx} significativamente superior (20,98±4,92 vs. 28,54±7,41 ng/mL, p=0,019), manteniendo ambas formulaciones relaciones similares entre C_{máx}/C_{mín} (3,50±1,40 y 3,80±1,11, respectivamente). A los 6M ambas formulaciones eran comparables. En ambos periodos se observó que para Envarsus® se retrasaba el momento en el que se alcanzaba la C_{máx} en comparación con Advagraf® (T_{máx}: sobre 6h frente a 2-3h).

En los dos momentos, ambas formulaciones presentaban una buena correlación entre la C_{mín} y AUC0-24 (Advagraf®-Envarsus®: 15D: r= 0,803, p=0,009; r= 0,921, p=0,000; 6M: r= 0,854, p=0,003; r= 0,670, p=0,024).

Conclusiones

En el periodo inicial post-trasplante, Envarsus® comparado con Advagraf® proporcionó un mayor grado de exposición (AUC0-24) y mayor biodisponibilidad (AUC0-24/D) tras la administración de dosis similares, obteniéndose asimismo concentraciones mínimas similares. Sin embargo, estas diferencias no se encontraron en el periodo estable.

Para ambas formulaciones, la monitorización de la concentración mínima puede considerarse un buen predictor del grado de exposición.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1254. VALIDACIÓN FARMACOCINÉTICA DE UN NOMOGRAMA PARA LA DOSIFICACIÓN INICIAL DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS

AUTORES

MARTÍN GIL M, MARTÍN GUTIERREZ N, PEÑA LORENZO D, BEUNZA SOLA M, REBOLLO DÍAZ N, CALVO HERNÁNDEZ MV

HOSPITAL CLÍNICO SALAMANCA. Pº SAN VICENTE, 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Tras las recomendaciones de diferentes sociedades científicas en relación a las concentraciones mínimas terapéuticas de vancomicina, durante los últimos años se han desarrollado diferentes nomogramas de dosificación orientados a conseguir concentraciones mínimas elevadas del antibiótico. A pesar de los requerimientos especiales de dosificación de los pacientes críticos no se han diseñado nomogramas específicos para esta población. El objetivo de este estudio ha sido analizar, en pacientes críticos con infecciones graves, la utilidad de un nomograma recientemente diseñado para alcanzar concentraciones mínimas de vancomicina comprendidas entre 15 y 20 mcg/mL.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de dos años de duración (2016-2017), que incluyó los pacientes de UCI, edad superior a 18 años, que durante este periodo recibieron vancomicina y fueron monitorizados en el Servicio de Farmacia. El nomograma estudiado fue el de Seonghae Y. et al (2017), diseñado para dosificar vancomicina en pacientes con infecciones graves.

En función del aclaramiento de creatinina (Cl_{cr}) (Cockcroft-Gault corregido por peso ideal) y el peso del paciente, el nomograma estima las dosis necesarias para obtener concentraciones de vancomicina elevadas (15-20 mcg/mL).

Se recogieron los datos de características fisiopatológicas del paciente, dosis administrada de vancomicina y concentración obtenida en la primera monitorización. Las concentraciones séricas de vancomicina se determinaron mediante inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA), en Architect I-1000®. Mediante ajuste bayesiano con modelo bicompartimental, programa PKS®, se estimaron los parámetros farmacocinéticos de vancomicina así como las concentraciones mínimas séricas en el equilibrio (CSV). Las CSV fueron clasificadas como infraterapéuticas (< 15 mcg/mL) (CI), terapéuticas (15-20 mcg/mL) (CT) o tóxicas (> 20 mcg/mL) (CTX). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®, estableciendo el nivel de significación en p < 0,05.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron los datos de 56 pacientes (41% mujeres). Los valores medios (DE) de edad, peso y Cl_{cr} fueron: 58,9 (15,5) años, 74,7 (13,8) kg y 93,5 (34,3) mL/min, respectivamente. El 64,3% de los pacientes recibieron tratamiento empírico con vancomicina, y el resto presentaron bacteriemia por *S. epidermidis* (21,4%) u otros (14,3%). Los valores medios (DE) de dosis administrada y CSV fueron de 2218,5 (546,4) mg/día y 12,1 (6,63) mcg/mL, respectivamente. La dosis media (DE) recomendada por el nomograma fue de 2971,1 (1021,1) mg/día, con lo que se estimaba una CSV media (DE) de 17,2 (4,7) mcg/mL, siendo ambos valores estadísticamente superiores a los obtenidos con la dosis administrada. La proporción de

pacientes en los que se determinaron CI, CT y CTX fue de 73,2 %, 14,3% y 12,5%, mientras que las dosis recomendadas por el nomograma darían lugar a CI, CT y CTX en el 23,5%, 41,3% y 19,1%, respectivamente. Para la dosificación con el nomograma no se ha encontrado influencia de la edad, sexo, IMC y CLcr en las concentraciones alcanzadas. La utilización de un nomograma para la dosificación inicial de vancomicina incrementa la proporción de pacientes con concentraciones terapéuticas. Sin embargo, en pacientes críticos sería más apropiado el diseño y validación clínica de un nomograma específico para esta población.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1278. RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN MÍNIMA DE USTEKINUMAB CON LA CALPROTECTINA FECAL Y LA PCR EN ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES

GIL CANDEL M, INIESTA NAVALÓN C, CABALLERO REQUEJO C, ONTENIENTE CANDELA M, SALAR VALVERDE I, RENTERO REDONDO L, URBIETA SANZ E
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. AVDA. INTENDENTE JORGE PALACIOS, 1. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de ustekinumab en la enfermedad de Crohn (EC) mediante el estudio de la asociación entre la calprotectina fecal y la PCR, con la C_{min} de ustekinumab en fase de mantenimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con EC en tratamiento con ustekinumab entre octubre 2017 y marzo 2018.

Las variables a estudio fueron: sexo, edad, tratamiento biológico previo, pauta posológica de ustekinumab y tratamiento inmunomodulador concomitante. También se recogieron variables analíticas de eficacia: calprotectina y PCR basales (previas al tratamiento con ustekinumab) y en el momento de obtención del nivel.

Por último, se recogió el número de muestras séricas analizadas y las C_{min} de fármaco. La técnica utilizada para la determinación de los niveles séricos fue mediante ELISA (Promonitor®).

Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las cuantitativas como media(DE). Se utilizó la U de Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas y para comprobar asociación se realizó el coeficiente de correlación de Spearman. Se analizó mediante el programa SPSS V.23.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 16 pacientes (65,5% fueron hombres, edad media 42,9 (DE:14,12) años. Un paciente fue tratado con un fármaco biológico previamente a ustekinumab, 12 pacientes (75%) con dos (infliximab y adalimumab), y sólo tres pacientes fueron tratados con tres fármacos biológicos. El 37,5% de los pacientes presentaba tratamiento concomitante con un inmunosupresor. La posología fue de 90 mg SC en todos los pacientes y el nivel valle se extrajo en la semana 8. La media de calprotectina basal fue de 1039,8 (DE: 724,8)mcg/g, y la PCR 1,4 (DE: 1,5) mg/dL. La media de calprotectina y PCR en la toma del nivel fue de 596,5 (DE: 536,8)mcg/g y 0,9 (DE: 1,1) mg/dL respectivamente.

Se recogieron un total de 16 niveles séricos de ustekinumab. La C_{min} media de ustekinumab fue de 1,78 (DE:1,4) mcg/mL.

La C_{min} media en los pacientes con inmunosupresor concomitante fue de 2,2 (DE:1,3) mcg/mL frente a 1,4 (DE:1,5) mcg/mL con ustekinumab en monoterapia (p =0,22).

La correlación entre el nivel de ustekinumab con el cociente de calprotectina mostró estadísticas significativas (coeficiente de correlación r= 0,65; p=0,023), mientras que la correlación entre el nivel de ustekinumab y la PCR no mostró estadísticas significativas (coeficiente de correlación r= -0,25; p=0,381).

Conclusiones

En nuestro estudio se muestra una correlación moderada entre la disminución de calprotectina y la C_{min} de ustekinumab, mientras que en la variación de la PCR con la C_{min} no se observa correlación significativa.

Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes que permitan establecer un rango óptimo entre los niveles de ustekinumab y la respuesta clínica en la enfermedad de Crohn.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1385. CONVERSIÓN A TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES: RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD TRAS UN AÑO

AUTORES

DÍAZ GONZÁLEZ M, JAVALOYES TORMO A, PASCUAL CARRASCO A, BOADA HERNÁNDEZ JM, CLIMENT BALLESTER S, FRANCO ESTEVE A, NALDA MOLINA R, MÁS SERRANO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA). C/ PINTOR BAEZA Nº 12. ALICANTE

OBJETIVOS

El tacrólimus forma parte del régimen inmunosupresor estándar en el trasplante renal. Actualmente se dispone de una formulación de liberación inmediata (TACRO-LI), y dos formulaciones de liberación prolongada: cápsulas de liberación prolongada (TACRO-LP) y comprimidos con tecnología MeltDose® (TACRO-MD).

El objetivo fue evaluar, la eficacia y seguridad tras la conversión de TACRO-LI y TACRO-LP a TACRO-MD en pacientes con trasplante renal estable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (Enero 2015–Abril 2018).

Criterios de inclusión: pacientes adultos con trasplante renal estable (> 6 meses), que fueron convertidos a TACRO-MD y con un seguimiento \geq 1año.

Se definieron dos grupos: grupo TACRO-LI y grupo TACRO-LP.

Las variables descriptivas fueron: edad, sexo, peso, fecha trasplante, fecha inicio tratamiento con tacrólimus, fecha conversión a TACRO-MD. Las variables de resultado fueron: concentración plasmática valle de tacrólimus (Cpvalle), dosis tacrólimus, Cpvalle normalizado por dosis (Cpvalle/Dosis) y filtrado glomerular (CKDEPI) a los distintos tiempos establecidos: 90 días preconversión (T-90), 30 días preconversión (T-30), 30 días postconversión (T+30), 90 días postconversión (T+90), 180 días postconversión (T+180) y 365 días postconversión (T+365).

El análisis estadístico se realizó con SPSS®v24.0

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 61 pacientes (60.7% hombres). En el grupo TACRO-LP (n=23) y TACRO-LI (n=38) la edad media fue de 55.6 y 48.8 años, con un peso medio de 72.4 y 68.1 kg, el tiempo medio post-trasplante hasta conversión fue 5.4 y 7.0 años, y se incluyeron 169 y 225 Cpvalle, respectivamente.

La Cpvalle media observada en el grupo TACRO-LP fue: 6.8 y 6.1 ng/mL preconversión vs 7.4, 5.9, 6.8, 6.1 ng/mL post-conversión ($p > 0.05$); y en el grupo TACRO-LI: 6.7 y 6.0 ng/mL preconversión vs 7.0, 6.6, 6.9, 6.1 ng/mL post-conversión ($p > 0.05$) a los tiempos T-90, T-30, T+30, T+90, T+180, T+365, respectivamente.

La dosis media administrada en el grupo TACRO-LP: 7.1 y 6.0 mg preconversión vs 4.0, 3.9, 3.6, 3.4 mg post-conversión ($p < 0.05$); y en el grupo TACRO-LI: 3.3 y 3.4 mg preconversión vs 2.8, 2.3, 2.3 y 2.2 mg postconversión ($p < 0.05$) a los tiempos T-90, T-30, T+30, T+90, T+180, T+365, respectivamente.

La Cpvalle/Dosis para el grupo TACRO-LP fue 1.1 y 1.1 (ng/mL)/(mg día) preconversión vs 2.2, 1.7, 2.4, 2.4 (ng/mL)/(mg día) post-conversión ($p < 0.05$); y en el grupo TACRO-LI: 2.9, 2.1 (ng/mL)/(mg día) preconversión vs 3.0, 3.0, 3.6 y 3.4 (ng/mL)/(mg día) postconversión ($p < 0.05$) a los tiempos T-90, T-30, T+30, T+90, T+180, T+365, respectivamente.

El CKDEPI para el grupo TACRO-LP: 37.8, 42.6 mL/min/1.73 m² preconversión vs 38.9, 36.6, 50.0, 45.8 mL/min/1.73 m² post-conversión ($p > 0.05$); y en el grupo TACRO-LI: 46.2, 52.6 mL/min/1.73 m² preconversión vs 58.6, 52.5, 49.9, 45.8 mL/min/1.73 m² postconversión ($p > 0.05$) a los tiempos T-90, T-30, T+30, T+90, T+180, T+365, respectivamente.

Conclusiones

En la población estudiada, la conversión a TACRO-MD no modificó las Cpvalle durante el año de seguimiento, siendo las dosis utilizadas de TACRO-MD estadísticamente menores a las de TACRO-LI y TACRO-LP (mediana de disminución de dosis en los grupos tras conversión: 42.8%) sin que la función renal de los pacientes se vea afectada. Dada la distinta biodisponibilidad aparente observada (Cpvalle/Dosis), es necesario realizar un ajuste posológico individualizado tras la conversión a TACRO-MD.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1397. COMPRIMIDOS DE TACROLIMUS MELTDOSE(R) VERSUS CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE NOVO: IMPACTO EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO

AUTORES

DÍAZ GONZÁLEZ M, BOADA HERNÁNDEZ JM, PASCUAL CARRASCO A, RAYMUNDO PIÑERO A, BERNABEU CASTELLA S, FRANCO ESTEVE A, NALDA MOLINA R, MÁZ SERRANO P
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA). C/ PINTOR BAEZA Nº 12. ALICANTE

OBJETIVOS

En España se encuentran comercializadas dos formas farmacéuticas de liberación prolongada de tacrólimus, comprimidos con tecnología meltdose (TAC_MD) y cápsulas de liberación prolongada (TAC_LS), siendo ambas formulaciones no equivalentes.

El objetivo del presente proyecto piloto es comparar la evolución farmacocinética y la función renal de dos formulaciones de tacrolimus de liberación prolongada en el post-trasplante renal inmediato.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes retrospectivas (Enero 2018–Abril 2018).

Criterios de inclusión: pacientes adultos con trasplante renal de riesgo inmunológico alto-medio con un seguimiento > 2 semanas.

Esquema de inmunosupresión: timoglobulina, sirolimus, corticoides y tacrolimus.

Se establecieron dos grupos: Grupo TAC_MD: pacientes que inician con TAC_MD a 0,15 mg/kg/día y Grupo TAC_LS: pacientes que inician con TAC-LS a 0,20 mg/kg/día.

Las variables principales fueron: concentraciones plasmáticas valle de tacrólimus (Cpvalle), dosis de tacrólimus, concentración plasmática valle normalizada por dosis (Cpvalle/Dosis), filtrado glomerular (CKDEPI) y creatinina (Cr); a los distintos tiempos establecidos: 2 días postinducción (T2), 4 días postinducción (T4), 7 días postinducción (T7), 10 días postinducción (T10) y 14 días postinducción (T14).

El análisis estadístico se realizó con SPSS®v24.0

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 34 pacientes: en el grupo TAC_LS (n=17) y el grupo TAC_MD (n=17), la edad media fue de 54.2 años (IC95%: 47.4-60.9) y 60.2 años (IC95%: 54.9-65.6), con un peso medio de 75.9 kg (IC95%: 68.8-83.0) y 73.4 kg (IC95%: 66.8-80.0),

y 73 y 84 Cpvalle incluidas, respectivamente ($p > 0,05$). Sin diferencias estadísticamente significativas en las características de los pacientes.

Las Cpvalle media (ng/mL) en los grupos TAC_LS y TAC_MD fueron: T2: 9.0 vs 10.2 ($p > 0.05$), T4: 8.1 vs 9.1 ($p > 0.05$), T7: 7.7 vs 9.3 ($p=0.086$), T10: 9.4 vs 7.9 ($p=0.079$) y T14: 8.7 vs 6.9 ($p=0.078$), respectivamente.

Las Cpvalle/Dosis media (ng/mL)/(mg día) en los grupos TAC_LS y TAC_MD a T2 fue de 0.76 vs 0.97 ($p < 0.05$), T4: 0.93 vs 1.24 ($p > 0.05$), T7: 1.04 vs 1.54 ($p < 0.05$), T10: 1.20 vs 1.35 ($p > 0.05$) y T14: 1.19 vs 1.35 ($p < 0.05$), respectivamente.

Las medianas de dosis (mg) en los grupos TAC_LS y TAC_MD a T2 fue de 10.0 vs 10.0 ($p > 0.05$), T4: 9.0 vs 8.5 ($p > 0.05$), T7: 7.0 vs 6.0 ($p < 0.05$), T10: 11.0 vs 6.0 ($p > 0.05$) y T14: 8.0 vs 5.0 ($p > 0.05$), respectivamente.

Las medianas de los CKDEPI (mL/min/1.73 m²) fueron similares a T2: 29.2 vs 28.3, T4: 32.8 vs 28.5, T7: 33.3 vs 28.9, T10: 41.9 vs 33.0 y a T14: 28.9 vs 34.2 en los grupos TAC_LS y TAC_MD, respectivamente.

Las medianas de creatinina (mg/dL) también fueron similares a los distintos tiempos T2: 2.4 vs 2.2, T4: 2.1 vs 2.0, T7: 1.9 vs 2.2, T10: 1.7 vs 2.0 y a T14: 2.4 vs 2.1 en los grupos TAC_LS y TAC_MD, respectivamente.

Conclusiones

En el periodo post-trasplante renal inmediato, en nuestra población analizada se observó una mayor biodisponibilidad con TAC_MD, tal y como refleja la menor dosis administrada y la mayor Cpvalle/Dosis. Las Cpvalle alcanzadas son más estables con TAC_MD observándose una tendencia hacia una menor variabilidad que con TAC_LS ($p < 0.05$), si bien debido al tamaño muestral no se alcanzó significación estadística.

CLASIFICACIÓN: MEDICINA DE PRECISIÓN (FARMACOCINÉTICA/FARMACOGENÉTICA)

1411. VALIDACIÓN DE UN MODELO FARMACOCINÉTICO POBLACIONAL DE VORICONAZOL: APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

BOADA HERNÁNDEZ JM, MÁS SERRANO P, NALDA MOLINA R, RAMÓN LÓPEZ A, CUESTA GARCÍA G, DÍAZ GONZÁLEZ M, PASCUAL CARRASCO A, RIERA SENDRA G
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. PINTOR BAEZA, 12. ALICANTE

OBJETIVOS

El voriconazol posee una farmacocinética compleja, ya que posee una eliminación no lineal, y una alta variabilidad, por lo que es necesario realizar una monitorización farmacocinética.

El objetivo fue validar un modelo farmacocinético poblacional de voriconazol en pacientes pediátricos y adultos con el objetivo de poder utilizarlo para la individualización posológica en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes adultos y pediátricos en tratamiento con voriconazol (oral e intravenoso) con al menos una concentración plasmática valle (Cpvalle). Se implementó un modelo farmacocinético poblacional (Gastine et al, 2017) en NONMEM (v7.3), el cual consiste en un modelo bicompartimental con doble aclaramiento (cinética de orden 1 y de Michaelis-Menten).

La evaluación del modelo se determinó mediante la exactitud (error relativo de predicción promedio (MRPE)) y la precisión (raíz cuadrada del promedio de los cuadrados de los errores relativos de predicción (RMSRPE)) para las dos poblaciones. Se calcularon los parámetros farmacocinéticos Cl, Vmax, Vd y Km estratificado en función de la población y de las Cpvalle (dentro del intervalo terapéutico, supra o infraterapéutico; intervalo terapéutico: Cpvalle 1-5 mg/L en tratamiento y 0,5-5 mg/L en profilaxis).

La determinación de las concentraciones plasmáticas se realizó en ARK® voriconazol (Indiko®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total 136 Cpvalle de 56 pacientes (pediatría: n=15 y 57 Cpvalle; adultos: n=41 y 79 Cpvalle). La media de las Cpvalle en el grupo pediátrico y adulto fueron 1,77 (1,32-2,22) vs 2,37 (1,98-2,75) ($p < 0,05$). La exactitud (IC95%) en el grupo pediátrico fue -0,160 (-0,597-0,276) y en el grupo adultos de 0,192 (-0,111-0,495), sin que se observen diferencias entre la exactitud de ambos grupos. La precisión (IC95%) de los grupos pediátricos y adultos fue 2,125 (1,256-3,354) y 2,456 (1,345-3,456), respectivamente. Los parámetros farmacocinéticos medios (IC95%) para los grupos pediatría y adultos fueron estadísticamente diferentes: aclaramiento (L/h/kg): 0,103 (0,086-0,122) vs 0,045 (0,042-0,049) ($p < 0,05$); Vmax (mg/h): 2,59 (2,12-3,05) vs 1,10 (0,98-1,23) ($p < 0,05$); Km (mg/L): 13,55 (8,52-18,57) vs 3,05 (2,61-3,48) ($p < 0,05$). Del mismo modo, al estratificar los parámetros farmacocinéticos en función de si las Cpvalle se encuentran dentro del intervalo terapéutico, supra o infraterapéutico en las dos poblaciones analizadas, observamos diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

El modelo farmacocinético poblacional de voriconazol para población adulta y pediátrica posee una exactitud y precisión similar. Además, no existe un sesgo de estimación de las Cpvalle (ya que el IC95% contiene el cero), por lo que es posible utilizar este modelo en la práctica clínica diaria.



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

4. EXPERIENCIA DE USO DE NIVOLUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

AUTORES

CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, GARAY SARRIA C, CASANOVA VÁZQUEZ J, ALONSO PERALTA C, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, MARTÍNEZ CALLEJO V, GARCÍA DE LA PAZ AM, VALERO DOMÍNGUEZ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de nivolumab, en términos de efectividad y seguridad, en el tratamiento del cáncer de células renales (CCR) localmente avanzado o metastásico en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo desde enero-2016 a marzo-2018 en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CCR, que iniciaron tratamiento con nivolumab, tras progresión a inhibidores tirosina quinasa (ITK) de los receptores de VEGF (sunitinib, pazopanib, sorafenib y axitinib), a inhibidores de mTOR (everolimus) u otros. Las variables registradas fueron: edad, sexo, histología, estadio, localización de las metástasis, tratamientos previos, dosis y número de ciclos administrados; así como efectos adversos (EAs) y grados de toxicidad (g) según Common Terminology Criteria Adverse Events (CTCAE.v4.3), además de efectividad en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) según criterios RECIST versión 1.1. Las fuentes de información fueron: Prescripción Electrónica Asistida e Historia Clínica Electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 14 pacientes. 3 pacientes fueron excluidos al considerar que los resultados de las prescripciones de nivolumab con fecha posterior al 31/12/2017 no eran evaluables. Las características clínico-demográficas de los pacientes 11 pacientes restantes fueron: 5 varones y 6 mujeres con una media de edad de 56,9 años (rango: 40-65), diagnosticados todos ellos de carcinoma renal de células claras estadio IV, con ECOG 0 (8 pacientes) y ECOG 1 (3). Presentaban metástasis pulmonares (9 pacientes), ganglionares (5), óseas (4), peritoneales (3), hepáticas (2), pancreáticas (2), renales (1) y esplénicas (1). Se utilizó nivolumab en 2ª línea de tratamiento en 2 pacientes, en 3ª línea en 4 pacientes, en 4ª línea en 2 pacientes, en 5ª línea de tratamiento en 2 pacientes y en 6ª línea en otro paciente. Todos los pacientes recibieron tratamiento con nivolumab a dosis de 3 mg/kg administrado por vía intravenosa durante 60 minutos cada 14 días, siendo la mediana de ciclos recibidos de 18,6 (6-50). Actualmente, de los 11 pacientes, 7 continúan en tratamiento (63,6%). La mediana de SLP hasta el momento es de 8,3 meses (rango: 1,5 - 23). Los EAs registrados más frecuentemente fueron de grado 1-2: astenia (4 pacientes), diarrea (2), mucositis (1) y nefrotoxicidad (1). La diarrea grado 2 y la nefrotoxicidad grado 2 fueron motivo de suspensión temporal del tratamiento 1 y 2 semanas respectivamente, reintroduciendo posteriormente el mismo sin EAs. Según nuestra experiencia, los resultados de uso de nivolumab en términos de efectividad (SLP) en nuestros pacientes son superiores a los publicados en el estudio pivotal CA209025, teniendo en cuenta que ha sido utilizado en líneas más avanzadas de tratamiento. Puesto que 7 pacientes continúan en tratamiento en la actualidad, serán necesarios estudios posteriores para poder obtener resultados concluyentes en términos de efectividad. En cuanto a lo que a seguridad se refiere, los EAs más frecuentes observados en nuestros pacientes son similares a los descritos en dicho estudio, con un perfil manejable: astenia y diarrea principalmente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

14. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE EVERÓLIMUS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

CRISTÓBAL GUTIÉRREZ H, GARAY SARRIA C, CASANOVA VÁZQUEZ J, OCHAGAVÍA SUFRATEGUI M, MARTÍNEZ CALLEJO V, GARCÍA DE LA PAZ AM, VALERO DOMÍNGUEZ M, GONZÁLEZ FRANCO RM
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, S/N. CANTABRIA

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de everolimus, en términos de efectividad y seguridad, en el tratamiento del cáncer de células renales (CCR) localmente avanzado o metastásico en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo (abril-2014 a marzo-2018) que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de CCR, que iniciaron tratamiento con everolimus, tras progresión a inhibidores tirosina quinasa (ITK) y del receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (sunitinib, pazopanib, axitinib y sorafenib). Las variables registradas fueron: edad, sexo, histología, estadio, localización de metástasis, tratamientos previos, dosis y número de ciclos administrados, efectos adversos (EAs) y grados de toxicidad (g) según Common Terminology Criteria Adverse Events (CTCAE.v4.3), además de efectividad en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) según criterios RECIST versión 1.1. Las fuentes de información fueron: Prescripción Electrónica Asistida e Historia Clínica Electrónica.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 17 pacientes. Las características clínico-demográficas de los pacientes fueron: 10 varones y 7 mujeres con una media de edad de 60,9 años (rango: 52-72), diagnosticados de carcinoma renal de células claras (13 pacientes), papilar (3) y carcinoma sarcomatoideo (1), todos ellos estadio IV, con ECOG 0 (4), ECOG 1 (5) y ECOG 2 (8). Presentaban metástasis pulmonares (12 pacientes), óseas (6), ganglionares (4), mediastínicas (4), hepáticas (4), suprarrenales (3) y retroperitoneales (1). Se utilizó everólimus en 2ª línea de tratamiento en 9 pacientes (6 tras progresión a sunitinib y 3 tras progresión a pazopanib) y en 3ª línea en los 8 pacientes restantes (tras progresión a sunitinib y pazopanib (3), sunitinib y axitinib (2), sunitinib y sorafenib (1), pazopanib y sorafenib (1) y temsirolimus y pazopanib (1)). La posología empleada fue 10 mg/día (11 pacientes) y 5 mg/día (6) por vía oral, 5 de ellos tras ajuste de dosis a función renal, cardíaca o estado funcional, siendo la mediana de ciclos recibidos de 6 (2-34). En cuanto a la efectividad, la mediana de SLP fue de 4,3 meses (rango: 1-32), teniendo en cuenta que 1 paciente continúa en tratamiento en la actualidad. En cuanto a la toxicidad, los EAs registrados más frecuentemente fueron de grado 1-2: astenia (7 pacientes), neumonitis (2), que obligó a la suspensión del tratamiento en un paciente, diarrea (4), prurito (3), mucositis (2), plaquetopenia (1), que obligó a la suspensión temporal durante 1 semana del tratamiento, y estreñimiento (1). El único EA grado 3 registrado fue astenia (1). Además, dos pacientes suspendieron el tratamiento de everólimus debido a mala tolerancia.

Según nuestra experiencia, los resultados de uso de everólimus en términos de efectividad (SLP) en nuestros pacientes son similares a los publicados en el estudio pivotal RECORD-1, teniendo en cuenta que 1 paciente continúa en tratamiento en la actualidad. En cuanto a la seguridad, el perfil de EAs, así como el grado de toxicidad fue similar al descrito en dichos estudios, entre los que destacan la toxicidad pulmonar, astenia, diarrea y mucositis.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

294. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE AGENTES CON RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA PRECOZ

AUTORES

ALMANCHEL RIVADENEYRA M, TOMÁS LUIZ A, SÁEZ GARRIDO M, RUÍZ GÓMEZ A, ALONSO ROMERO JL, DÍAZ CARRASCO MS
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA. MURCIA

OBJETIVOS

Determinados fármacos producen prolongación del intervalo QT, un parámetro electrocardiográfico que mide la cantidad de tiempo requerido para la despolarización y repolarización ventricular. Esta prolongación puede originar una taquicardia ventricular polimórfica denominada torsades de pointes, poco frecuente, pero con una elevada incidencia de muerte súbita asociada. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de interacciones farmacológicas (IF) entre agentes con riesgo de prolongación del intervalo QT, durante el tratamiento con quimioterapia, en pacientes con cáncer de mama precoz.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes que iniciaron quimioterapia adyuvante/neoadyuvante, a cargo del Servicio de Oncología Médica de un hospital terciario, durante 2013 y 2014. Para el análisis se utilizó la base de datos de interacciones Lexi-comp®, registrando las IF de nivel C (monitorizar), D (considerar la modificación del tratamiento) y X (evitar combinación). Los fármacos se clasificaron en tres niveles según el riesgo de elevación del intervalo QT: elevado, moderado e indeterminado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 273 pacientes, 271 mujeres (99,3%), con una edad media de 52,5 ± 10,7 años. Se obtuvo un total de 166 IF (117, 18 y 31 de riesgo C, D y X, respectivamente), en 104 pacientes (38,1%). Los pacientes recibieron los siguientes antineoplásicos: ciclofosfamida: 268 pacientes, doxorubicina: 211, paclitaxel: 160, docetaxel: 79, trastuzumab: 48, epirubicina: 16, fluorouracilo: 15, pertuzumab: 11, eribulina: 6, doxorubicina-liposomal: 3, metotrexato: 2. Los medicamentos de soporte fueron: dexametasona: 273, ondansetron: 267, dexclorfeniramina: 168, ranitidina: 168, fosaprepitant: 121, filgrastim 101, aprepitant: 100, metoclopramida: 54, nistatina: 13, epoetina-α: 6, palonosetron: 3, lenograstim: 2, lidocaína: 2, domperidona: 1. Sólo fluorouracilo (riesgo indeterminado), ondansetron (moderado), metoclopramida (indeterminado) y domperidona (elevado) eran fármacos prolongadores del intervalo QT. Se prescribieron 83 fármacos no incluidos en los dos grupos anteriores con riesgo de prolongación del intervalo QT, siendo los más frecuentes: escitalopram (elevado): 16, venlafaxina (indeterminado): 10, fluoxetina (elevado): 8, sertralina (indeterminado): 6, paroxetina (indeterminado): 5, sulpirida (elevado): 3.

Las IF de riesgo X fueron: escitalopram-ondansetron (15), fluoxetina-ondansetron (8), sulpirida-ondansetron (2), escitalopram-sulpirida (1), fluoxetina-paliperidona (1), paliperidona-ondansetron (1), flupentixol-ondansetron (1), domperidona-ondansetron (1) y escitalopram-efavirenz (1).

Las IF de riesgo D fueron: escitalopram-fluorouracilo (2), escitalopram-venlafaxina (2), escitalopram-nicardipino (1), sulpirida-nicardipino (1), paliperidona-amitriptilina (1), granisetron-ondansetron (1), domperidona-metoclopramida (1), domperidona-salbutamol (1), domperidona-salmeterol (1), domperidona-sertralina (1), domperidona-venlafaxina (1), fluoxetina-ranolazina (1), escitalopram-ibandronato (1), flecainida-ondansetron (1), efavirenz-ondansetron (1), escitalopram-salmeterol (1), escitalopram-mirtazapina (1).

Las IF de riesgo C más frecuentes fueron: ondansetron-metoclopramida (51), ondansetron-fluorouracilo (15), ondansetron-venlafaxina (10), ondansetron-sertralina (6), ondansetron-paroxetina (6). Ondansetron estuvo implicado en 145 IF (87,35%), fluorouracilo en 18 IF (10,84%) y los antidepresivos en 68 IF (40,96%).



Conclusiones

Existe un elevado número de IF entre ondansetron, fármaco de soporte ampliamente utilizado, y los antidepresivos, destacando las IF de riesgo X producidas entre ondansetron y escitalopram/fluoxetina. Respecto a los antineoplásicos, sólo fluorouracilo produjo IF de este tipo, fármaco actualmente relegado de los tratamientos adyuvantes/neoadyuvantes por antraciclinas y taxanos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

293. EFECTIVIDAD DE TERAPIAS BASADAS EN DARATUMUMAB EN VIDA REAL

AUTORES

RAMOS RODRÍGUEZ J, HERNÁNDEZ ROJAS S, GONZÁLEZ GARCÍA J, VIÑA ROMERO MM, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GARCÍA GIL S, NAZCO CASARIEGO GJ, MERINO ALONSO FJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N,. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir los resultados de efectividad de las combinaciones basadas en Daratumumab en la práctica clínica

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, retrospectivo, de 17 meses de duración (Diciembre 2016 – Abril 2018) en el cual se analizaron todos los pacientes tratados con daratumumab en dos hospitales de tercer nivel.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, años de enfermedad, líneas de tratamiento previas, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y reacciones relacionadas con la perfusión (RRPs). Dichas variables fueron extraídas de la historia clínica de los pacientes.

Las medianas de SLP y SG se obtuvieron a partir de curvas de Kaplan Meier y se compararon con los resultados de los ensayos clínicos pivotaes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el estudio han sido incluidos un total de 26 pacientes (21 hombres (81%)), en los cuales la media de años desde el diagnóstico fue de 5,17 (1,83-20,78).

15 pacientes (58%) habían recibido trasplante de progenitores hematopoyéticos, 100% bortezomib, 23 lenalidomida (88%), 12 carfilzomib (46%), 9 pomalidomida (58%), 7 talidomida (27%), 1 ixazomib (4%), 1 panobinostato (4%) y 1 elotzumab (4%).

Todos los pacientes recibieron Daratumumab en líneas avanzadas (3ª línea o sucesivas). 5 de ellos (19%) sufrieron RRP de grado 1-2, pudiendo finalizar el tratamiento a menor velocidad sin incidencias.

De los pacientes incluidos, 16 pacientes han progresado, lo que representa una mediana de SLP de 1,93 meses (1,11-2,74 IC 95%), mientras que la SG se sitúa en 6,9 meses (2,5-11,2 IC 95%)

Los datos de los ensayos clínicos pivotaes concluyeron que la mediana de SLP a 12 meses ascendía al 61 y 83% en CASTOR y POLLUX, respectivamente, si bien es cierto que estos pacientes sólo habían recibido una línea previa.

Los resultados obtenidos indican que hasta la fecha, la eficacia del daratumumab es inferior a la descrita en los ensayos clínicos. Posiblemente esto se debe a que esté siendo prescrito en pacientes que no repiten las características basales de los incluidos en los ensayos pivotaes de autorización. Una correcta selección de pacientes resulta crucial para obtener los resultados en salud desados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

59. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRENTUXIMAB VEDOTÍN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

CASAS HIDALGO CHUDG, RODRÍGUEZ GÓMEZ P, VALLE CORPAS M, NIETO GÓMEZ P, MORENO RAYA P, I INMACULADA CASAS HIDALGO. AVDA. DEL CONOCIMIENTO S/N. GRANADA

OBJETIVOS

Describir la efectividad y seguridad de brentuximab vedotín (BV) de acuerdo con la experiencia de su uso en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2015 a marzo de 2017 de todos los pacientes que iniciaron tratamiento con BV en un hospital de tercer nivel. Las variables analizadas fueron sexo, edad, diagnóstico, estadio de la enfermedad, tratamientos previos, número de ciclos de BV administrados, trasplante posterior, efectividad según los criterios Cheson (confirmado por PET) y efectos adversos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 12 pacientes. El 58% de los pacientes eran hombres y la mediana de edad fue de 42 años (rango 22-67). Diagnóstico: 10 pacientes fueron diagnosticados de linfoma de Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular, 1 paciente de linfoma anaplásico NK y 1 paciente de micosis fungoide transformada a linfoma T de células grandes. Estadio de la enfermedad: I (1/12), II (6/12), III (1/12), IV (4/12). A 5 pacientes se administró BV cuando su enfermedad era refractaria a otros tratamientos y a 7 pacientes cuando estaban en recaída. La mediana de ciclos previos fue de 10 (rango 14 – 7). Los tratamientos previos más frecuentes fueron: ABVD (10/12), ESHAP-MINE (8/12), CHOP (5/12), GPD (5/12). La mediana de ciclos de BV recibidos fue de 4 (rango 1 – 7). En 5 pacientes (todos ellos diagnosticados de linfoma de Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular) se llevó a cabo un trasplante posterior: TASPE (2/5) y aloTPH (5/5). Efectividad: Remisión completa (CR) (4/12), remisión parcial (PR) (5/12), enfermedad en progresión (PD) (2/12) y pendiente de evaluación (1/12).

Los efectos adversos se manifiestan en el 33,33% de los pacientes. Durante el primer ciclo de BV, se ven afectados 2 pacientes por molestias abdominales (sin alteración del hábito intestinal) y lesiones eritematosas (que son tratadas con corticoides y antihistamínicos iv). Durante el cuarto ciclo de tratamiento, se ve afectado 1 paciente por neuropatía sensitiva periférica grado II (reversible). En el séptimo ciclo de tratamiento, se ve afectado 1 paciente por reacción infusional (disnea, sensación de hinchazón de cara y cuello) a pesar de la premedicación, lo que conlleva a la suspensión de BV. Se produjo éxitus en 2 pacientes al poco tiempo de iniciar el tratamiento con BV.

Conclusiones

Brentuximab vedotín es un tratamiento efectivo en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular, consiguiéndose remisión completa o parcial en la mayoría de los pacientes sometidos a dicho tratamiento. Sin embargo, presenta una toxicidad que conlleva a la retirada del fármaco en uno de los pacientes. El éxitus que se produce en dos pacientes, tiene lugar al inicio del tratamiento con BV, por lo que las causas parecen estar más relacionadas con el avanzado estadio de la enfermedad que con la toxicidad del fármaco. No obstante, se necesitan estudios a más largo plazo y con mayor población para conocer el balance beneficio-riesgo así como identificar subgrupos de población con mayor probabilidad de respuesta con la menor tasa de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

62. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES ORALES

AUTORES

VIÑA ROMERO MM, NAVARRO DÁVILA MA, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, MERINO ALONSO J, GARCÍA GIL S, GONZÁLEZ MENDEZ H, HIDALGO VEGA A, RIOS RULL P
HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

La eficacia de los tratamientos para el mieloma múltiple (MM) están consiguiendo que se transforme en un proceso crónico, y como tal, es importante lograr no solo mejorías en las supervivencias si no también aportar una buena calidad de vida a los pacientes. El objetivo del presente trabajo ha consistido en evaluar la calidad de vida reflejada por parte de los pacientes diagnosticados de MM e identificar los factores que condicionan la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de un año de duración (septiembre 2016-2017) en el que se incluyeron los pacientes, mayores de edad, diagnosticados de MM en tratamiento con algún inmunomodulador oral (talidomida, lenalidomida, pomalidomida). Los parámetros demográficos y clínicos de los pacientes fueron registrados a partir de las historias clínicas de los pacientes empleando el aplicativo informático DRAGO AE® y el Farmis Oncofarm®. La calidad de vida fue evaluada empleando el cuestionario EUROQUOL-5D-5L, para España. Los pacientes fueron estratificados en dos grupos, con mayor y menor estado de calidad de vida de 0,7 (> 0,7-EQ y < 0,7-EQ) Para el análisis estadístico se empleó el programa G-STAT v2. El protocolo ha sido presentado al Comité Ético de Investigación clínica del Hospital y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se fueron incluidos 24 pacientes: 10 son hombres (41,6%) y una edad media de 61 años (39-76). El 75% de los pacientes se encontraba en tratamiento con lenalidomida y el 25% con talidomida. Los efectos adversos más frecuente fueron: la neuropatía periférica en el 58,3% de los pacientes, seguido por la somnolencia en un 20,8% de los casos. La media de estado de salud de los pacientes fue de 0,52 (EUROQUOL-5D-5L) y la media del valor subjetivo de la escala EVA fue de 59,9. Los factores condicionantes del estado de salud (para un valor límite de 0,7) fueron: La talidomida: los pacientes con este tratamiento refirieron un estado medio de 0,307 y los de lenalidomida 0,665 ($p=0.015$). Neuropatías: Únicamente la mostraron el 36% de los pacientes > 0,7-EQ., mientras que en los pacientes < 0,7-EQ, ésta estaba presente en el 77% de los casos ($p=0.04$). Sexo femenino: éstas eran el 76,9% en el grupo < 0,7-EQ y del 36,7% en el de > 0,7-EQ.

El análisis de la calidad de vida en los pacientes con tratamientos crónicos permite cuantificar, al menos en parte, los resultados que estamos teniendo con los mismos. Con el presente trabajo hemos mostrado la percepción que los pacientes con MM, en tratamiento con inmunomodulares, tienen sobre su estado de salud. Se han identificado como factores negativos de calidad de vida el sexo femenino, el tratamiento con talidomida y la presencia de neuropatías.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

63. TRATAMIENTO ACTUAL DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

VIÑA ROMERO MM, GUTIERREZ NICOLÁS F, MERINO ALONSO J, GARCIA GIL S, MONTERO DELGADO A, NAVARRO DAVILA M, GONZALEZ GARCÍA J, MORALES BARRIOS JA
HOSPITAL UNIV. NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. CTRA. DEL ROSARIO, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Analizar las terapias utilizadas en las distintas líneas para el tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple (MM) como paradigma de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de tipo retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de MM con tratamiento activo en el momento del estudio. Se registraron los tratamientos previos y los pacientes fueron clasificados en dos grupos: candidatos (PCT) y no candidatos (PNCT) a trasplante en el momento del diagnóstico. Para este registro se analizaron las historias clínicas mediante los aplicativos informáticos DRAGO-AE®, Farmis-oncofarm® y Farmatools-DPE®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el estudio se incluyeron 93 pacientes diagnosticados de MM. De estos el 54% eran hombres, y la edad media de la población de estudio fue de 65(34-87) años. Un 57% PCT y un 43% PNCT. PNCT: El 87% de los pacientes son tratados en primera línea con bortezomib-melfalán-prednisona (VMP), 5% bortezomib-talidomida-dexametasona (VTD), 3% lenalidomida-dexametasona (Rd) y el 5% con alternante de quimioterapia. En segunda línea el 50% son tratados con Rd; 20% Bortezomib-dexametasona (Vd); 10 % VMP; 5% melfalán-prednisona (MP), 5% VTD, 5% bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona (VCD) y 5% carfilzomib-lenalidomida-dexametasona (KRd). En 3ª línea el 25% es tratado con Rd; 25% ciclofosfamida; 25% Vd; 12,5% VMP y el otro 12,5% con VCD. En cuarta el 66,6% se trató con VCD y el resto con Rd. En quinta con VCD el 100% y en 6ª línea el 100% con KRd. PCT: En primera línea un 53% se trató con VTD; 17% vincristina-doxorrubicina-dexametasona (VAD); 15% Vd; 9% VCD y un 6% con alternante. En segunda línea el 62% recibió Rd; Vd el 16%; 12% VCD y un 4 % con Alternante y VMP cada uno. En tercera línea un 40% son tratados con Vd; 20 % VCD; 20 % Rd; 7% Alternante, un 7% con VMP y el restante 7% con VTD. En cuarta línea un 38% son tratados con Alternante; 32 % Vd; 16% Rd; 8% con el esquema de poliquimioterapia DT-PACE y un 8% con VCD. En 5ª un 40% con pomalidomida; 20% KRd; 20 % DT-PACE; 10% VCD y el otro 10% con VMP. En 6ª pomalidomida, Rd, DT-PACE y ciclofosfamida en partes iguales (25%) En 7ª el 100% con KRd y en 8ª línea sólo un paciente con daratumumab.

Con el presente trabajo hemos querido mostrar las terapias empleadas en el tratamiento del MM en un hospital de tercer nivel. Se observa como la prescripción, por parte de los facultativos del Servicio de Hematología, para la primera línea de tratamiento (en candidatos y no candidatos a trasplante) es homogénea. Sin embargo, en líneas posteriores de tratamientos las alternativas de tratamiento se diversifican, En nuestra población de estudio el carfilzomib y el daratumumab, de reciente incorporación, se están utilizando en etapas muy avanzadas de la enfermedad, a pesar de haber demostrado mejores respuestas clínicas en líneas anteriores. Estudios de este tipo, permiten asentar las bases para el conocimiento de las eficiencias logradas en nuestros hospitales con las distintas alternativas terapéuticas y con ellos elaborar protocolos de uso de tratamientos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

91. RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO INTRAVENOSO RESPECTO A SU CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN

AUTORES

GARCÍA MUÑOZ S, GARCÍA MARTÍNEZ T, MEDINA GUERRERO A, MONTESINOS ORTÍ S, BELLO CRESPO M, SOLER COMPANY E

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. CALLE SAN CLEMENTE 12. VALENCIA

OBJETIVOS

Describir los hábitos de conducción y el grado de conocimiento de los pacientes sobre la influencia de su medicación antineoplásica intravenosa sobre la capacidad de conducir. Medir los resultados percibidos por los pacientes en lo que se refiere a la capacidad de conducción de vehículos y relacionarlos con los distintos tratamientos administrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron aquellos medicamentos antineoplásicos que se administraban en el hospital de día susceptibles de afectar a la capacidad de conducción según la información disponible. Se realizó una encuesta durante dos meses de duración (febrero-marzo 2018) a los pacientes tratados con alguno de los medicamentos afectados. Se recogieron las siguientes variables en la encuesta: edad, sexo, tratamiento oncohematológico, carnet de conducir, frecuencia de conducción, conocimiento de los posibles efectos de los medicamentos sobre la conducción y del pictograma de conducción, reacciones adversas relacionadas con la conducción y cambios en la capacidad de conducción durante el tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en la encuesta a 115 pacientes, 93 pacientes tenían carnet de conducir. Los resultados se presentan de estos 93 pacientes, 67 eran hombres y tenían una mediana de edad de 63 años (35-84). El 72% (67 pacientes) conducían durante el tratamiento oncohematológico, de los cuales 12 pacientes eran conductores profesionales. La frecuencia de conducción era en un 43% diariamente, 16% varios días a la semana y 37,6% esporádicamente. El 85% de estos pacientes sabían que algunos medicamentos pueden interferir en la capacidad de conducir pero sólo el 40% de ellos conocían el pictograma de conducción. El 56% de los pacientes han sufrido alguna reacción adversa relacionada con la capacidad de conducir, de ellos 12 pacientes (13%) percibieron cambios en la capacidad de conducir desde que empezó el tratamiento. De estos 12 pacientes, 10 de ellos continuaban conduciendo a pesar de verse modificada su capacidad de conducción. Los tratamientos administrados en estos 12 pacientes fueron: irinotecan/5-fluorouracilo en 4 pacientes, nivolumab en 3 pacientes, docetaxel y trastuzumab en 2 pacientes y nab-paclitaxel, carboplatino/5-fluorouracilo y oxaliplatino en un paciente. Cabe destacar que el 80 % de los pacientes en tratamiento con la combinación irinotecan/5-fluorouracilo percibió cambios en su capacidad de conducir.

Conclusiones

Un número significativo de pacientes en tratamiento con antineoplásicos intravenosos perciben cambios en la capacidad de conducción de vehículos. El esquema que con mayor frecuencia ha modificado la percepción en la capacidad de conducción de vehículos fue la combinación irinotecan/5-fluorouracilo (esquema FOLFIRI).

Estos resultados ponen en manifiesto la importancia de que los pacientes sean informados de los efectos de los tratamientos antineoplásicos intravenosos sobre la capacidad de conducir y puede considerarse como un factor más a tener en cuenta en la elección del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**107. RAMUCIRUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO METASTÁSICO: ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE****AUTORES**

LLORENTE SERRANO M, MARTÍNEZ VALDIVIESO L, SÁNCHEZ GUNDÍN J, MARTÍ GIL C, MARTÍN NIÑO I, BARREDA HERNÁNDEZ D
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. HERMANDAD DONANTES DE SANGRE, S/N. CUENCA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad, seguridad y coste de ramucirumab (anticuerpo monoclonal IgG1) en el tratamiento de pacientes adultos con adenocarcinoma gástrico avanzado (AGA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo desde 01/12/2015 hasta el 31/03/2018 en un hospital de segundo nivel. A través del programa de gestión farmacoterapéutica de pacientes oncológicos (Farhos®v.5.0), se identificaron los pacientes tratados con ramucirumab, revisándose las historias clínicas electrónicas (MambrinoXXI®).

Variables recogidas: sexo, edad, diagnóstico, estadio al diagnóstico e inicio de ramucirumab, metástasis (número y localización al diagnóstico e inicio de ramucirumab), tratamientos previos de enfermedad metastásica (TPEM), pauta posológica, esquema quimioterápico y número de administraciones de ramucirumab.

Para evaluar:

1. Efectividad: se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) según criterios RECIST, contrastándolo con los estudios REGARD y RAINBOW.
2. Seguridad: frecuencia y gravedad de efectos adversos (EA) según CTCAEv.4.03
3. Coste:
 - a) coste medio (CM)/paciente tratado con ramucirumab;
 - b) CM/mes versus. c) CM/mes paciente de hospital de día oncohematológico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se identificaron 11 pacientes (82% varones), mediana de edad: 61 (rango: 32-73). Diagnóstico: 100% de los pacientes AGA. 45,5% de los pacientes presentaban estadio IV al diagnóstico. Al iniciar ramucirumab, todos ellos presentaban estadio IV. Mediana de metástasis al:

- diagnóstico: 0 (rango: 0-3).

- inicio de ramucirumab: 2 (rango: 1-4), principalmente peritoneales, pulmonares, óseas y hepáticas.

Principal TPEM utilizado: epirubicina/oxaliplatino/capecitabina en 45,5% pacientes.

En el 63,7% de los casos, ramucirumab se inició en segunda línea de tratamiento.

Todos los pacientes iniciaron pauta posológica según ficha técnica: 1 paciente requirió reducción de dosis por neutropenia afebril debido probablemente a la combinación de ramucirumab con paclitaxel.

Mediana de administraciones: 5 (rango: 2-23). Mediana de dosis/administración: 520 mg (rango: 328-656). En cuanto al esquema quimioterápico, 9 pacientes recibieron ramucirumab más paclitaxel y 2, en monoterapia.

Al cierre del estudio, 1 paciente continuaba tratamiento tras 23 administraciones. En el resto, se suspendió por:

- EA: 1 paciente (insuficiencia cardiaca);

- éxito: 2 pacientes, mientras estaban en tratamiento con ramucirumab, tras mediana de 2 administraciones;

- progresión: 7 pacientes, tras una mediana de 6 administraciones (rango: 2-18). Mediana SLP: 3 meses (rango: 1-8).

De estos 7 pacientes, 5 recibieron tratamientos posteriores con carboplatino, irinotecan o 5-Fluorouracilo/irinotecan.

En cuanto a la SG, 2 pacientes vivían al cierre del estudio después de una media de 13,5 meses desde inicio de ramucirumab. El resto fue exitus, SG: 5 meses (rango: 1-9).

EA más frecuentes: afonía (4), anorexia/hiporexia (4), disnea(3) y epistaxis (3). EA debido probablemente a paclitaxel: neurotoxicidad (4), astenia (4) y neutropenia afebril grado-3 (2). En cuanto a gravedad, sólo se registró para neutropenia afebril.

Coste: a) 19.692 €, b) 4.956,4 € versus. c) 7.749,59 €.

Conclusiones

Las principales limitaciones de nuestro estudio fueron el corto periodo de seguimiento y el pequeño tamaño muestral. Los resultados de efectividad fueron inferiores a los de los ensayos REGARD y REINBOW pero el perfil de seguridad fue muy similar al descrito en ficha técnica y estudios pivotaes.

Debido al alto coste del fármaco, sería conveniente diseñar estudios de mayor tamaño muestral, seleccionando el subgrupo de pacientes que podría tener mayor beneficio clínico sin repercusión en la calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**129. COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PROTEINQUINASA FRENTE A INMUNOTERAPIA EN SEGUNDA LINEA EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO****AUTORES**

CONESA NICOLÁS E, MARTINEZ PENELLA M, BALSALOBRE YAGO J, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, NUÑEZ BRACAMONTE S, SÁNCHEZ CATALICIO MDM, CHICA MARCHAL AM
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/MEZQUITA S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Comparar la efectividad y seguridad de los fármacos inhibidores de proteinquinasa (IPK) frente a nivolumab como tratamiento de segunda línea en pacientes con carcinoma renal.metastásico.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo desde marzo de 2013 hasta marzo de 2018 donde se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de carcinoma renal metastásico que han progresado a una primera línea de tratamiento en un hospital general de tercer nivel. Se han clasificado en dos grupos: pacientes tratados con fármacos IPK (sunitinib, sorafenib, pazopanib, axitinib y everolimus) (grupo 1) y pacientes tratados con nivolumab (grupo 2).

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), número y localización de las metástasis, duración de tratamiento, modificación del tratamiento (reducción de dosis, interrupción temporal o suspensión), supervivencia libre de progresión (SLP) y efectos adversos grado 3-4 según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE 4.0).

Los datos se obtuvieron de los programas de dispensación (Savac®), de validación-preparación de fármacos citostáticos (Farmis-Oncofarm®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 16 pacientes. 12 en el grupo 1 y 4 en el grupo 2. La mediana de edad fue 59 años [41-79] en el grupo 1, siendo 8 hombres y 62 años [52-74] en el grupo 2 siendo todos hombres. El ECOG de los pacientes al inicio del tratamiento fue 0 (n=1), 1 (n=9) y 2 (n=2) en el grupo 1 y fue 1 para todos los pacientes del grupo 2. El número de metástasis fue 1 (n=1), 2 (n=8), 3 (n=3) en el grupo 1 localizadas en pulmón (n=8), cerebro (n=1), hueso (n=2), glándula suprarrenal (n=2), páncreas (n=1), hígado (n=3), región retroperitoneal (n=5), mediastino (n=2) pleura (n=2). Todos los pacientes del grupo 2 presentaban 2 metástasis localizadas en pulmón (n=3) y región retroperitoneal (n=3). La mediana de tiempo en tratamiento fue de 3,3 meses en el grupo 1 y 5,7 meses en el grupo 2.

En 5 pacientes del grupo 1 fue necesario reducción de dosis e interrupción temporal del tratamiento. Las causas principales fueron: toxicidad gastrointestinal (n=2), hiporexia (n=1), candidiasis orofaríngea (n=1), hepatotoxicidad (n=1). En el grupo 2 no fue necesario interrumpir tratamiento.

9 pacientes del grupo 1 suspendieron el tratamiento por progresión de enfermedad. 2 de ellos habían suspendido ya un fármaco en segunda línea por toxicidad inaceptable. En el grupo 2 la causa de suspensión del tratamiento fue progresión de enfermedad (n=2).

La mediana de SLP en el grupo 1 fue 2,8 meses (IC 95% 0,72-15,58) y en el grupo 2 fue 5,7 meses (IC 95% -18-30,16).

Los efectos adversos grado 3-4 descritos en el grupo 1 fueron: leucoencefalopatía posterior reversible (n=1), astenia (n=2), hiporexia (n=2), anemia (n=1), hepatotoxicidad (n=1). En el grupo 2 no se describieron.

Los resultados obtenidos muestran una mejor efectividad y tolerancia con nivolumab frente a los fármacos convencionales pero debido al escaso número de pacientes de la muestra y a que los grupos no están balanceados no podemos extraer conclusiones contundentes.

Se hace necesario continuar la investigación en la práctica clínica habitual debido a la incorporación de nivolumab como tratamiento de segunda línea del carcinoma renal metastásico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

130. EXPERIENCIA DE USO DE PEMETREXED FUERA DE FICHA TÉCNICA EN PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CÉRVIX

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, MARTINEZ PENELLA M, BALSALOBRE YAGO J, VINEY . AC, NUÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, CHICA MARCHAL AM, SARRIO MONTES G
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el uso de pemetrexed fuera de ficha técnica en pacientes con carcinoma epidermoide de cérvix.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo donde se incluyeron a todas las pacientes con carcinoma epidermoide de cérvix tratadas con pemetrexed fuera de ficha técnica en un hospital de tercer nivel desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017. Se elaboró una base de datos donde se recogieron: edad, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al inicio del tratamiento, líneas de tratamiento previas y sucesivas, número de ciclos recibidos, mediana de tiempo hasta el primer evento adverso (definido como progresión de la enfermedad, efecto adverso o muerte), fecha y motivo de la discontinuación del tratamiento y efectos adversos grado 3-4 según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE 4.0).

Se realizó un informe de uso del medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas junto con el consentimiento informado del paciente y se aprobó por la dirección del hospital.

Los datos se obtuvieron del programa de validación y preparación de fármacos citostáticos (Farmis-Oncofarm®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 4 mujeres con una mediana de edad de 56,5 años [45-67] y un ECOG inicial de 1. El fármaco se empleó en segunda línea de enfermedad metastásica en 3 pacientes y en tercera línea en una de las mismas. La mediana de ciclos administrados fueron 2 [1-5]. La mediana de tiempo hasta primer evento adverso fue 3,5 semanas [3-9].

Las causas de suspensión del tratamiento fueron: 2 pacientes presentaron toxicidad hematológica inaceptable (trombopenia grado 4) tras primer y segundo ciclo respectivamente. En las otras 2 pacientes se suspendió por progresión de enfermedad tras 2 y 5 ciclos. Únicamente en una paciente se continuó con una línea de tratamiento sucesiva.

Todas las pacientes presentaron efectos adversos grado 3-4 siendo los principales: trombopenia grado 4 (n=2), astenia grado 3 (n=2), hipopotasemia grado 3 (n=1).

En nuestra experiencia, el uso de pemetrexed en carcinoma epidermoide de cérvix fuera de ficha técnica ha evidenciado un escaso beneficio clínico con una elevada toxicidad relacionada con el tratamiento. En relación con el estudio fase II CERVIX 1 se evidencian unos resultados significativamente inferiores a los reportados por el estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

131. EXPERIENCIA DE CETUXIMAB Y RADIOTERAPIA CONCOMITANTE EN CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE CABEZA Y CUELLO LOCALIZADOS O LOCALMENTE AVANZADOS EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CHICA MARCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ, CHECA SORIANO A, MUÑOZ GARCÍA I, NÚÑEZ BRACAMONTE S, MARTÍNEZ PENELLA M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

En pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de carcinoma escamoso de cabeza y cuello localizado o localmente avanzado, el tratamiento concomitante con radioterapia y Cisplatino a altas dosis en la mayoría de las ocasiones es excepcional dada la comorbilidad y situación basal de estos pacientes. En estas ocasiones el uso de Cetuximab es una buena elección dado el mejor perfil de tolerancia y la baja toxicidad añadida al tratamiento de radioterapia. Como objetivo se pretende determinar las tasas de respuesta al tratamiento, así como, los eventos adversos obtenidos durante el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de una serie de 17 pacientes mayores de 70 años tratados con Cetuximab y radioterapia con diagnóstico de carcinoma de cabeza y cuello localizado o localmente avanzado. La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 17 paciente con una mediana de edad de 76 años [70 – 86 años], y tras un seguimiento de al menos 12 meses. En la actualidad 10 pacientes se encuentran libres de progresión, 4 pacientes se mantienen vivos y en tratamiento activo por progresión de la enfermedad, y 3 pacientes fallecieron como consecuencia directa de su enfermedad oncológica.

En relación a la cumplimentación del tratamiento, destaca que 13 pacientes (76%) completaron entre 6 y 7 ciclos de Cetuximab, 2 pacientes completaron 5 ciclos de Cetuximab, y únicamente 2 pacientes pudieron completar 4 o menos ciclos de tratamiento por toxicidad. Destaca el fallecimiento de un paciente intratamiento secundario a una neumonía por broncoaspiración tras el 3º ciclo.

Respecto a la toxicidad obtenida durante el tratamiento la más frecuente fue la mucositis (88%), seguida de disfagia (82%), toxicidad cutánea (76%) y astenia leve-moderada 71%. Destaca la ausencia de toxicidad hematológica grado III-IV en ninguno de los pacientes.

En conclusión, Cetuximab en combinación con radioterapia es una buena alternativa a Cisplatino en el tratamiento de pacientes de edad avanzada con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. En nuestra serie se ha evidenciado unas tasas de respuesta y de perfil de toxicidad semejantes a las obtenidas en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

132. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR FIEBRE NEUTROPÉNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CHICA MARCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, CHECA SORIANO A, MARTÍNEZ PENELLA M, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY A, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

La realización de algún evento de fiebre neutropénica a lo largo del tratamiento oncológico es motivo frecuente de consulta en los servicios de oncología médica. Ante este motivo se realizó un estudio retrospectivo de los ingresos por fiebre neutropénica durante un año en un servicio de oncología médica.

El objetivo es la realización de un análisis descriptivo de los pacientes que ingresaron en el servicio de oncológica por fiebre neutropénica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en el servicio de oncología médica entre enero 2013 y diciembre 2013 de una población en tratamiento quimioterápico de 1701 pacientes únicos y tras la administración de 10.638 tratamientos quimioterápicos durante dicho periodo.

Se elaboró una base de datos donde se recogieron: edad, sexo, tipo de tumor, esquema de quimioterapia, tiempo transcurrido desde la administración del tratamiento, foco de infección y documentación microbiológica obtenida.

La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultado se obtuvo la necesidad de ingreso hospitalario de un total de 51 pacientes (3%) de un total de 1701 pacientes tratados. En cuanto a la distribución por sexos las mujeres supusieron un 65% versus 35% de hombres, y con una estancia media 5.4 días [0 – 18 días].

Como origen del evento febril el foco infeccioso más frecuente fue el de origen desconocido (31%), seguido de foco respiratorio (29%), gastrointestinal (16%) y urinario (9.8%).

El periodo de mayor incidencia de ingresos fue en el intervalo tras administración de quimioterapia del séptimo al undécimo día (41%) seguido del intervalo del duodécimo al decimocuarto día (25.5%).

Respecto a los esquemas de quimioterapia más frecuentemente relacionados, en primer lugar se encuentra TAC (16%), FEC (11.7%), Rituximab-Bendamustina (7.8%) y por último FOLFOX y Carboplatino-Paclitaxel (4%).

En el rendimiento microbiológico se extrajeron hemocultivos en el 88% de los pacientes y urocultivos únicamente en el 60%. Se obtuvo documentación microbiológica en únicamente 6 hemocultivos (Staphylococcus Aureus, Pseudomonas Aeruginosa en tres casos, Citrobacter Kosei, Staphylococcus Hominis) y en un único caso en los urocultivos (Citrobacter Kosei).

La tasa de fracaso antibiótico tras resultado de antibiograma fue nula, dado que todos los microorganismos fueron sensibles al tratamiento antibiótico empírico iniciado al ingreso. Destaca la ausencia de eventos adversos severos durante el ingreso hospitalario ni reingresos hospitalarios por nuevos eventos febriles.

En conclusión, en los datos obtenidos se evidencia la elevada incidencia de eventos de fiebre neutropénica en pacientes con esquemas quimioterápicos de carcinoma de mama, así como el bajo rendimiento microbiológico obtenido en los cultivos. Por el contrario, destaca la ausencia de eventos adversos severos en ninguno de los pacientes recogidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

133. HIPÓTESIS OBTENIDAS TRAS ANÁLISIS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR FIEBRE NEUTROPÉNICA EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DURANTE UN AÑO

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CONESA NICOLÁS E, CHICA MARCHAL AM, CHECA SORIANO A, MUÑOZ GARCÍA I, NÚÑEZ BRACAMONTE S, MARTÍNEZ PENELLA M, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

La realización de algún evento de fiebre neutropénica a lo largo del tratamiento oncológico es motivo frecuente de consulta en los servicios de oncología médica. Ante este motivo se realizó un estudio retrospectivo de los ingresos por fiebre neutropénica durante un año en un servicio de oncología médica.

El objetivo es tras el análisis descriptivo de una serie de variables cuantitativas (estancia media, edad media, PCR, hemoglobina, etc) se formulan tres hipótesis en relación con la identificación de factores demográficos o analíticos que pretendan estimar la duración del ingreso hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en el servicio de oncología médica entre Enero 2013 y Diciembre 2013 de una población en tratamiento quimioterápico de 1701 pacientes únicos y tras la administración de 10.638 tratamientos quimioterápicos durante dicho periodo.

Se elaboró una base de datos donde se recogieron: edad, sexo, tipo de tumor, esquema de quimioterapia, tiempo transcurrido desde la administración del tratamiento, foco de infección y documentación microbiológica obtenida.

La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del total de 1701 tratados únicamente fue preciso el ingreso hospitalario por fiebre neutropénica de un total de 51 pacientes (3%).

Las tres hipótesis generadas fueron:

1. ¿A menores cifras de neutrófilos se produce mayor duración de estancia hospitalaria?

Estancia media: 5.4 ± 3.3 días; Cifras de neutrófilos medios: $318 \times 10^9/L$

No se pudo determinar una relación directa entre ambas variables estadísticamente significativa [r: 0.037, p: 0.799]

2. ¿A mayor edad hay mayor estancia hospitalaria?

Estancia media: 5.4 ± 3.3 días; Edad media: 56 ± 15.1 años.

No se pudo determinar una relación directa entre ambas variables estadísticamente significativa [r: 0.266, p: 0.059]

3. ¿Cifras más elevadas de PCR implican mayor duración de estancia hospitalaria?

Estancia media: 5.4 ± 3.3 días; PCR media: 9.3 ± 2.4 mg/dL.

No se pudo determinar una relación directa entre ambas variables estadísticamente significativa [r: 0.133, p: 0.409]

Como conclusiones, en los datos obtenidos no se pudo identificar ningún parámetro cuantitativo que permitiera estimar desde el inicio del ingreso hospitalario de la estimada duración del mismo. A su vez tampoco se encontraron relaciones estadísticamente significativas en relación con los días de hospitalización en función del sexo, tipo de tumor, tipo de quimioterapia ni intención del tratamiento (adyuvante o paliativo). Por lo tanto, es preciso evaluar nuevos parámetros cuantitativos que ayuden a la estimación de la duración del ingreso hospitalario.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

134. DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS OCULTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CONESA NICOLÁS E, CHICA MARCHAL AM, CHECA SORIANO A, VINEY . A, JUEZ SANTAMARÍA C, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ, MARTÍNEZ PENELLA M
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA



OBJETIVOS

La prevalencia de diabetes oculta en el paciente oncológico se estima como una entidad con una alta incidencia dada la naturaleza del curso de la enfermedad, así como el elevado uso de fármacos que pueden implicar una alteración de las cifras glucémicas.

El objetivo es mostrar la prevalencia de diabetes oculta en pacientes oncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de 230 pacientes con diagnóstico de carcinoma activo al inicio de un ingreso hospitalario en el servicio de Oncología Médica entre marzo 2016 a junio 2016.

Se elaboró una base de datos donde se recogieron: edad, sexo, tipo de tumor, tratamiento quimioterápico activo y presencia o ausencia de diagnóstico previo de diabetes mellitus. Para identificar la diabetes mellitus oculta se analizó los parámetros de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al ingreso hospitalario de todos los pacientes. Se consideraron valores alterados a HbA1c entre 5.7% – 6.4% (Prediabetes) y HbA1c superior a 6.5% (Diabetes).

La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes de la población era 67.3±11.4 años. Su distribución por sexos fue 64% hombres y 36% mujeres. Respecto al diagnóstico de diabetes mellitus el 31.3% ya presentaban un diagnóstico previo al ingreso.

La determinación media global de HbA1c de la muestra fue 6.78±1.4%.

En el análisis específico de pacientes diabéticos conocidos (72 pacientes), la HbA1c media fue 7.45±1.72% [4.1%–13.4%]. Respecto al tratamiento antidiabético el 19% estaban sin tratamiento, un 27% con insulina, un 9% con antidiabéticos orales (ADOs) e insulina, y el 45% restante con ADOs. El uso de esteroides crónicos era del 23%.

En el grupo de pacientes sin diabetes conocida (129 pacientes), la HbA1c media fue 6.37±0.71% [4.2%–7.9%]. Destaca que el 29% de estos pacientes presentaban una HbA1c superior al 6.5%, un 47% una HbA1c entre 5.7% – 6.5%, y sólo un 24% tenían una HbA1c inferior al 5.7%. El uso de esteroides era del 29% sin diferencias significativas en los subgrupos con HbA1c alteradas.

Tampoco se vieron diferencias estadísticamente significativas en función de tratamiento quimioterápico activo o distribución por tumores.

Como conclusiones, el análisis de esta población oncológica evidencia una alta prevalencia de diabetes oculta. Destaca sobremanera el hecho que el 76% del grupo de pacientes sin diagnóstico conocido de diabetes mellitus presenten una HbA1c en rango de diabetes o prediabetes (HbA1c > 6.5%: 29% y HbA1c 5.7% – 6.5%: 47%). En el análisis de otros factores que pudieran justificar la elevada prevalencia oculta de diabetes como el uso de esteroides de forma crónica, tratamiento quimioterápico activo o localización tumoral; no se obtuvieron datos estadísticamente significativos. Por lo tanto, es preciso realizar una evaluación de la HbA1c en todos los pacientes con diagnóstico de carcinoma activo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

135. EXPERIENCIA DURANTE 5 AÑOS DE ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTES A LA CASTRACIÓN

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CHICA MARCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, CHECA SORIANO A, MUÑOZ GARCÍA I, NÚÑEZ BRACAMONTE S, MARTÍNEZ PENELLA M, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

El objetivo es evaluar la experiencia obtenida en nuestro centro en los pacientes diagnosticados de carcinoma de próstata resistentes a la castración (CPRCm) tratados con Acetato de Abiraterona o Enzalutamida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CPRCm tratados con Abiraterona o Enzalutamida desde 2012 a 2017 en nuestro centro hospitalario.

Se analizaron 108 pacientes con diagnóstico de CPRCm tratados con Acetato de Abiraterona y Enzalutamida entre los años 2012 y Julio 2017. Del programa de gestión farmacoterapéutica (Savac®) se obtuvieron las dispensaciones de Acetato de Abiraterona y Enzalutamida, y los datos médicos del programa de historias clínicas (Selene®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La edad media era 72,7 ± 3,4 años de manera global. En el grupo de Abiraterona 73,9 ± 4 años y en Enzalutamida 69,7 ± 4,1 años.

Del total de 108 pacientes, 80 pacientes (76%) fueron tratados con Abiraterona y 28 pacientes (24%) con Enzalutamida. Destaca que en 9 casos se utilizaron ambos fármacos en algún momento de la evolución, siendo 5 de los mismos de manera secuencial sin administración de quimioterapia entre ellos, y otros 4 casos en los que se administró Docetaxel/ Cabazitaxel entre los mismos. En todos los casos en la secuencia se utilizó en primer lugar Acetato de Abiraterona y posteriormente Enzalutamida.

Respecto a los 80 pacientes tratados con Abiraterona, en 41 pacientes (51,25%) se usó previo a quimioterapia y en 39 pacientes (48,75%) en postquimioterapia. Respecto al tiempo medio hasta la progresión de forma global fue 11 meses [3 – 57 meses]; y por subgrupos, en prequimioterapia el tiempo hasta progresión fue 13,3 meses y en postquimioterapia 7,5 meses.

En el análisis de los 28 pacientes tratados con Enzalutamida, en prequimioterapia se trató a 11 (39,3%) y a 17 (61,7%) en postquimioterapia. El tiempo medio hasta la progresión de forma global fue 9,1 meses [2 - 47meses]; y por subgrupos, en

prequimioterapia el tiempo medio fue 10,4 meses y en postquimioterapia 6,7 meses.

En un análisis del tiempo medio hasta progresión de forma global entre Abiraterona vs Enzalutamida (11 vs 9,4 meses p:0,254) no se obtuvieron datos estadísticamente significativos. En el análisis por subgrupos tampoco se obtuvo significación estadística.

En un análisis de los 5 pacientes en tratamiento secuencial directo (Sin paso previo por quimioterapia) Abiraterona – Enzalutamida la media de edad era 79 años. La media de tiempo hasta progresión con Abiraterona fue 7,5 meses. En la secuencia con Enzalutamida 2 pacientes fallecieron tras una mediana de supervivencia de 10,1 meses, y actualmente los otros 3 pacientes continúan vivos con una mediana de supervivencia de 13,2 meses.

En conclusión, en nuestra experiencia los datos obtenidos de tiempo medio hasta la progresión han sido mejores en el grupo de pacientes tratados con Abiraterona tanto en prequimioterapia como en postquimioterapia respecto al grupo de Enzalutamida, pero sin alcanzar la significancia estadística. En nuestro limitado grupo de pacientes con tratamiento secuencial directo Abiraterona – Enzalutamida, pese a la elevada edad media de la muestra (79 años) se ha puesto de manifiesto el beneficio del uso de la secuencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

137. ALGORITMO DE TRATAMIENTO ANALGÉSICO EN 7 PACIENTES CON CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO PREVIO A RADIO BIO/QUIMIOTERAPIA

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CHICA MERCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, CHECA SORIANO A, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . A, MARTÍNEZ PENELLA M, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

El objetivo es analizar la evolución del control del dolor y de la cumplimentación del tratamiento oncológico del paciente tras establecer un tratamiento de soporte basal antes del inicio del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión del algoritmo de actuación terapéutico analgésico de 7 pacientes con diagnóstico de carcinoma de cabeza y cuello localmente avanzado que recibieron tratamiento con radioterapia y bio/quimioterapia concomitante con intención radical.

La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la distribución de los pacientes la extensión inicial oscilaba entre Estadio III (2 casos) y Estadio IVa (5 casos). El tratamiento administrado fue Cisplatino 100 mg/m² días 1, 22 y 43 (5 casos), y Cetuximab 400 mg/m² de inducción, seguido de 250 mg/m² semanal por 6 ciclos (2 casos). La dosis de radioterapia total administrada oscilaba entre 50 y 70 Gy.

Como tratamiento basal para el dolor 4 pacientes tomaban analgesia de primer escalón (paracetamol, metamizol o ibuprofeno), y 3 pacientes analgésicos de segundo escalón (tramadol); destacando que en ninguno de los pacientes tenían prescrito tratamiento para control del dolor irruptivo.

Tras una valoración del dolor basal en la primera visita mediante una escala visual analógica (EVA), se obtenía un valor medio de 7.8 (Intervalo 7 – 9); afirmando en la totalidad de los casos que en algún momento del día llegaban a un EVA superior a 9 durante los episodios de dolor irruptivo.

Ante los resultados se decidió realizar un algoritmo de actuación para adecuar el tratamiento de soporte previo a iniciar el tratamiento con radioterapia y bio/quimioterapia concomitante.

Dado que todos los pacientes presentaban un irregular control analgésico basal se procedió a pautar un primer escalón analgésico con Paracetamol o Metamizol, y se inició un tercer escalón con opioides a bajas dosis (Sulfato de Morfina 20 - 30 mg/día u Oxidodona 10 mg/día); así como para el tratamiento del dolor irruptivo se prescribió Citrato de Fentanilo en pectina 100 mcg por vía intranasal. A su vez se inició un tratamiento de soporte con laxantes y anestésico oral de Lidocaina viscosa, y se proporcionaron recomendaciones sobre alimentación e higiene oral.

Como resultado, el 100% de los pacientes completaron el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, destacando dos únicos retrasos de tratamiento por mucositis oral grado III. Respecto al tratamiento analgésico basal fue preciso aumentar la dosis en únicamente 2 pacientes, no superando en ningún caso la dosis de 60 mg/día de Sulfato de Morfina. En referencia al control de los episodios de dolor irruptivo 5 pacientes completaron el tratamiento con la dosis de 100 mcg de Citrato de Fentanilo en pectina, un paciente con dosis de 200 mcg y un último paciente precisó alcanzar dosis de 400 mcg para control de los episodios.

En conclusión se evidencia que el establecimiento de un adecuado tratamiento de soporte y analgésico antes del inicio del tratamiento oncológico permite aumentar la probabilidad de cumplimentación con éxito del mismo, lo que ocasiona un beneficio significativo en el pronóstico del paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

138. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA

AUTORES

BALSALOBRE YAGO J, CHICA MARCHAL AM, CONESA NICOLÁS E, CHECA SORIANO A, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . A, MARTÍNEZ PENELLA M, MARTÍNEZ ORTÍZ MJ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CALLE MEZQUITA S/N. 30202. MURCIA

OBJETIVOS

La finalidad de la quimioterapia en la enfermedad metastásica es el control sintomático del paciente, aportando una mayor calidad de vida y retrasando la aparición de síntomas y su intensidad. La dificultad reside en el momento que es preciso suspender el tratamiento quimioterápico activo y optar por el mejor tratamiento de soporte. El objetivo del estudio es mostrar nuestra experiencia de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de todos los pacientes fallecidos (n=321) en nuestro centro en el área de hospitalización de oncología médica en el periodo comprendido entre Enero 2013 y Diciembre 2013.

La selección de pacientes se ha realizado mediante acceso a la plataforma de tratamiento citostático (Farmis Oncofarm 3.0 v.12.100) y la historia clínica electrónica (Selene v5.3.3, Siemens).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La distribución por sexos fue varones 67% (n=214) versus mujeres 33% (n=107), con una edad media de 63.87 años (64.3 vs 63.54 años respectivamente).

En cuanto a los pacientes fallecidos únicamente el 21.2% (n=68) nunca recibieron tratamiento quimioterápico.

En el análisis de los últimos meses de vida destaca que el 71.6% de los pacientes (n=230) recibieron quimioterapia en los últimos 6 meses de vida, con una reducción insignificante del porcentaje en el intervalo inferior a 3 meses con un 67% (n=215). En los intervalos más cercanos al fallecimiento destaca que en el último mes de vida el 45.8% (n=147) de los enfermos recibieron tratamiento quimioterápico, e incluso durante la última semana de vida el 7.2% (n=23) fueron tratados.

En el análisis de los esquemas de tratamientos utilizados como última línea previa al fallecimiento, se objetivó el uso mayoritario de la biterapia 48.1%, seguido de la monoterapia 39.7%, y por último la triterapia 12.2%. Respecto a los grupos de fármacos empleados, los platinos fueron los más prevalentes 31.2% (n=74), seguido de taxanos 27.8% (n=66) y fluoropirimidinas 18.6% (n=44).

La vía de administración más frecuente fue intravenosa 80.2% (n=190), seguido de oral 13.5% (n=32) y la mixta 6.3% (n=15).

Respecto a las líneas de tratamiento quimioterápico se observó que el 47.7% (n=114) de los pacientes habían recibido una única línea de tratamiento, el 23.4% (n=56) dos líneas de tratamiento, el 15.1% (n=36) tres líneas de tratamiento, y por último, el 13.8% (n=33) habían recibido cuatro o más líneas de quimioterapia.

En conclusión, los datos obtenidos evidencian la asidua administración de quimioterapia en etapas muy avanzadas de la enfermedad, con la consiguiente toxicidad generada en detrimento de la calidad de vida del paciente oncológico. En relación con otras series publicadas, nuestro porcentaje de tratamiento en las últimas semanas de vida se ha mostrado muy por encima de los datos publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

165. SITUACIÓN ACTUAL SOBRE PREPARACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN DE CARBOPLATINO EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES.

AUTORES

VÁZQUEZ SÁNCHEZ R, SÁNCHEZ-RUBIO FERRÁNDEZ J, CÓRDOBA DÍAZ D, CÓRDOBA DÍAZ M, DIEZ FERNÁNDEZ R, MOLINA GARCÍA T

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CTRA. DE TOLEDO, KM. 12'5. MADRID

OBJETIVOS

Se han implementado con éxito distintos protocolos de desensibilización a carboplatino (PDC) basados en la reintroducción gradual de pequeñas cantidades de fármaco hasta dosis terapéuticas completas a partir de soluciones hiperdiluidas. Estos PDC varían en cuanto a la validación del protocolo, pasos que requieren, concentraciones de las soluciones, medios de dilución, velocidad de administración e intervalos de tiempo que pueden oscilar entre 2 y 16 horas. Además, existe gran controversia sobre las condiciones óptimas de las soluciones utilizadas en los PDC debido a la falta de información sobre la estabilidad de carboplatino cuando la concentración es menor de la establecida en ficha técnica (0,5mg/mL).

El objetivo es conocer la práctica actual en los hospitales españoles respecto a la preparación y utilización de los PDC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte trasversal, prospectivo y multicéntrico de alcance nacional.

Se diseñó una encuesta on-line de 10 preguntas de respuesta única con la herramienta Google Forms. Se distribuyó a través del correo de la lista SEFH y del grupo GEDEFO dirigida a todos los farmacéuticos de hospitales españoles encargados del área de oncología. El cuestionario era anónimo, únicamente se solicitaba indicar el acrónimo del hospital para evitar duplicidades.

Las preguntas se dividieron en:

- Motivo de utilización de PDC.
- PDC utilizado en cada hospital.
- Estabilidad establecida para las soluciones de carboplatino utilizadas en los PDC.

Se realizó un análisis de frecuencias para los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron un total de 49 respuestas

La mayoría de los hospitales utilizan PDC cuando los pacientes desarrollan reacciones de hipersensibilidad (65%), especialmente si no hay otras alternativas terapéutica efectiva/eficiente.

Se detectaron 6 PDC diferentes, el 91% utilizan varias soluciones, siendo uno de los más utilizados el propuesto por Castells et al. basado en tres soluciones que se administran en 12 pasos aumentando de forma progresiva la velocidad de infusión durante 6 horas. Un 9% utilizan una única solución de carboplatino.

Las soluciones siempre se preparan en las unidades centralizadas de quimioterapia de las farmacias de hospital.

En el 47% los PDC se preparan con más de 12 horas de antelación a la administración, mientras que el resto, lo hace con menos de 12 horas, siendo un 31% preparaciones extemporáneas. Un 79% establecen un periodo de validez ≥ 12 h pero la mayoría establece 24 horas. y un 14% recomiendan administración inmediata.

Todos los PDC basados en varias soluciones tienen alguna concentración $< 0,5$ mg/mL.

El principal motivo para no preparar PDC es la escasez de personal y de recursos (58.8%) seguido de la falta de información de estabilidad (11.8%).

Conclusiones

La existencia de distintos PDC descritos, la falta de consenso sobre cuál utilizar y de información sobre la estabilidad de carboplatino a las concentraciones utilizadas en los PDC predispone una praxis muy heterogénea entre los distintos hospitales, suponiendo incluso un motivo de no utilización en algunos hospitales.

Son necesarios estudios de estabilidad que confirmen la estabilidad del carboplatino a las concentraciones utilizadas en los PDC y que establezcan un periodo de validez adecuado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

178. INFLUENCIA DE LA INTERACCIÓN CAPECITABINA-INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA APARICIÓN DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA

AUTORES

PÉREZ HUERTAS P, VARELA GONZÁLEZ-ALLER J, TORRES AMORÓS M, TARAZONA CASANY MV, CUÉLLAR MONREAL MJ, MONTE BOQUET E, BALLESTA LÓPEZ O, POVEDA ANDRÉS JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE. BULEVAR SUR, S/N. VALENCIA

OBJETIVOS

Una de las principales reacciones adversas que aparecen en los pacientes en tratamiento con capecitabina es la neuropatía periférica. Se trata de una toxicidad dosis dependiente que suele conllevar reducciones de dosis o retrasos en el tratamiento.

Por otro lado, se ha demostrado que los fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP) reducen la velocidad de disolución del antineoplásico capecitabina, disminuyendo su absorción y por lo tanto su eficacia antitumoral. Sin embargo, no se ha estudiado en profundidad la influencia de la interacción sobre la toxicidad del antineoplásico.

Nuestro objetivo fue estudiar la relación entre la administración conjunta de capecitabina e IBP y la aparición neuropatía periférica en pacientes oncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a todos los pacientes oncológicos con más de un ciclo de tratamiento con capecitabina en cualquier régimen desde el año 2016. Se recogieron variables demográficas, clínicas, el tratamiento recibido y la aparición de neuropatía periférica.

Se realizó una consulta en el programa de prescripción ambulatoria para determinar si se les había prescrito de manera simultánea algún IBP (familia ATC: A02BC). Se consideró que existía la interacción si la administración conjunta suponía al menos un 10% de la duración del tratamiento con capecitabina.

Se extrajo la información necesaria de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación a pacientes externos y se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSSv19.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 112 pacientes. Presentaron una edad media de 63,4 años (DE:16,5), siendo el 54% de los pacientes mujeres. Los diagnósticos principales fueron cáncer colorrectal (56%), mama (19%) y estómago (12%). El 37% de los protocolos fueron en enfermedad avanzada.

La duración media del tratamiento con capecitabina fue de 142 días (DE:93). La dosis media diaria inicial fue 3117 mg (DE:645) y la dosis del último ciclo 2921 mg (DE:706). El 42% de los pacientes desarrolló neuropatía periférica, de ellos el 62% grado 1, el 30% grado 2 y 9% grado 3. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la variación de dosis y la neurotoxicidad ($p=0,189$).

Del total de pacientes, el 32% tomó algún IBP durante el tratamiento con capecitabina. Hubo una menor tasa de neurotoxicidad en los pacientes que tomaron IBP (15,5% vs 31,5%) aunque no alcanzó la significación estadística ($p=0,151$). En los pacientes que tomaron IBP hubo menos reducciones de dosis por neurotoxicidad (9,6% vs 19,3%; $p=0,032$). Además, la reducción de dosis de capecitabina en estos pacientes también fue significativamente menor (0,3% vs 7,8%; $p=0,049$).

En estudios recientes se ha evidenciado la relación de la interacción IBP-capecitabina y el efecto antineoplásico. Sin embargo, no se había establecido la relación entre ésta y una de sus principales reacciones adversas, la neuropatía periférica.

Aunque son varias las limitaciones del estudio, como que no hemos tenido en cuenta las dispensaciones de IBP sin prescripción médica, hemos observado una relación inversa entre la reducción de dosis por aparición de neuropatía periférica y la toma de IBP. Aunque son necesarios estudios prospectivos para poder confirmar esta relación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**213. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LENALIDOMIDA EN MIELOMA MÚLTIPLE****AUTORES**

SELVI SABATER P, MONTERO PEREZ O, PALOMAR ABRIL V, GARCIA COLLADO C, GUIJARRO HERRERA S, CANO DOMINGUEZ S, GARCIA FUMERO R, JIMENEZ MORALES A SEFH. -. GRANADA

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de Lenalidomida en Mieloma Múltiple (tras progresión al menos a una línea) en la práctica clínica habitual y su coste asociado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo multicéntrico, que engloba el periodo desde Enero de 2013 a Diciembre de 2017. Se incluye todos los pacientes que iniciaron el tratamiento de lenalidomida con diagnóstico de mieloma múltiple y que han progresado al menos a una línea, desde Enero de 2013 hasta Junio de 2016 (con el fin de minimizar la limitación SLP con el corte) en dos complejos hospitalarios. Los parámetros recogidos fueron: número de pacientes, edad, sexo, supervivencia libre de progresión, gasto económico (€) y número de reducción de dosis.

Los datos fueron obtenidos a través del programa de prescripción y validación, programa de historia clínica y recogidos en una base Excel® diseñada para dicho propósito

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se identificaron un total de 89 pacientes (45% mujeres), con una mediana de edad de 66 años (media de 64 y rango 35 a 88).

La mediana de la supervivencia libre de progresión (SLP) a la fecha de corte fue de 15 meses (64 semanas). El 49,4% de los pacientes presentaba una mediana de SLP superior a 12 meses, el 39,3% una SLP superior a 18 meses y un 29,2% alcanzaron una mediana de SLP superior a 24 meses. Por otro lado, los pacientes que presentaron una mediana de SLP menor a 6 meses fue inferior al 30% (29,2%).

En cuanto a la seguridad, un 54% recibió al menos una reducción de dosis, y un 13,4% dos reducciones de dosis o más. El 92% de los pacientes que recibieron una reducción de dosis presentan una duración de tratamiento superior a 12 meses, teniendo una mediana de tratamiento de 31 meses, frente al 40% de los pacientes que no recibieron reducción de dosis con una mediana de tratamiento de 7 meses.

El coste anual fue de 2.259.092€, con un coste medio por paciente de 101.532€, que supone un 2,8% del presupuesto total del Servicio de Farmacia. El coste por año de SLP es de 73.021€.

Conclusiones

Los resultados de efectividad de supervivencia libre de progresión en práctica clínica habitual son similares a la eficacia de los estudios pivotaes MM-009 y MM-010 que muestra una mediana de supervivencia libre de progresión de 12 meses (48,1 semanas) frente a 5 meses (20 semanas) de placebo (ambos junto con dexametasona). Además en el presente estudio más de la mitad de los pacientes que presentaba SLP a los 12 meses, han alcanzado los 24 meses de SLP.

En cuanto a la seguridad, el porcentaje de pacientes que requirieron una reducción de dosis fue mucho mayor al del estudio pivotal (38,8%), y son más frecuente en aquellos pacientes con tratamientos prolongados (superior a 12 meses). El tratamiento con lenalidomida supone un alto coste por año de SLP

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**216. ANÁLISIS DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PALBOCICLIB Y RIBOCICLIB****AUTORES**

MADRID GONZÁLEZ M, MORENO GARCÍA M, ABAJO DEL ALAMO C, GODOY DIEZ M HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. C/ DULZAINA, 2. VALLADOLID

OBJETIVOS

1/Analizar la prevalencia y gravedad de las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes en pacientes con cáncer de mama metastásico en tratamiento con palbociclib o ribociclib. 2/Valorar la necesidad de atención farmacéutica continuada para mejorar la seguridad y los resultados en salud de estas pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de las interacciones farmacológicas en pacientes con cáncer de mama metastásico en tratamiento con palbociclib o ribociclib durante el periodo de enero de 2017 a abril de 2018 en un hospital de tercer nivel.

Para cada paciente se registró: edad; fármaco objeto del estudio (palbociclib o ribociclib), fecha de inicio del tratamiento antineoplásico y tratamiento domiciliario activo completo. Los tres primeros datos se obtuvieron de la aplicación informática de Dispensación a Pacientes Externos (Farmatools®) y el tratamiento domiciliario de la aplicación de historia clínica de Atención Primaria (Medora4®).

Se identificaron las interacciones farmacológicas existentes entre el tratamiento antineoplásico y el tratamiento domiciliario activo de cada paciente según la base de datos de interacciones Lexicomp®. Se clasificaron por gravedad en: X (evitar combinación), D (considerar la modificación del tratamiento o monitorización estrecha), C o B (monitorizar y vigilar aparición de toxicidades asociadas). Se realizaron las intervenciones farmacéuticas y se registró la aceptación por el médico prescriptor y los resultados obtenidos.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 15 pacientes, 11 recibieron palbociclib y 4 ribociclib; media de 58 años de edad (DE 12 años). Dos de las pacientes, en tratamiento con palbociclib, fueron excluidas del estudio por exitus previo al análisis de los datos e imposibilidad de acceso al tratamiento domiciliario. En las 13 pacientes restantes se contabilizaron 86 líneas de tratamiento domiciliario y antineoplásico activo, mediana de 6 fármacos por paciente (DE 3).

Se identificaron 10 interacciones farmacológicas con relevancia clínica: una tipo X (ribociclib-escitalopram); dos tipo D (ribociclib-formoterol y ribociclib-sertralina) y 7 tipo B o C (palbociclib-atorvastatina, palbociclib-alprazolam, palbociclib-omeprazol, palbociclib-citalopram, palbociclib-amlodipino, palbociclib-desvenlafaxina).

Se realizaron y notificaron 3 intervenciones farmacéuticas con ribociclib: una propuesta de cambio de tratamiento (escitalopram 10 mg cada 24 horas por sertralina 100 mg cada 24 horas) y la monitorización del intervalo QT en dos pacientes; todas ellas aceptadas por parte de los médicos prescriptores.

De las 13 pacientes, se han registrado 2 reducciones de dosis de palbociclib (100 mg cada 24 horas) por toxicidad (neutropenia) y 1 suspensión del fármaco (palbociclib) por progresión de la enfermedad. No hubo suspensión del fármaco por toxicidad grave o ineficacia.

Conclusiones

La identificación de 10 interacciones farmacológicas clínicamente relevantes (3 potencialmente graves) en 13 pacientes en tratamiento con palbociclib o ribociclib, evidencia la gran prevalencia de problemas relacionados con la medicación (PRM) en estas pacientes. El farmacéutico especialista dispone de las herramientas necesarias para la detección y prevención de estos problemas y sus intervenciones aumentan la seguridad y eficiencia de los tratamientos mejorando los resultados en salud. Es preciso realizar una atención farmacéutica continuada para prevenir estos PRM tan prevalentes durante el tratamiento con palbociclib o ribociclib.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

241. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON ANTINEOPLÁSICOS

AUTORES

OLARIAGA SARASOLA O, RUESTRA AYORA AC, TAMÉS ALONSO MJ, CAJARAVILLE ORDOÑANA G
FUNDACIÓN ONKOLOGIKOA. AVDA. DR. BEGUIRISTAIN 131. GUIPÚZCOA

OBJETIVOS

Describir las potenciales interacciones medicamentosas clínicamente relevantes detectadas en pacientes adultos tratados con antineoplásicos orales o intravenosos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento antineoplásico oral o intravenoso entre febrero y marzo de 2018. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, tratamiento antineoplásico y medicación concomitante por revisión de la historia clínica y/o entrevista con el paciente. Se analizaron las posibles interacciones con los fármacos antineoplásicos mediante la base de datos Lexicomp® (Hudson, OH: Wolters Kluwer Health, Inc.), recogiendo aquellas en las que se recomendaba monitorización, modificación del tratamiento o evitar la asociación (riesgos C, D o X). Así mismo se documentaron las intervenciones farmacéuticas realizadas. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el programa Statistica® (TIBCO Software) expresando como media y desviación estándar las variables continuas normales y como mediana y rango intercuartílico las variables continuas que no seguían una distribución normal. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron incluidos 112 pacientes, 61,6% mujeres. La media de edad fue de 65 años (rango 28-87). El 37% presentaba cáncer de mama, 22% gastrointestinal, 13% genitourinario, 12% de pulmón, y 12% de próstata. El 66% de los pacientes presentaban alguna co-morbilidad, siendo la hipertensión arterial la más frecuente (36%) seguida de la dislipemia (24%). El 84% recibía algún tratamiento además del antineoplásico; la media de fármacos concomitantes fue de 5±3 por paciente. El 41% de los pacientes presentaron alguna interacción con su tratamiento antineoplásico; de estas el 46% fueron clasificadas como riesgo C, 46% D y el 9% como riesgo X. El 8% presentaba 2 o más interacciones. Los fármacos antineoplásicos con más frecuencia de interacciones fueron los inhibidores de la tirosin quinasa, enzalutamida y everólimus. Las familias de fármacos más frecuentemente involucradas en alguna interacción con antineoplásicos fueron inhibidores de la bomba de protones, antidepresivos y anticoagulantes orales. En cuanto a la gravedad de las interacciones, se consideraron graves el 50%, estando el 22% bien documentadas y el 78% basadas en una evidencia pobre o escasa. Las intervenciones farmacéuticas más frecuentes fueron relativas del tratamiento o de los efectos adversos y a la sustitución de fármacos.

Las interacciones con potencial relevancia clínica entre el tratamiento antineoplásico y la medicación concomitante de pacientes oncológicos adultos son frecuentes y pueden condicionar la efectividad y/o seguridad del tratamiento, aunque en muchos casos el nivel de evidencia es bajo. La intervención farmacéutica es fundamental para su detección, la monitorización del tratamiento y su modificación por alternativas más seguras.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

255. ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL EFECTO ADVERSO OJO SECO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI PD-1

AUTORES

CONESA NICOLÁS E, MARTINEZ PENELLA M, BALSALOBRE YAGO J, MIRANDA ROLLÓN M, MUÑOZ GARCÍA I, NUÑEZ BRACAMONTE S, JUEZ SANTAMARÍA C, CHICA MARCHAL AM
HOSPITAL SANTA LUCÍA CARTAGENA. MEZQUITA, S/N. MURCIA



OBJETIVOS

Elaborar y evaluar un protocolo de manejo del efecto adverso ojo seco en pacientes en tratamiento con fármacos anti PD-1 en un hospital general de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el periodo de enero a marzo de 2018 se objetivó una incidencia inusualmente elevada de toxicidad ocular consistente en sintomatología de ojo seco en pacientes en tratamiento con fármacos anti PD-1 y se decidió cuantificarla.

Se creó una base de datos donde se recogieron: edad, sexo, tratamiento recibido, alteración tiroidea y desarrollo o no del efecto adverso ojo seco.

Los datos se obtuvieron del programa de validación y preparación de fármacos citostáticos (Farmis-Oncofarm®) y de la historia clínica electrónica (Selene®).

Posteriormente se elaboró un protocolo de manejo del efecto adverso ojo seco por un equipo multidisciplinar formado por los Servicios de Oncología, Oftalmología y Farmacia. Se evaluó el beneficio de su implantación mediante la realización del cuestionario validado OSDI (Ocular Surface Disease Index).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este periodo 9 pacientes fueron tratados con pembrolizumab y 10 con nivolumab. 1 paciente tratado con pembrolizumab y 4 pacientes tratados con nivolumab presentaron sintomatología de ojo seco tras el inicio del tratamiento. Ningún paciente presentó alteración de las hormonas tiroideas.

Según la ficha técnica de nivolumab y pembrolizumab el efecto adverso ojo seco es clasificado como poco frecuente según los criterios del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOSM) de clasificación de las reacciones adversas sin especificar su manejo.

En nuestra muestra de pacientes, esta reacción adversa se clasificaría como muy frecuente según los criterios de clasificación comentados anteriormente.

En la elaboración del protocolo se implantó la utilización de un colirio que contiene trehalosa y hialuronato de sodio y no contiene conservantes. Si no existiera mejoría tras dos semanas de tratamiento el paciente sería remitido a la consulta de oftalmología para valorar el manejo con colirio de corticosteroides dependiendo del grado de afectación ocular.

Los resultados de la encuesta realizada tras la implantación del protocolo demostraron una mejoría en la sintomatología ocular.

Nuestros resultados muestran que la aparición de ojo seco en pacientes tratados con fármacos anti PD-1 es superior a la descrita en las fichas técnicas de estos medicamentos. La elaboración de un protocolo para su manejo permitió un mejor control de los efectos adversos oculares de estos pacientes y por tanto, una mejoría en su calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

265. ATENCIÓN AGRESIVA AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

AUTORES

CASANOVA MARTÍNEZ C, ÁLVAREZ PAYERO M, OTERO MILLÁN L, PÉREZ RODRÍGUEZ L, ROMERO VENTOSA EY, GONZÁLEZ COSTAS S, PIÑEIRO CORRALES G
HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. ESTRADA DE CLARA CAMPOAMOR, 341. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Describir y analizar la atención agresiva recibida por los pacientes hematológicos al final de la vida. Se define atención agresiva como la administración de quimioterapia (QT) y/o mezclas endovenosas elaboradas en el Servicio de Farmacia (MIV) en los últimos 30 días de vida; además de las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y los fallecimientos en la planta de hospitalización o UCI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyen a los pacientes diagnosticados de alguna neoplasia hematológica, fallecidos entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017 en un hospital de tercer nivel. Los datos necesarios se obtienen a partir de la historia clínica electrónica y del programa de gestión farmacoterapéutica del paciente onco-hematológico (Oncofarm®), los cuales se recogen en una hoja de cálculo (Excel®). Se registran los datos generales del paciente (edad, sexo, comorbilidades), de la enfermedad (diagnóstico, número de tratamientos recibidos, media duración de la enfermedad), de los últimos 30 días de vida (visitas a urgencias, número y días de ingreso, QT y/o MIV utilizada) y la causa/fecha/localización del exitus.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 83 pacientes. La edad media era de 71 años, el 53% eran hombres y 6 comorbilidades de media. Los principales diagnósticos fueron: 27,7% linfoma no Hodgkin, 24,1% mieloma múltiple, 16,9% leucemia mieloide aguda y 14,5% síndrome mielodisplásico. La media de duración de la enfermedad fue de 38,6 meses, con un promedio de 3 líneas de tratamiento previo.

En los últimos 30 días de vida, el 15,7% de los pacientes acudió a urgencias y el 100% estuvo ingresado; de los cuales, el 16,9% tuvo al menos 2 ingresos. La media de días de hospitalización fue de 25. Durante el último mes, el 83,1% de los pacientes recibió QT y/o MIV con una media de 3 fármacos. Tres días previos al exitus, el 58% de los mismos seguía recibiendo alguno de estos medicamentos y el 11,6% lo hacía el propio día del fallecimiento.

El 83,1% de las defunciones tuvo lugar en la propia planta de hospitalización, el 13,3% en cuidados paliativos y el 3,6% en la UCI. El 67,5% de los casos fue por causa tumoral y el 32,5% debido a alguna complicación.

Conclusiones

-Los pacientes hematológicos se caracterizan por recibir numerosos tratamientos a lo largo de la enfermedad y por presentar un elevado número de comorbilidades.

- Al final de la vida, son pacientes que reciben una elevada atención agresiva, tal y como se refleja en el alto porcentaje de QT y/o MIV recibida, incluso en los días previos al exitus; en los ingresos hospitalarios y en el reducido número de fallecimientos en cuidados paliativos. El número de visitas a urgencias es bastante limitado, ya que la mayoría de los pacientes hematológicos que acuden a urgencias, acaban ingresados.

-A pesar de que el final de la vida suscita una gran cantidad de cuestionamientos éticos, debería de reducirse la atención agresiva a estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

296. OPTIMIZACIÓN EN EL TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTICUERPOS EN UN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES

RAMOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GIL S, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GONZÁLEZ GARCÍA J, DEL ROSARIO GARCÍA B, CALZADO GÓMEZ G, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N,. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Recientes publicaciones ha mostrado que el daratumumab (Baar, 2018), panitumumab (Akiyoshi, 2017) y bevacizumab (García, 2017) pueden ser administrados, con seguridad, en tiempos inferiores a los descritos en la ficha técnica, lo que permitiría optimizar las agendas de los hospitales de día (HD).

El objetivo del presente trabajo ha consistido en estimar el ahorro (en tiempo y dinero) que supondría utilizar estas velocidades en el HD de nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico retrospectivo en el que se analizaron todas las administraciones del año 2017 para daratumumab, panitumumab y bevacizumab.

Para la estimación de la estimación del ahorro se realizó comparando la pauta estandard con:

- Administración de daratumumab en 90 minutos desde la tercera dosis.
- Administración de panitumumab en 15 minutos desde la tercera dosis.
- Administración de bevacizumab desde la 1ª dosis en 10 minutos (5mg/kg), 15 minutos (7,5mg/kg), 20 minutos (10 mg/kg) y 30 minutos (15 mg/kg).

Se registraron las dosis anuales administradas de cada fármaco, además se calculó el tiempo medio de la estancia en HD. El coste de una estancia en HD, es de 272€ según el último Boletín Oficial de Canarias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2017 fueron registradas un total de 497 administraciones para un total de 120 pacientes, repartidas de la siguiente forma:

- 71 administraciones de daratumumab, 12 fueron de primera vez, 9 de segunda vez y 50 por tercera o posterior administración.
- 49 administraciones de panitumumab, 8 de primera vez y 41 de segunda o posterior vez.
- 417 administraciones de Bevacizumab, 38 de 1ª vez, 32 de 2ª vez y el resto eran terceras o posteriores administraciones (347).

Estas administraciones suponen un tiempo total de administración de 598 horas.

Si hubiesen sido administradas según la pauta rápida, este hubiese sido de 343,7 h, lo que hubiese supuesto un ahorro de 254,3 horas, que supondrían una reducción de 100,5 estancias, equivalentes a 27.344,2 €.

Conclusiones

Con nuestro estudio hemos querido mostrar una forma en la que mejorar los tiempos de tratamiento en los HD, adaptando los tiempos de infusión según los últimos datos bibliográficos, que se traducirían en unas menores listas de espera y posiblemente en una mejor calidad de vida de los pacientes, al final, lograr mejores resultados en salud de manera global

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

297. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RAMOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GIL S, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, GONZÁLEZ GARCIA J, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, CALZADO GOMEZ G, DEL ROSARIO GARCIA B, NAZCO CASARIEGO GJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N,. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Describir la efectividad (supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG)) y seguridad del tratamiento con regorafenib en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal metastásico (CCRm), hepatocarcinoma (HCC) y tumor del sistema gastrointestinal (GIST).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de 64 meses de duración (Diciembre 2013-Marzo 2018) en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les prescribió regorafenib.

Los datos demográficos y clínicos de los pacientes fueron obtenidos de la historia clínica mediante la aplicación informática SAP® y se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, toxicidades, SLP, SG, reducciones de dosis y suspensión del tratamiento.

Se estimó la mediana de SLP y SG por medio de curvas de Kaplan Meier.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 32 pacientes (81% varones) fueron incluidos en el estudio, de los cuales el 93,8% (30) fueron diagnosticados de CCRm, 3,1% (1) de HCC y 3,1% (1) de GIST.

El perfil de seguridad se distribuyó de la siguiente manera: síndrome mano-pie 56,3% (18), astenia 53,1% (17), pérdida de apetito 34,4% (11), dolor abdominal 31,3% (10), disfonía y diarrea 28,1% (9 en cada grupo), mucositis, toxicidad cutánea y trombopenia 21,9%.

El 40,6% de los pacientes (13) necesitaron reducción de dosis y el 62,5% (20) suspensión de dosis, de las cuales el 15,6% (5) fueron definitivas.

En lo que respecta a efectividad en CCRm, la mediana de SLP fue de 3,70 meses (2,48-4,95 IC 95%) mientras que la SG se situó en 10,6 meses (6,3-14,9 IC 95%).

El paciente diagnosticado de HCC presentó una SLP de 20,6 meses y actualmente recibe otra línea.

En la actualidad el 76% de los pacientes han fallecido (25, de los cuales 1 de ellos se le perdió el seguimiento y estaba diagnosticado de GIST). De los 7 pacientes restantes, 3 de ellos continúan tratamiento (CCRm), los otros 4 han progresado y reciben otra línea (1 HCC y 3 CCRm).

Conclusiones

El uso de regorafenib ha mostrado ser efectivo en nuestra población, aunque la incidencia de SMP ha sido elevada si lo comparamos con uno de los estudios pivotaes (REBACCA 28,9% frente a 56,3% en nuestros pacientes $p=0.009$).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

309. NEFRITIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB EN MELANOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES

DE MIGUEL GAZTELU M, SANCHEZ RUIZ DE GORDOA M, DE LA RIVA BOHIGAS R, PRECIADO GOLDARACENA J
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Pembrolizumab es un fármaco inmunoterápico indicado en monoterapia para el tratamiento del melanoma avanzado (irreseccable o metastático) en pacientes adultos. Se asocia con efectos adversos inmuno-relacionados (EARis).

El objetivo es describir un caso de toxicidad renal asociado a tratamiento con pembrolizumab.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de un caso clínico diagnosticado de melanoma estadio IV, BRAF nativo, en tratamiento con pembrolizumab con excelente tolerancia y respuesta clínica hasta el 18 ciclo que presenta deterioro de función renal.

Se revisan datos clínicos y analíticos recogidos en la aplicación historia clínica informatizada (versión 5.17.16).

Se aplicó el algoritmo Karch Lasagna, herramienta validada para evaluación de causalidad fármaco-reacción adversa a medicamentos (RAM).

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se revisó la ficha técnica del medicamento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Mujer de 76 años diagnosticada de melanoma estadio IV por afectación pulmonar, BRAF nativo, en tratamiento con pembrolizumab con excelente tolerancia y respuesta radiológica.

Tras la administración del decimoctavo ciclo presenta un cuadro de insuficiencia renal grado 2 (creatinina 1,69 mg/dL, filtrado glomerular CKD-EPI 29 mL/min/1,73m², urea 89 (mg/dL)), con proteinuria en rango no nefrótico (0,28 g/24h) y ecografía renal normal.

Con el diagnóstico de sospecha de nefritis por inmunoterapia, se inicia corticoterapia (metilprednisolona 1 mg/kg/día) con mejoría progresiva de la función renal (creatinina al alta 0,96 mg/dL), por lo que no se realizó biopsia renal.

Se aplicó el algoritmo Karch Lasagna, herramienta validada para evaluación de causalidad fármaco-reacción adversa a medicamentos (RAM).

Se notificó la reacción adversa al Centro de Farmacovigilancia y la causalidad se estableció como “probable” en base a la puntuación obtenida en el algoritmo (5 puntos).

La nefritis por pembrolizumab se documenta como reacción “poco frecuente” en ficha técnica. En la bibliografía revisada los casos documentados apenas alcanzan el 1%. Con esta información y la revisión bibliográfica se decide suspender el fármaco.

Conclusiones

La no evidencia de otras etiologías hace sospechar que se trate de un caso de nefritis secundario a tratamiento con pembrolizumab.

La relación causal “probable” refuerza la colaboración del farmacéutico especialmente en los medicamentos recientemente comercializados, resultando fundamental la notificación a farmacovigilancia de las reacciones adversas.

Una biopsia renal podría apoyar el diagnóstico.

Es imprescindible el diagnóstico, tratamiento precoz y seguimiento en los pacientes con EARis para evitar complicaciones graves.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

375. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES

AUTORES

SERRANO VICENTE MC, ESCOLANO PUEYO Á, ALLUÉ FANTOVA N, VIÑUALES ARMENGOL MC, AMADOR RODRIGUEZ MP,
HOSPITAL SAN JORGE. AVENIDA MARTINEZ DE VELASCO 36. HUESCA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la atención farmacéutica en pacientes oncológicos en tratamiento con antineoplásicos orales (ANEOS), describir las interacciones farmacológicas (IF), adherencia e intervenciones realizadas durante el seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de 3 meses de duración (mayo-julio 2017) de los pacientes oncológicos en tratamiento con ANEOs. Variables estudiadas: edad, sexo, alergias medicamentosas, entorno familiar: vive solo, en familia o institucionalizado; hábito tabáquico, diagnóstico, estado funcional ECOG y presencia de metástasis. Tipo de ANEO, línea de tratamiento y nº fármacos prescritos concomitantes no ANEOs. IF según clasificación de la FDA. Adherencia (calculada mediante el método de registro de dispensaciones), intervenciones farmacéuticas y grado de aceptación de las intervenciones. Para establecer la asociación entre las IF y el resto de variables se aplicó el test de Chi-Cuadrado de Pearson y para calcular la intensidad de dicha asociación se utilizó la prueba de Phi y V de Cramer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

58 pacientes incluidos. Media de edad 69,4±11,2 años, 70,7% hombres. El 8,6% presentaba alguna alergia medicamentosa, la más frecuente (6,7%) las relacionadas con analgésicos (grupo N02). El 8,6%, 84,5% y 6,9% vivía solo, en familia o institucionalizado, respectivamente. Fumador 37,9%. Principales diagnósticos: cáncer de colon-recto, próstata y pulmón en el 39,6%, 17,2%, 10,3% de los casos respectivamente. ECOG 0 y 1 en el 51,7% y 41,4% de los pacientes, respectivamente. Paciente metastásico en el 55,2% de los casos.

Principales ANEOs prescritos: capecitabina, enzalutamida y abiraterona en el 46,6%, 8,6% y 6,9% de los casos respectivamente y en el 72,4% fue 1ª línea de tratamiento. Media del nº de fármacos concomitantes: 5,2, rango 0-14. El 51,7% de los pacientes presentó al menos una interacción farmacológica, en total 47 IF. Siendo las principales con IBPs (17%), antieméticos (14,9%), antihipertensivos (12,8%) y antidepressivos (12,8%) y estatinas (8,5%). La clasificación de las IF, según su gravedad, fue de grado D, C, B y X en el 46,8%, 25,5%, 21,3% y 6,4% respectivamente. Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre desarrollar una IF y tener prescritos 5 o más fármacos no ANEOs, con un valor de 0,42 en el estadístico prueba de Phi y V de Cramer, indicando una intensidad moderada entre ambas variables. En cuanto a la adherencia, el 89,6% presentó una adherencia superior al 90%. Se realizaron intervenciones farmacéuticas al 84,5% de los pacientes, con un total de 111 intervenciones. Entre las dirigidas al paciente, las más frecuentes fueron reforzar educación sanitaria y revisar en informar de la coadministración con otros fármacos o plantas medicinales en un 31,5% y 26,1% respectivamente. Entre las dirigidas al médico la más frecuente fue añadir/retirar/sustituir un medicamento según necesidad y/o para evitar duplicidades e IF con un 19,8%. Un 85,6% del total de intervenciones fueron aceptadas.

Conclusiones

Los pacientes en tratamiento con ANEOs son un grupo susceptible de beneficiarse de la Atención Farmacéutica ya que es una población proclive de sufrir importantes IF. El farmacéutico desempeña un papel clave en el refuerzo de la adherencia aumentando proveyendo educación sanitaria para la correcta toma de los ANEOs y el manejo de efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

376. TERAPIA SUSTITUTIVA CON INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, ARTACHO CRIADO S, GALVÁN BANQUERI M, MÁRQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL DE VALME. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Analizar la adecuación y efectividad del uso de terapia sustitutiva con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) en hipogammaglobulinemia secundaria a quimioterapia/quimioinmunoterapia en pacientes con linfoma folicular (LF), así como los fármacos implicados, en un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con LF tratados con IgIV entre noviembre de 2015 y febrero de 2018.

Se recogieron variables demográficas (sexo y edad) y tratamiento quimioterápico/quimioinmunoterápico recibido.

Se consideraron criterios de indicación de dicho tratamiento niveles de inmunoglobulina G (IgG) inferiores a 500 mg/dl en pacientes que padecieran infecciones recurrentes y que hubieran requerido ingreso como consecuencia de estas, por analogía con los criterios establecidos en la bibliografía para pacientes con leucemia linfocítica crónica.

Se evaluó la efectividad del tratamiento con IgIV en base a dos criterios: consecución de niveles de IgG superiores a 500-700 mg/dl y disminución de la incidencia de infecciones.

La recogida de datos se llevó a cabo a partir de la historia clínica electrónica y del programa informático Farmis-Oncofarm®. Estos fueron procesados con el programa Microsoft Excel® versión 16.11.1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 9 pacientes (21,4% del total de pacientes en tratamiento para LF), 66,7% hombres, con una edad media de 60,4 años. Todos habían recibido tratamiento quimioterápico/quimioinmunoterápico previo a la terapia con IgIV, con la siguiente distribución: rituximab y fludarabina en el 55,6% de casos (n=5), rituximab y bendamustina en el 11,1% (n=1), bendamustina en monoterapia en el 22,2% (n=2) y más de una línea de tratamiento conteniendo rituximab, fludarabina y bendamustina en el 11,1% (n=1).

La media de niveles de IgG antes del inicio del tratamiento sustitutivo fue de 269,6±93,3mg/dl, habiendo iniciado tratamiento todos los pacientes con niveles inferiores a 500 mg/dl.

Todos los pacientes presentaron infecciones recurrentes en los meses previos al inicio de la terapia sustitutiva, destacando las infecciones respiratorias (presentes en un 88,9% de casos). Otros pacientes desarrollaron infecciones gastrointestinales (22,2%, n=2), y/o otorrinolaringológicas (22,2%, n=2). El 44,4% de los pacientes (n=4) habían presentado en los meses previos algún episodio infeccioso que requirió ingreso, habiendo ingresado uno de los pacientes en dos o más ocasiones.

Todos los pacientes alcanzaron niveles de IgG superiores a 500 mg/dl antes de finalizar el tratamiento, con una media de niveles finales de IgG de 640,9±53,3 mg/dl. No se dispone de datos de niveles finales de IgG en tres pacientes por no haber finalizado el tratamiento con IgIV.

El 77,7% (n=7) de los pacientes experimentó disminución de incidencias infecciosas durante/tras el tratamiento con IgIV.

Conclusiones

Todos los pacientes cumplieron los criterios de adecuación considerados para la terapia sustitutiva con IgIV, exceptuando el de la necesidad de ingresos previos por causa infecciosa, que sólo se cumplió en un porcentaje bajo de los pacientes. Además de en los pacientes tratados con rituximab y fludarabina, se ha observado la aparición de hipogammaglobulinemia en pacientes tratados con bendamustina, tanto asociada a rituximab como en monoterapia. El tratamiento sustitutivo con IgIV se mostró efectivo en un elevado porcentaje de pacientes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

381. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LAS DISTINTAS LÍNEAS DE TRATAMIENTO EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

DÍAZ ACEDO R, SERRANO GIMÉNEZ R, ARTACHO CRIADO S, GALVÁN BANQUERI M, MÁRQUEZ SAAVEDRA E
HOSPITAL DE VALME. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA. AVDA. DE BELLAVISTA, S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Describir el tratamiento del carcinoma de células renales avanzado o metastásico (CCRm) y analizar la efectividad, en base a la supervivencia libre de progresión (SLP), en cada línea de tratamiento en un hospital de especialidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de CCRm tratados en un hospital de especialidades entre 2015-2017 (cierre de recogida de datos: abril-2018).

Variables recogidas: datos demográficos, diagnóstico, líneas de tratamiento y fármacos empleados. Variable evaluada: SLP.

Fuentes de información: programa de dispensación a pacientes externos e historia clínica electrónica.

Procesamiento de datos: programa estadístico SPSS® v.25.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 24 pacientes, 70,8% hombres, con una edad mediana de 65 años (RIQ 74-58,75). El diagnóstico fue de CCRm de células claras en el 79,2% de los pacientes, papilar en el 16,7% y cromóforo en el 4,2%.

Para la primera línea (1L), todos los pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de tirosin-quinasa (ITK). La SLP mediana fue de 6,6 meses (RIQ: 2,2-10,5). Hubo cinco pacientes no respondedores a 1L (SLP < 2,5 meses, con éxitos antes de tres meses). Tres de los pacientes continuaban en tratamiento en el momento de la recogida de datos, tras 9,6, 24,7 y 36,8 meses.

El 50% de los pacientes inició una segunda línea, con ITK el 75% de ellos (n=9) y con nivolumab, gemcitabina-doxorrubicina y everolimus en un caso para cada uno; siendo la mediana de SLP de 9,6 meses (RIQ: 3,6-16,5). A fecha de la recogida de datos, continuaban en tratamiento con ITK dos pacientes (tras 13,4 y 17,5 meses) y con everolimus un paciente (tras 10,5 meses).

El 33,3% de los pacientes (n=8) inició una tercera línea, utilizándose ITK en el 50% de casos (tres habían recibido previamente otros dos ITK), nivolumab en un paciente y cabozantinib (ITK de última generación) en otro. La SLP mediana fue de 4,6 meses (RIQ: 2,1-5,7). En el momento de la recogida de datos continuaban en tratamiento los pacientes tratados con nivolumab y cabozantinib (tras 10 y 5 meses respectivamente).

Se alcanzó una cuarta línea en el 20,8% de los pacientes (n=5), iniciando dos pacientes tratamiento con ITK (tras dos/tres ITK previos), uno con nivolumab, uno con capecitabina y otro con everolimus. La mediana de SLP fue de 1,7 meses (RIQ: 0,3-2,15). A fecha de la recogida de datos, continuaba en tratamiento el paciente con nivolumab (tras 2,3 meses).

Conclusiones

El perfil de utilización de fármacos en CCRm es muy variable, observándose el uso de más de dos ITK consecutivamente (por progresión y no por toxicidad) en varios pacientes.

La SLP en 1L es inferior a la observada en los ensayos pivotaes probablemente por el elevado número de pacientes no respondedores y la SLP en líneas posteriores resulta difícil de valorar en base a la variabilidad de fármacos utilizados.

Es necesario establecer un protocolo de tratamiento del CCRm que defina la secuencia de tratamientos, posicione los fármacos con mejores resultados de eficacia (cabozantinib y nivolumab) y establezca criterios para seleccionar pacientes candidatos a tratamiento en líneas avanzadas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**385. EFECTIVIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO****AUTORES**

GONZÁLEZ MORCILLO G, NIGORRA CARO M, CHOLVI LLOVELL M, OLIVER NOGUERA A, VILANOVA BOLTÓ M, CANO COLLADO V, MANDILEGO GARCÍA AC, COMPANYY BEZARES F
HOSPITAL SON LLATZER. CTRA. DE MANACOR, KM 4. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CPNM metastásico tratados con nivolumab entre junio-2015 y abril-2018 en un hospital de segundo nivel. Los datos se obtuvieron mediante la historia clínica electrónica (HpHCIS) y el programa de prescripción electrónica oncohematológica (Oncofarm®). Se recogieron las variables edad, sexo, histología, expresión de PD-L1, tratamientos previos, ECOG al inicio de nivolumab, ciclos recibidos, duración de tratamiento y tiempo hasta progresión o muerte. La efectividad fue evaluada mediante la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y la Supervivencia Global (SG).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 51 pacientes, con una media de edad 66 años (42-87). El 76% eran hombres. La histología fue adenocarcinoma en el 61% (n=31), el resto fueron escamosos. La expresión de PD-L1 fue negativa en el 14% (n=7), de baja expresión [1-49%] en el 8% (n=4) y alta expresión [50-100%] en el 6% (n=3); en el 72% de los pacientes no se determinó la expresión de PD-L1. El 69% recibió nivolumab en segunda línea, el 21% como tercera línea y el 10% como cuarta o sucesivas líneas. El 86% de los pacientes presentaba ECOG 0-1 al inicio de tratamiento, mientras que el 12% presentaba ECOG 2. La mediana de ciclos recibidos fue de 9 [2-60] y la mediana de duración de tratamiento de 4 meses [1-33].

Al finalizar el estudio el 12% de los pacientes habían suspendido el tratamiento por exitus, el 49% por progresión y un 2% por toxicidad. A la fecha de corte de datos, el 37% de pacientes habían fallecido y el 39% seguían en tratamiento, y en este último grupo, la mediana de ciclos recibidos era de 21 (4-60) y la mediana de duración de tratamiento de 10 meses (2-33). El tratamiento de CPNM metastásico con nivolumab mostró una mediana de SLP de 2 meses, con una media de 4,37 meses [IC95% 2,79-5,95]; la mediana de SG fue de 6 meses, con una media de SG de 6.89 meses [IC95% 4,02-9,77]. A los 12 meses seguían en tratamiento el 17,6% de los pacientes; a los 18 meses el 7,8% y a los 24 meses el 5,9%.

Nivolumab ha demostrado producir respuestas duraderas en nuestra muestra de pacientes. En este estudio no es posible evaluar la efectividad de nivolumab según la expresión de PD-L1 ya que ésta no fue determinada en un elevado porcentaje de pacientes. Debido al número de pacientes que siguen en tratamiento, la SLP y SG calculada debe ser interpretada con precaución.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**386. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE QUINASAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN PACIENTES PEDIÁTRICOS****AUTORES**

RUÍZ JIMÉNEZ MDM, DÍAZ CARRASCO MS, BERMÚDEZ CORTÉS M, MENÉNDEZ NARANJO L, MATEO CARMONA J, VICENTE SÁNCHEZ S
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la utilización de fármacos inhibidores selectivos de quinasas en el tratamiento de la Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes pediátricos onco-hematológicos tratados con inhibidores selectivos de quinasas por haber sufrido EICH como complicación post-trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Datos registrados: sexo, edad, enfermedad de base, número y tipo de TPH, tipo y gravedad de EICH y líneas de tratamiento previas. Con respecto al tratamiento dirigido: duración, tolerancia y respuesta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

La muestra fue de 5 pacientes de los cuales 4 eran varones. La mediana de edad fue de 16 años (rango 13-17). La media de duración del tratamiento dirigido fue de 25,4±6,64 meses y actualmente solo uno continúa. En cuatro pacientes se evidenció mejoría. Resumen de la evolución por paciente:

- Leucemia Linfóide Aguda B común de alto riesgo. TPH haploide de hermana. EICH agudo grado III, cutáneo y hepático, refractario a esteroides, fotoaféresis extracorpórea y micofenolato. Tratamiento con ruxolitinib, llegando a recibir 15mg/día. Actualmente continúa con el tratamiento, tras 2 años del inicio, con buena evolución.
- Leucemia Aguda Mieloblástica. Alo-TPH de hermana HLA compatible. EICH crónica extensa, refractaria a tacrolimus, esteroides y fotoaféresis extracorpórea. Inició imatinib 100mg/día llegando a recibir 200mg/día. Reactivación de EICH cutánea y digestiva con intensificación de corticoterapia y suspensión de imatinib por mala tolerancia. Se añadió etanercept y micofenolato. Inició ruxolitinib 5mg/12h con discreta mejoría. Exitus por citomegalovirus dos meses después.
- Leucemia Linfóide Aguda Philadelphia (+). Alo-TPH de donante no emparentado. EICH cutánea aguda grado II tratada

con esteroides que evolucionó a EICH cutánea aguda grado III más gastroenterocolitis y finalmente a EICH crónica cutánea extensa que se trató con corticoides, fotoaféresis extracorpórea, ciclosporina y micofenolato. Inició imatinib 100mg/día llegando a 300mg/día y presentando mala tolerancia digestiva y hematológica. Buena evolución, con afectación únicamente del intestino delgado, por lo que suspendió imatinib y mantuvo tratamiento con micofenolato.

- Síndrome de Chediak-Higasi. Alo-TPH de donante no emparentado. EICH cutánea aguda grado II, que evolucionó a EICH crónica severa refractaria a tacrólimus y corticoides. Inició imatinib 100mg/día, llegando a recibir 300mg/día, con mala tolerancia hematológica y digestiva. Suspendió por no evidenciar mejoría.

- Leucemia Aguda Mieloblástica. Alo-TPH de hermana HLA compatible y un segundo TPH haploidéntico de su madre, seguido de tres infusiones de linfocitos de la misma, con posterior recaída medular. EICH crónica extensa que inició imatinib 100mg/día llegando a 200mg/día con mala tolerancia hematológica y digestiva. Además de corticoides, se añadió etanercept. Por evolución de la EICH y aparición de áreas de vesiculización suspendió imatinib e inició ruxolitinib 5mg/12h con descenso de corticoides hasta suspenderlos. Buena evolución con lesiones cutáneas prácticamente resueltas a los 8 meses de tratamiento. Exitus por recaída medular 6 meses después.

Conclusiones

Los inhibidores de quinasas imatinib y ruxolitinib fueron utilizados en EICH aguda y crónica, refractaria a varias líneas de tratamiento. En este escenario complejo la efectividad fue modesta, con algunas respuestas mantenidas, destacando ruxolitinib frente a imatinib, siendo además mejor tolerado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

392. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE AFATINIB EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

AUTORES

ALCARAZ SANCHEZ JJ, DEL RÍO VALENCIA JC, ESPINOSA BOSCH M, MORA RODRIGUEZ B, RUIZ DE VILLEGAS GARCÍA-PELAYO M

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO. AVDA. CARLOS HAYA, S/N. MÁLAGA

OBJETIVOS

Analizar el impacto en la supervivencia de afatinib en adenocarcinoma de pulmón en pacientes mayores de 65 años con la mutación activadora Tirocin-Kinasa del Receptor de Factor de Crecimiento Epidérmico (EGFR-TK) y estudiar la seguridad del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo julio 2015-abril 2018. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 65 años en tratamiento con afatinib. Los datos se obtienen de la historia clínica electrónica y de los registros de dispensaciones a pacientes externos. Variables analizadas: variables demográficas: edad y sexo; variables clínicas: diagnóstico, estadio, línea de tratamiento, dosis administrada, modificación de la posología, estado funcional (PS) de acuerdo con la escala (ECOG), respuesta al tratamiento y supervivencia libre de progresión (SLP), mediante evaluación del tamaño tumoral según criterios RECIST 1.1, reacciones adversas y comorbilidades. Análisis de la SLP mediante curva Kaplan-Meier (SPSS versión-17).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma con mutación activadora EGFR-TK, con una edad media de $72,8 \pm 6,42$ años, siendo el 70% mujeres y mediana ECOG de 1 (rango intercuartílico (RI) 0-2). Comorbilidades: el 60% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, 30% diabetes mellitus tipo 2, 20% enfermedad pulmonar (EPOC, asma), 10% enfermedad renal crónica y 10% enfermedad coronaria.

Todos los pacientes incluidos estaban en estadio IV al inicio del tratamiento, iniciaron terapia en primera línea con afatinib el 90% y el 10% en segunda línea después de progresar a carboplatino-pemetrexed y mantenimiento con pemetrexed.

El 70% empezaron con dosis de 40 mg una vez al día, pero al 42,85% (3) se les redujo a 30 mg y el 30% inició con 30 mg al día. Efectividad: de los 10 pacientes analizados dos continúan en tratamiento al finalizar el estudio, al resto se les suspendió por progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. A través del análisis de la SLP de nuestra población mediante curva Kaplan-Meier se calcula una mediana de SLP de 10,5 meses, IC 95% (3,57-17,43).

Reacciones adversas: toxicidad digestiva: el 90% desarrollaron diarrea, de ésta el 66,66% fueron de grado 2 (G2) y 33,33% de grado 1 (G1) que obligaron a reducir la dosis a 30 mg en 5 de 7 pacientes y dos pacientes presentaron mucositis G2 y uno G1. El 80% padecieron toxicidad cutánea: 20% fisuras G1, 20% rash cutáneo G1, 10% xerosis G1, 10% paroniquia y alopecia G2, 10% hipertrichosis G1, y un paciente lesiones cutáneas ulceradas que obligaron a suspender el tratamiento. Otras toxicidades: astenia G1 en el 50% de los casos y conjuntivitis en el 10%. Éstas no están relacionadas con las comorbilidades al inicio de tratamiento.

Conclusiones

Se obtiene una mediana de SLP de 10.5 meses, resultado algo inferior al obtenido en el ensayo pivotal Lux-Lung-3, mediana de 13,7 meses para este subgrupo de pacientes. Esta discrepancia se podría explicar por la diferencia en el tamaño muestral y los criterios de inclusión del ensayo pivotal donde se excluyeron a pacientes con esperanza de vida inferior a 3 meses. En cuanto a las reacciones adversas al igual que en el estudio Lux-Lung-3 las frecuentes fueron diarrea y toxicidad dérmica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

398. SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: ¿SE REPRODUCEN LOS DATOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

AUTORES

CABELLO MURIEL A, JOVER BOTELLA A, PEREZ PRIOR N, GARCÍA-MOLINA SAEZ C, ORVIZ SUAREZ MT, GARCÍA GARCÍA R, RASO RASO A, ALCALÁ SANZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA. CV-95 SN. ALICANTE

OBJETIVOS

Comparar la supervivencia libre de progresión (SLP) de los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración, tratados con abiraterona y enzalutamida, respecto a los resultados obtenidos en los respectivos ensayos clínicos (EECC) pivotales. Evaluar los motivos de suspensión de los tratamientos finalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con abiraterona o enzalutamida desde enero 2015 hasta diciembre de 2016 en dos hospitales que atienden a una población de 300.000 habitantes. El periodo de estudio fue determinado de acuerdo a los datos de SLP obtenida en los EECC (11,1 y 10,2 meses para abiraterona pre/postquimioterapia y 11,2 y 8,3 meses para enzalutamida pre/postquimioterapia respectivamente), para garantizar que haya transcurrido el tiempo suficiente desde que termina el periodo de inclusión para poder evaluar la SLP y minimizar la existencia de datos censurados (tratamiento no finalizado). En los pacientes que continuaban en tratamiento en el momento del análisis, se tomó la fecha de corte 30 de abril de 2018 para su evaluación. El criterio utilizado para definir la SLP fue el incremento del marcador PSA que motivara la suspensión del tratamiento. Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, si el tratamiento se puso antes o después de quimioterapia, la SLP y el motivo de la suspensión en los casos en los que el tratamiento finalizó durante el periodo de estudio. Los datos demográficos y clínicos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Iniciaron tratamiento 28 pacientes, 15 con abiraterona (12 prequimioterapia, 3 postquimioterapia) y 13 con enzalutamida (5 prequimioterapia, 8 postquimioterapia). La edad media de los pacientes al inicio del tratamiento fue de $76,9 \pm 7,3$ años. La SLP media fue de $16,5 \pm 12,1$ y $5,1 \pm 2,8$ meses para abiraterona pre y postquimioterapia respectivamente, y $10,8 \pm 10,5$ y $13,5 \pm 9$ para enzalutamida pre y postquimioterapia respectivamente. 14 pacientes (50%) tuvieron una SLP menor a la obtenida en los EECC. De los 28 pacientes incluidos, 22 interrumpieron el tratamiento durante el periodo de evaluación, 16 debido a progresión de la enfermedad, 3 por eventos adversos, y 3 por deterioro clínico no relacionado con el tratamiento. Los pacientes que aún continuaban tratamiento en el momento del corte, tenían una duración de tratamiento entre 20 y 40 meses.

Conclusiones

- Los datos obtenidos en el uso real de abiraterona y enzalutamida muestran diferencias a los obtenidos en los EECC.
- La SLP media en los pacientes evaluados fue menor a la obtenida en los EECC para abiraterona usada en postquimioterapia y enzalutamida en prequimioterapia y fue mayor para abiraterona en prequimioterapia y enzalutamida en postquimioterapia.
- Los resultados obtenidos han presentado una variabilidad notable, con un rango de SLP entre 0,5 y 39,9 meses.
- La mitad de los pacientes tuvieron una SLP menor a la descrita en los EECC.
- Solo 3 de los 28 tratamientos iniciados tuvieron que ser suspendidos por motivo de aparición de efectos adversos.
- 5 de los 6 pacientes que interrumpieron el tratamiento (83%) lo hicieron al poco tiempo de iniciarlo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

414. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN DE INTERACCIONES EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON IBRUTINIB

AUTORES

LÓPEZ LÓPEZ AM, DEL MORAL ALCÁZAR MC, BARBERO HERNÁNDEZ MJ, CLARAMUNT GARCÍA R, MUÑOZ CID CL, LÓPEZ LÓPEZ MP
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. AVD. DEL EJERCITO ESPAÑOL, 10. JAÉN

OBJETIVOS

Evaluar de forma individualizada las interacciones, cormobilidades y medicación concomitante al inicio del tratamiento con Ibrutinib. Realizar recomendaciones de suspensión/cambio o control de los fármacos involucrados en las interacciones detectadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo entre Enero de 2017 y Febrero de 2018. Se llevó a cabo la revisión y registro de las interacciones durante el proceso de atención farmacéutica realizada a los pacientes con inicio de tratamiento con Ibrutinib. Se revisaron las historias clínicas y la prescripción de fármacos en Receta XXI del Servicio Andaluz de Salud. Además, se entrevistó al paciente durante su visita por la Consulta de Pacientes Externos, donde se confirmó su medicación habitual. Para la detección de las interacciones medicamentosas (IM) se utilizaron diferentes bases de datos de interacciones como Uptodate® (Lexicomp), Medinteract®, Drug Interactions®. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (indicación del tratamiento y cormobilidades) y farmacoterapéuticas (tratamientos concomitantes, y número y tipo de interacciones).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Iniciaron tratamiento con Ibrutinib 15 pacientes (12 hombres y 3 mujeres) cuya mediana de edad fue de 70 años (rango, 52-93). En el 73,3% (11) de los pacientes, la indicación terapéutica fue Leucemia Linfática Crónica B (LLC-B), el 20% (3) Linfoma de Células del Manto (LCM) y el 6,6% (1) Macroglobulinemia de Waldenström (MW). El 87% (13) presentaban comorbilidades, siendo hipertensión arterial la más frecuente (10), seguida de diabetes mellitus (8), dislipemia (8), fibrilación auricular (4), insuficiencia cardíaca (3), depresión (4), osteoporosis (2), EPOC (1), y esclerosis múltiple (1). La mediana de medicamentos/paciente fue de 4 (rango, 1-6). Se detectaron en total 15 interacciones en 9 pacientes (60%), siendo la mediana de interacción/paciente de 2 (rango, 1-3). Los grupos de fármacos implicados en las interacciones medicamentosas fueron: antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno e ibuprofeno), anticoagulantes orales (apixabán, dabigatrán), antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico), antidepresivos (citalopram, paroxetina y desvenlafaxina), antidiabéticos orales (sitagliptina, metformina-saxagliptina), antiarrítmicos (digoxina y verapamilo), e inmunomoduladores (teriflunomida).

El 53% de las interacciones fueron clasificadas como riesgo moderado y el 47% como riesgo grave, de las cuales 2 requirieron el cambio del fármaco implicado en la interacción. El resto de interacciones se resolvieron realizando un informe recomendando una estrecha observación clínica y de laboratorio para las complicaciones hematológicas.

Conclusiones

El farmacéutico desempeña un papel muy importante en la prevención, detección, y seguimiento de pacientes polimedicados y con patología grave y compleja. Por tanto, el estudio previo al inicio del tratamiento, mejora la seguridad del paciente ya que permite manejar la posible toxicidad relacionada con las interacciones medicamentosas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

431. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE DARATUMUMAB EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, TOMÁS LUIZ A, RAMÍREZ ROIG C, FERNANDEZ ÁVILA JJ, DÍAZ CARRASCO MS
HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y la toxicidad de daratumumab en monoterapia en pacientes con mieloma múltiple (MM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes tratados con daratumumab en un hospital de tercer nivel. Variables recogidas: sexo, edad, tipo de MM, estadio, líneas previas, trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos (TASPE) realizados, número de ciclos de daratumumab administrados, respuesta según los criterios del International Myeloma Working Group, toxicidades (CTCAE versión 4.0), motivo de suspensión del fármaco, supervivencia libre de progresión (SLP) y global (SG) según método de Kaplan-Meier.

Fuentes de datos: historia clínica electrónica y programa de gestión de tratamientos antineoplásicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la comercialización del fármaco se trataron 10 pacientes, 6 mujeres y 4 hombres, siendo la mediana de edad de 74 años (64-82).

Cinco fueron diagnosticados con MM tipo IgG Kappa, dos fueron IgA Kappa, uno Bence-Jones Kappa, uno IgA Lambda y uno IgG Lambda. Nueve de ellos se encontraban en estadio IIIA y uno en IIIB.

El tratamiento con daratumumab se prescribió en 3ª línea en cuatro pacientes, en 4ª línea en cuatro pacientes y en 6ª y 7ª línea en un paciente.

Las líneas previas de tratamiento incluyeron: bortezomib-melfalan-prednisona (3 pacientes), bortezomib-doxorrubicina-dexametasona (3), bortezomib-ciclofosfamida-dexametasona (2), bortezomib-dexametasona (2), carfilzomib-lenalidomida-dexametasona (8), lenalidomida-dexametasona (7), ixazomib-lenalidomida-dexametasona (1), otros (5). Ocho de los diez pacientes recibieron un TASPE y cuatro dos TASPE previos.

En cuanto al número de ciclos recibido, dos pacientes siguen en tratamiento activo: un paciente ha recibido nueve ciclos y el otro dos. De los pacientes que ya no están en tratamiento con daratumumab: un paciente recibió seis ciclos, dos pacientes recibieron cuatro ciclos, tres pacientes recibieron dos ciclos y dos pacientes recibieron un ciclo.

Dos pacientes alcanzaron respuesta parcial, en dos la enfermedad se mantuvo estable, cinco fueron refractarios al tratamiento y otro fue exitus antes de valorar la respuesta. Al finalizar el periodo de estudio 8 pacientes habían progresado, de los cuales fallecieron 5.

La mediana de SLP fue de 2,03 meses (IC95% 0,37 – 3,69) y la mediana de SG de 7,77 meses (IC95% 4,95 – 10,59).

El porcentaje de pacientes con reacciones adversas en todos los grados fue del 90%, mientras que el porcentaje de pacientes con reacciones adversas de grado 3 fue del 50% y no se registraron reacciones grado 4-5. Entre las más frecuentes se encuentran: anemia (40% de los pacientes), reacción a la infusión (30%), trombocitopenia (30%), dorsalgia (20%) y linfopenia (20%). De grado 3, destacan: anemia (20% de los pacientes), trombocitopenia (10%), hiperglucemia (10%) y linfopenia (10%).

El uso de daratumumab en monoterapia, en condiciones de práctica clínica, ha demostrado tener una efectividad moderada, tanto en términos de respuesta como de supervivencia.

En el perfil de seguridad destaca la toxicidad hematológica y la aparición de hiperglucemia severa, asociada al corticoide concomitante. La incidencia de reacciones infusionales fue inferior a la descrita en los estudios pivotaes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**439. EFECTIVIDAD Y TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO****AUTORES**

SÁEZ GARRIDO M, RUIZ GÓMEZ A, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, FERNANDEZ ÁVILA JJ, DÍAZ CARRASCO MS

HOSPITAL CLÍNICO UNIV. VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID-CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y toxicidad de bevacizumab asociado a paclitaxel en primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todas las pacientes tratadas con bevacizumab en combinación con paclitaxel, en primera línea de cáncer de mama metastásico, desde Enero de 2015 hasta Marzo de 2018, en un hospital de tercer nivel. Variables recogidas: sexo, edad, comorbilidades, ECOG, subtipo molecular, tratamiento previo, número de ciclos, respuesta, toxicidades, motivo de suspensión del tratamiento, supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Fuentes de datos: historia clínica electrónica y programa de gestión de tratamientos antineoplásicos.

Para analizar la supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se trataron 17 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 56 años (38-71). Las comorbilidades que presentaban las pacientes fueron: hipertensión arterial, hiperlipemia, hipotiroidismo, migraña, cefalea tensional, síndrome ansioso-depresivo, ovario poliquístico, rinitis alérgica, asma alérgico, colon irritable, osteoporosis iatrogénica post-menopáusica, lupus eritematoso sistémico, crioglobulinemia mixta, síndrome de Raynaud y hepatitis autoinmune.

La mediana de la calidad de vida según la escala ECOG era de 1.

Ocho pacientes presentaban subtipo molecular triple negativo y nueve Luminal B (HER2-) y enfermedad visceral agresiva. Dieciséis pacientes habían recibido tratamiento adyuvante o neoadyuvante previo: 7 hormonoterapia y quimioterapia, 2 sólo hormonoterapia y 7 quimioterapia.

La mediana de ciclos recibidos fue de 5 ciclos.

Una paciente alcanzó respuesta completa, siete experimentaron una respuesta parcial, tres se mantuvieron estables, una paciente fue refractaria al tratamiento, en una paciente se suspendió por toxicidad tras 1ª dosis, y de cuatro pacientes no se dispone de datos de respuesta.

De los diecisiete pacientes tratados con este esquema, tres siguen en tratamiento activo, una dejó el tratamiento por deseo personal, otro por toxicidad, que posteriormente fue exitus, once progresaron, siendo cuatro de éstas exitus. Otro paciente fue exitus antes de poder analizar la respuesta.

La mediana de la SLP fue de 4,23 meses (IC95%3,21 – 5,25) y la mediana de SG de 18,33 meses (IC95% 15,47 – 21,19).

Se registraron reacciones adversas en 70,59% de los pacientes: neuropatía periférica (6 pacientes), astenia (6), alopecia (1), disgeusia (1), diarrea (2), toxicidad ungueal (3), mucositis (2), dorsalgia (1), epistaxis (1), eritrodisestesia palmo-plantar (1), anemia (1) y trombocitopenia (1), trombosis venosa profunda (1). Destacan con grado 3: astenia (1), trombocitopenia (1), neuropatía (1); y con grado 2: astenia (3), neuropatía (2), diarrea (1), alopecia (1), mucositis (1) y onicodistrofia (1). La trombosis venosa profunda y la epistaxis podrían ser atribuibles al bevacizumab.

El uso de bevacizumab en combinación con paclitaxel, en condiciones de práctica clínica, ha demostrado tener una efectividad inferior a la reportada en el estudio pivotal tanto en términos de SLP como de SG.

En el perfil de seguridad, destacan la neuropatía periférica y la astenia, con un bajo porcentaje de reacciones adversas atribuibles a bevacizumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**445. BIOPSIA LÍQUIDA: EVOLUCIÓN MUTACIONAL DEL ADN TUMORAL EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON MUTACIÓN EGFR****AUTORES**

DEL RÍO SAN CRISTÓBAL R, LÓPEZ CARRASCO A, MERINO MARTÍN V, TOLEDO GUASP I, PÉREZ GARCÍA R, BLASCO SEGURA P

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA. AVENIDA TRES CRUCES 2. VALENCIA

OBJETIVOS

En el paciente con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) y mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) el perfil molecular del tumor evoluciona rápidamente en respuesta al tratamiento. La evolución y caracterización del perfil mutacional del DNA tumoral a lo largo del tratamiento es determinante a la hora de tomar decisiones terapéuticas. Nuestro objetivo es valorar en este contexto la utilidad de la biopsia líquida, que nos permite aislar el DNA-tumoral-circulante (ctDNA) a partir de una muestra de sangre periférica para identificar las alteraciones genómicas presentes en el tumor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de paciente único realizado por el Servicio de Farmacia, como parte del equipo interdisciplinar de atención al paciente oncológico.

1)Selección de paciente candidato a biopsia líquida: CPNM-EFGR-positivo en progresión durante tratamiento con inhibidor de tirosina quinasa (ITK) acoplada a EGFR de primera generación. 2)Realización de biopsia líquida tras cada



progresión: muestra 10mL de sangre periférica obtenida por venopunción. Mezclar inmediatamente mediante inversión suave los tubos de sangre y mantener a temperatura ambiente. Enviar las muestras al laboratorio donde serán analizadas mediante técnicas de secuenciación de nueva generación con el kit Guardant360™.

3) Interpretación perfil genético para la toma de decisiones terapéuticas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Paciente con CPNM mutación EGFR-exón-19-L858R determinada en biopsia de tejido al diagnóstico. Inicia tratamiento con ERLOTINIB, ITK primera generación. Tras respuesta parcial mantenida durante 7 meses, se objetiva en PET-TAC ligera progresión de nódulos pulmonares. Realizamos biopsia líquida en sangre periférica para determinar el perfil mutacional actual del ADN tumoral: la mutación EGFR-exón-19-L858R es indetectable y en su lugar aparece mutación EGFR-exón-20-T790M. Cambiamos tratamiento a OSIMERTINIB, ITK nueva generación más potente y selectivo, activo contra mutación T790M. Tras seis meses de respuesta parcial mantenida, TAC de reevaluación constata aumento de lesiones pulmonares conocidas y aparición de nuevas lesiones metastásicas. Realizamos segunda biopsia líquida: reaparición de mutación EGFR-exón-19-L858R, mutación T790M es indetectable. Reintroducimos tratamiento con ERLOTINIB, descartado en un principio por resistencia tras su primer uso. Obtenemos respuesta parcial mantenida durante 6 meses.

Hemos expuesto el caso de un paciente con CPNM mutación EGFR cuyo tratamiento con ITKs modificamos en función del perfil mutacional del tumor. Para ello realizamos una serie de biopsias en sangre periférica a lo largo de todo tratamiento, que nos permitieron obtener información en tiempo real sobre la expresión molecular del tumor e individualizar el tratamiento.

El análisis de biomarcadores en tejido tumoral se considera estándar de referencia en oncología de precisión. Sin embargo, se trata de un procedimiento invasivo, largo y costoso, lo que limita su aplicación a la determinación inicial de biomarcadores en el diagnóstico.

La biopsia líquida nos permite realizar determinaciones sucesivas y conocer en tiempo real la respuesta del tumor al fármaco, detectar fallos de tratamiento y seleccionar el tratamiento dirigido más adecuado antes de la progresión de la enfermedad a nivel biológico, lo que podría suponer una mejora en la calidad de vida y supervivencia global de estos pacientes.

No obstante, la biopsia líquida tiene ciertas limitaciones como la pequeña cantidad de ctDNA, que requiere de técnicas muy sensibles para ser detectado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

460. EVALUACIÓN DE PEMETREXED EN MONOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

LAZARO LÓPEZ E, ZAPICO GARCÍA I, RODRÍGUEZ FERRERAS A, PLANO SÁNCHEZ AI, VELASCO ROCES L, MENÁRGUEZ BLANC R, ZARATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. C/ DE CELESTINO VILLAMIL, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar los resultados obtenidos en salud y las características de los pacientes tratados de adenocarcinoma de pulmón no microcítico localmente avanzado ó metastásico con pemetrexed en monoterapia y segunda línea tras un doblete de platino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo (enero 2009-marzo 2017) de los pacientes con adenocarcinoma de pulmón tratados con pemetrexed en segunda línea, tras una primera línea con un doblete con platino. La variable principal para definir la efectividad del tratamiento fue la supervivencia global (SG) expresada en meses de vida ganados (método de Kaplan-Meier). Las variables incluidas en el estudio fueron: sexo, edad, hábitos tabáquicos, ECOG al inicio del tratamiento, presencia o ausencia de mutación EGFR y ALK, estadio del paciente en el momento del diagnóstico (sistema TNM de estadificación), tratamiento en primera línea (doblete con platino), fecha inicio pemetrexed y nº de ciclos, fecha de progresión con pemetrexed y éxitus. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos se emplearon medidas de centralización y dispersión en el caso de las variables cuantitativas, y descripción de frecuencias para las variables cualitativas. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 19.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 90 pacientes a tratamiento con pemetrexed en segunda línea (66 varones), con una mediana de edad de 65 años (39-84). En cuanto al hábito tabáquico, 30 de los pacientes eran fumadores, 50 ex-fumadores y diez no fumadores. En 85 pacientes se conocía el ECOG al inicio del tratamiento: 0 en 26 pacientes, 1 en 45 pacientes, 2 en trece pacientes y 3 en un paciente. Siete pacientes presentaron mutación EGFR positiva y uno ALK positiva. El estadio al diagnóstico fue III en 21 pacientes y IV en 66 (en el caso de tres pacientes no obtuvimos información acerca del estadio). El tratamiento de primera línea fue un doblete de cisplatino con vinorelbina (n=45), con docetaxel (n=8), con gemcitabina (n=2), con pemetrexed (n=1); ó bien doblete de carboplatino con vinorelbina (n=20), con paclitaxel (n=7), con docetaxel (n=4) y con gemcitabina (n=3). Se obtuvo una mediana de SG de 5 meses y mediana de tiempo hasta progresión de 2 meses, con una mediana de 3,54 (1-23) ciclos de pemetrexed administrados. A fecha fin de seguimiento 75 pacientes habían sido exitus.

Conclusiones

Las características demográficas, clínicas y el hábito tabáquico de los pacientes a estudio fueron muy similares a las de la población del estudio de referencia PARAMOUNT.



La mediana de ciclos de pemetrexed administrados fue inferior a la mediana obtenida en el estudio de referencia (3,54 vs 7,9 ciclos).

Se calculó una mediana de SG de 5 meses, resultados inferiores a los 13,9 meses de SG obtenida en el estudio PARAMOUNT.

Pemetrexed como tratamiento de segunda línea tras un doblete de platino es una estrategia de tratamiento eficaz en pacientes con adenocarcinoma de pulmón no microcítico y buen estado funcional. Sería recomendable prolongar el tiempo de seguimiento y aumentar el tamaño de la muestra para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

466. EVALUACIÓN DE PEMETREXED EN MONOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

LÁZARO LÓPEZ E, PLANO SÁNCHEZ AI, RODRÍGUEZ FERRERAS A, ZAPICO GARCÍA I, VELASCO ROCES L, CARRILES FERNANDEZ C, ZARATE TAMAMES B, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. C/ DE CELESTINO VILLAMIL, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Analizar los resultados obtenidos en salud y las características de los pacientes tratados de adenocarcinoma de pulmón no microcítico localmente avanzado ó metastásico con pemetrexed en monoterapia como mantenimiento tras un doblete de platino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo (enero 2009-marzo 2017) de los pacientes con adenocarcinoma de pulmón tratados con pemetrexed en mantenimiento, tras una primera línea con un doblete con platino. La variable principal para definir la efectividad del tratamiento fue la supervivencia global (SG) expresada en meses de vida ganados (método de Kaplan-Meier). Las variables incluidas en el estudio fueron: sexo, edad, hábitos tabáquicos, ECOG al inicio del tratamiento, presencia o ausencia de mutación EGFR y ALK, estadio del paciente en el momento del diagnóstico (sistema TNM de estadificación), tratamiento en primera línea (doblete con platino), fecha inicio pemetrexed y nº de ciclos administrados, fecha de progresión con pemetrexed y éxitus. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos se emplearon medidas de centralización y dispersión en el caso de las variables cuantitativas, y descripción de frecuencias para las variables cualitativas. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 19.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 30 pacientes a tratamiento con pemetrexed en mantenimiento (20 varones), con una mediana de edad de 62,5 años (44-77). En cuanto al hábito tabáquico, seis de los pacientes eran fumadores, 16 ex-fumadores y ocho no fumadores. En 26 pacientes se conocía el ECOG al inicio del tratamiento: 0 en ocho pacientes, 1 en 16 pacientes y 2 en dos pacientes. Siete pacientes presentaron mutación EGFR positiva y ninguno ALK positiva. El estadio al diagnóstico fue III en nueve pacientes y IV en 20 (en el caso de un paciente no obtuvimos información acerca del estadio). El tratamiento de primera línea fue un doblete de cisplatino con vinorelbina (n=11), con pemetrexed (n=8), con docetaxel (n=2); ó bien doblete de carboplatino con vinorelbina (n=4), con pemetrexed (n=4) y con paclitaxel (n=1). Se obtuvo una mediana de SG de 7 meses y mediana de tiempo hasta progresión de 4 meses, con una mediana de 6,57 (1-22) ciclos de pemetrexed administrados. A fecha fin de seguimiento 19 pacientes habían sido éxitus.

Conclusiones

Las características demográficas, clínicas y el hábito tabáquico de los pacientes a estudio fueron muy similares a las de la población del estudio de referencia PARAMOUNT.

La mediana de ciclos de pemetrexed administrados fue inferior a la mediana obtenida en el estudio de referencia (6,57 vs 7,9 ciclos).

Se calculó una mediana de SG de 7 meses, resultados inferiores a los 13,9 meses de SG obtenida en el estudio PARAMOUNT con una muestra de 539 pacientes.

Pemetrexed en monoterapia tras un doblete de platino es una estrategia de tratamiento eficaz para el mantenimiento en pacientes con adenocarcinoma de pulmón no microcítico y buen estado funcional. Sería recomendable prolongar el tiempo de seguimiento y aumentar el tamaño de la muestra para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

478. QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA

AUTORES

SANTOS PÉREZ MI, GODOY DIEZ M, ABAJO DEL ALAMO C
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. CALLE DULZAINA, N2. VALLADOLID

OBJETIVOS

Conocer y analizar las características de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia (QT) al final de la vida en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, en los pacientes con neoplasias oncohematológicas que recibieron QT, entre enero-2016 y mayo-2017. Se recogieron variables clínicas y demográficas del programa de historia clínica electrónica

(Siclinica®) y de los módulos de Pacientes Ambulantes y Externos del Servicio de Farmacia (Farmatools®). Se realizó un análisis descriptivo de estas variables, expresándose como medianas y rangos (variables cuantitativas) y como frecuencias y porcentajes (variables categóricas). Se analizó la influencia de diferentes variables (edad, sexo, tipo de cáncer, quimiosensibilidad de éste, vía de administración de la QT, servicio, médico y lugar del éxitus), sobre el hecho de recibir QT el último mes de vida, a través de la prueba chi-cuadrado (significación si $p < 0,05$).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período de estudio, 1.566 pacientes (61,4% hombres) recibieron QT, de los que 293 fallecieron (18,7%). La mediana de edad fue de 68 años (26-89). El 82,6% de los pacientes pertenecían al servicio de Oncología, el 9,9% a Hematología y el 7,5% restante, a otros servicios (Urología, Digestivo, Radiología y Cirugía). Los tumores más prevalentes fueron: pulmón (16,7%), colorrectal (15,7%), páncreas (7,2%), mama (6,8%) y gástrico (6,5%). La mediana de tiempo entre el último ciclo de QT y el fallecimiento fue de 52 días (0-459). 98 pacientes (33,4%) recibieron QT durante su último mes de vida. De los 43/98 que tenían registrada su escala ECOG, 13 pacientes tenían un ECOG 3 (13,3% del total). La intención del tratamiento fue paliativa en un 90,9% de los pacientes (56,1% como primera línea, 15,3% segunda, 13,3% tercera, 3,1% cuarta y 3,1% quinta). El 58,2% de los pacientes presentó toxicidad asociada a la QT: 22,4% grado 1, 24,5% grado 2, 22,4% grado 3, 12,2% grado 4 y 7,1% grado 5. El 38,8% de los pacientes sufrió toxicidad hematológica, el 19,4% gastrointestinal y el 14,3% metabólica. 85/98 (86,7%) ingresaron en el hospital durante éste último mes de vida, con una mediana de duración de la hospitalización de 8 días (1-46). 78/98 (79,6%) fallecieron en el hospital. Se encontró asociación entre recibir QT durante el último mes de vida y: oncólogo prescriptor ($p=0,049$), localización del tumor ($p=0,007$), quimiosensibilidad ($p=0,009$) y éxitus hospitalizado ($p=0,017$).

Conclusiones

En nuestro hospital, en los pacientes que habían recibido QT y que fallecieron, uno de cada tres recibió QT durante el último mes de vida. Al menos un 13% presentan un estado funcional que no recomienda iniciar tratamiento con QT. Un 41,7% presenta, al menos, un evento adverso grave y el 7,1% fallece por toxicidad probablemente asociada a la QT. La gran mayoría ingresan (86,7%) y fallecen (79,6%) en el hospital. Esto dificulta que el paciente reciba cuidados paliativos óptimos y que fallezca en un entorno familiar. Es necesario revisar el proceso de toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, evitar el uso de tratamientos con balance beneficio/riesgo dudoso, extremar la adecuación del procedimiento de consentimiento informado y respetar la autonomía del paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

493. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

BRICEÑO CASADO MDP, MARTÍNEZ DÍAZ C, GIL SIERRA MD, CAMEAN CASTILLO M, SALMERÓN NAVAS FJ, GARCÍA DE PAREDES ESTEBAN JC, FÉNIX CABALLERO S, ALEGRE DEL REY EJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CRTA. NACIONAL IV, KM.665. CÁDIZ

OBJETIVOS

Evaluar las condiciones el uso de daratumumab según el protocolo vigente, la efectividad comparada con la bibliografía de referencia, así como el perfil de seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados con daratumumab desde 01/04/2017 hasta 20/03/2018. Se utilizaron la Historia Clínica Única Digital (DIRAYA®) y el programa de gestión de citostáticos (Farmis® versión 2011.0.4.6) para registrar: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento previo recibido incluyendo trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH), esquema y posología, número de ciclos y reacciones adversas. Se consultaron ficha técnica (FT), ensayos pivotaes y protocolo de uso de daratumumab de referencia a nivel autonómico: indicación en monoterapia en adultos con mieloma múltiple (MM) en recaída y refractario al tratamiento, que hayan utilizado previamente o que no sean candidatos al resto de tratamientos, y con respuesta al menos a una línea previa. La efectividad se valoró mediante supervivencia libre de progresión (SLP) utilizando el método de Kaplan Meier con SPSS® versión 11.5, comparando resultados con la bibliografía de referencia. Para evaluar la seguridad, se registraron las reacciones adversas (RA) asociadas al tratamiento, comparándolas con las descritas en FT.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 5 pacientes diagnosticados de MM, 3 (60%) hombres y 2 (40%) mujeres, con media de edad de 65 (rango 55-69) años, tratados con daratumumab en 3ª línea (n=1), 4ª (n=1) o 5ª (n=3). Los pacientes fueron altamente refractarios o intolerantes a los tratamientos previos: bortezomib (100%), lenalidomida (100%), ciclofosfamida (100%), pomalidomida (80%), bendamustina (60%), talidomida (20%), melfalan (20%). Dos pacientes habían recibido anteriormente un TAPH. El esquema de daratumumab empleado en monoterapia fue: 16 mg/m² semanalmente en las semanas 1-8, cada 2 semanas en las semanas 9-24 y cada 4 semanas a partir de la semana 25. Se cumplió el protocolo en 4 pacientes (80%), y no en uno al ser utilizado como triplete en combinación con bortezomib y dexametasona. La media de ciclos administrados fue 11,6 (5-22), con una dosis media de 1240 mg/ciclo. La mediana de SLP observada fue 10,06 meses, y la mediana de SLP descrita en los estudios pivotaes fue 3,65 meses. El 100% de los pacientes presentó RA: trombopenia (n=3), neutropenia (n=3), fiebre (n=3), cuadro respiratorio de vías superiores (n=3), tos (n=3), leucopenia (n=2), astenia (n=2), dolores óseos (n=2), lesiones cutáneas (n=2), sensación de frío (n=1), nerviosismo (n=1), epistaxis (n=1), anemia (n=1) y reacción infusional (n=1). El 21 % de RA no estuvieron descritas en FT (lesiones cutáneas, epistaxis y nerviosismo).



Conclusiones

- 1) La adecuación al protocolo de referencia fue elevado, incumpléndose solamente en un caso considerado excepcional por sus circunstancias clínicas.
- 2) Sería necesario un mayor número de pacientes y datos más maduros para poder establecer comparaciones entre los datos de SLP obtenidos y los publicados en la bibliografía.
- 3) Todos los pacientes presentaron algún tipo de RA asociada al tratamiento, siendo la mayoría de éstas similares a las descritas en FT.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

495. PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

RAMÍREZ CRUZ S, DE AGUSTÍN SIERRA L, POVEDA ESCOLAR A, CORREGIDOR LUNA L, LEGARIA GAZTAMBIDE E, SALCEDO MINGOARRANZ AL, LUCENA CAMPILLO MA, GARCÍA DÍAZ B
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. AVENIDA DE ORELLANA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de una pauta de desensibilización a nivolumab, en una paciente que previamente había sufrido una reacción de hipersensibilidad al fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 54 años, con diagnóstico en abril de 2015 de carcinoma de células renales metastásico de células claras. Se inició tratamiento con pazopanib 800 mg cada 24 horas, hasta progresión pulmonar en abril de 2017, iniciando segunda línea con cabozantinib 60 mg cada 24 horas. Tras nueva progresión, en febrero de 2018, se decidió tercera línea con nivolumab 249 mg (3 mg/kg) intravenoso cada dos semanas, completando dos ciclos sin incidencias.

Durante el tercer ciclo con nivolumab, pasados 10 minutos del comienzo de la infusión, la paciente presentó eritema en zona facial y en manos, sensación de opresión torácica, broncoespasmo y disnea. La saturación de oxígeno fue de un 89% y la frecuencia cardiaca de 94 pulsaciones por minuto, con tensión arterial normal. Se detuvo inmediatamente la infusión, administrando 100 mg de hidrocortisona y 1 mg de dexclorfeniramina, con rápida mejoría de los síntomas. La paciente no precisó de cuidados adicionales. Una semana después, se realizaron pruebas cutáneas con nivolumab, con diluciones 1:10 (prick test) y 1:100 (intradermorreacción). Ambas pruebas resultaron ser negativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Dos semanas después de la reacción adversa, que fue clasificada como grado 3, la paciente asistió al hospital de día para recibir el esquema de desensibilización a nivolumab, habiendo recibido la noche anterior cetirizina 20 mg, ranitidina 300 mg y prednisona 60 mg, por vía oral. Previo al inicio de la perfusión, la paciente recibió por vía intravenosa dexametasona 20 mg, ondansetrón 8 mg, dexclorfeniramina 5 mg y ranitidina 50 mg.

En el Servicio de Farmacia, se elaboró una bolsa de 249 mg de nivolumab 1:10, diluido en cloruro sódico al 0,9%.

Siguiendo las indicaciones del Servicio de Alergología, el ritmo de perfusión de la bolsa fue dividido en 15 fases de velocidad ascendente. El primer paso fue de 0,1 ml/h durante 15 minutos. Si había buena tolerancia, la velocidad se aumentaba cada 15 minutos, a 0,2 ml/h, 0,4 ml/h, 0,8 ml/h, 1,5 ml/h, 3,0 ml/h, 6,0 ml/h, 12,0 ml/h, 24,0 ml/h, 40,0 ml/h, 60,0 ml/h, 90,0 ml/h, 125,0 ml/h y 150,0 ml/h respectivamente. El paso final fue de 180 ml/h durante 60 minutos hasta finalizar la bolsa. Se completó este esquema de perfusión y otro adicional, 14 días después, ambos sin incidencias en la paciente.

De cara al siguiente ciclo, debido a la potencial interacción farmacodinámica entre corticosteroides e inmunoterapia, el Servicio de Farmacia sugirió elaborar un nuevo protocolo de desensibilización sin corticoides. La premedicación de este nuevo protocolo consistiría en ácido acetilsalicílico 300 mg, ranitidina 300 mg, montelukast 10 mg y bilastina 20 mg. Sin embargo, este ciclo no se llegó a administrar ya que se suspendió el tratamiento por progresión de la enfermedad.

Conclusiones

El uso de un esquema de desensibilización a nivolumab, en nuestro caso, ha demostrado ser una opción segura, que ha permitido su administración sin la aparición de reacciones adversas. Para futuras ocasiones, consideraremos usar pautas de desensibilización a nivolumab sin corticoterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

498. REDUCCIÓN DE DOSIS DE ABIRATERONA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: RESULTADOS EN SALUD.

AUTORES

SALGUERO OLID A, HUERTAS FERNÁNDEZ MJ, DOMÍNGUEZ LÓPEZ M, SANTOS RODRÍGUEZ C, LOMARES MANZANO I, BULO CONCELLÓN R, MANZANO MARTÍN MV, MARTÍNEZ BAUTISTA MJ
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. AV. ANA DE VIYA, 21.

OBJETIVOS

El cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) es el tumor más frecuente en varones. No obstante, se estima que sólo un 5% se presentan en fase avanzada en el momento del diagnóstico, a los que hay que sumar un 20-30% de pacientes que recaerán de forma sistémica tras un diagnóstico de enfermedad localizada. Actualmente disponemos de algunas opciones terapéuticas administradas vía oral para el CPRC metastásico (CPRCm), como acetato de abiraterona (AA). El objetivo fue analizar los motivos asociados a la reducción de dosis y su implicación en los resultados en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de 28 meses de duración (enero de 2016 - abril de 2018) en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de CPRCm que iniciaban tratamiento con AA o enzalutamida. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron tanto de la historia clínica digital (Diraya®) como de la historia farmacoterapéutica (APD ATHOS-PRISMA, módulo de pacientes externos). Los resultados en salud fueron expresados en términos de efectividad, a través de la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), y seguridad. Se definió buena respuesta al tratamiento a la reducción de al menos el 50% respecto a los valores basales del antígeno prostático específico (PSA) y al mantenimiento de enfermedad estable sin progresión bioquímica ni radiológica durante al menos 6 meses. El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante el programa SPSS® Statistics versión 20.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 43 pacientes que recibieron tratamiento con AA prequimioterapia para el CPRCm. Las características de los pacientes fueron homogéneas en edad y Performance Status (PS). En el 25,6% (11/43) de los pacientes se redujo un 50% la dosis del fármaco (de 1.000 a 500 mg), siendo necesaria en uno de ellos una segunda reducción del 75% de la dosis inicial (500 a 250 mg). La posibilidad de evitar potenciales efectos adversos de la administración a largo plazo de corticoides en pacientes con buena respuesta al tratamiento fue el motivo más frecuente de disminución de dosis (58,3%), seguido de aparición de reacciones adversas grado ≥ 3 con AA (30%; el 11,7% restante, y el 11,7% restante, por la combinación de éstas dos últimas. De los 11 pacientes que redujeron la dosis del fármaco, 4 fallecieron y el resto continuó con estabilización de la enfermedad tras la reducción de dosis. Los resultados en salud fueron: SLP 10 meses (IC95% 1-45) y SG 6,5 meses (IC95% 1-12).

Los factores asociados a la reducción de dosis de AA son, principalmente, la posibilidad de reducir dosis de corticoides y los potenciales efectos adversos asociados en pacientes con buena respuesta al tratamiento, además de la aparición de acontecimientos adversos grado ≥ 3 , que desaparecen al reducir la dosis de AA. En nuestra práctica habitual encontramos que el hecho de reducir la dosis en pacientes de buen pronóstico permite mantener una buena respuesta a la vez que evitamos la aparición de efectos adversos grado ≥ 3 , aunque se necesitan más estudios que confirmen estos resultados preliminares.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

514. OSIMERTINIB: NUEVA TERAPIA EN CANCER DE PULMÓN CON MUTACIÓN T790M

AUTORES

CARRILES FERNÁNDEZ C, ARIAS MARTÍNEZ A, ROSADO MARÍA C, MENÁRGUEZ BLANC R, LÁZARO LÓPEZ E, ZARATE TAMAMES B, ZAPICO GARCÍA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AVDA. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

El mecanismo más común de resistencia adquirida a inhibidores de tirosin-kinasa (ITK) del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), es el desarrollo de una mutación de EGFR adicional, la T790M. Osimertinib es un ITK irreversible de tercera generación oral que inhibe selectivamente tanto las mutaciones de sensibilidad a EGFR-ITK como las mutaciones de resistencia a EGFR T790M.

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de osimertinib en pacientes con adenocarcinoma de pulmón previamente tratados con otros ITK, así como los efectos adversos relacionados con el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes a tratamiento con osimertinib entre marzo 2017 y marzo de 2018. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón y mutación T790M positiva, previamente tratados con otro ITK. Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica electrónica: sexo, edad, histología, mutaciones tumorales, líneas previas de tratamiento, fecha de inicio, fecha de progresión, fecha de muerte y reacciones adversas.

La efectividad se analizó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) aplicando el método de Kaplan-Meier con el programa estadístico STATA.14.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio 6 pacientes, cuatro mujeres y dos hombres, con una edad media de 67,1 años (rango 55-77). Todos los pacientes habían recibido previamente una línea con EGFR-ITK: gefitinib (n=4), erlotinib (n=1) y afatinib (n=1). Los 6 pacientes iniciaron tratamiento tras progresión a un EGFR-ITK y tras confirmarse mutación T790M mediante biopsia pulmonar.

Actualmente sólo un paciente continúa con el tratamiento sin haber progresado al mismo tras 10 meses de seguimiento. Los otros 5 pacientes han suspendido el tratamiento: 4 debido a progresión de la enfermedad y uno por efectos adversos. La suspensión de tratamiento se produjo por plaquetopenia severa que no mejoró a pesar de la reducción de dosis del tratamiento, obligando a suspenderlo.

La mediana de SLP fue de 7,9 meses (IC95% 1,28 a No alcanzado). La mediana de SG aún no se ha alcanzado, se ha registrado un único exitus en un paciente tras más de 10 meses de seguimiento.

Las reacciones adversas registradas en el período de estudio fueron: disminución de la frecuencia cardíaca (n=2), alteraciones electrocardiográficas (n=1), toxicidad hepática por elevación de enzimas hepáticas (n=2), leucopenia (n=1) y calambres y parestesias (n=1).

Conclusiones

El tratamiento con osimertinib es una alternativa limitada a pacientes con adenocarcinoma de pulmón cuyos tumores presenten la mutación T790M. La necesidad de rebiopsiar el tejido para la determinación de la mutación ligado a la

dificultad en el acceso a las lesiones, el intervencionismo de la técnica y las condiciones de fragilidad de los pacientes, dificulta el reclutamiento para ser tratados con osimertinib.

Los resultados descritos son inferiores a los obtenidos en ensayos clínicos, donde se describen datos de efectividad superiores en cuanto a supervivencias (comparado con ensayos AURA, mSLP: 9,7 meses (IC95%: 8,3 a No alcanzado)). Las reacciones adversas registradas son de carácter grave, sin embargo sólo un paciente suspendió el tratamiento por toxicidad.

La muestra analizada es pequeña por lo que se necesitarían más estudios para confirmar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

528. EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A NAB-PACLITAXEL/GEMCITABINA EN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO

AUTORES

NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ PÉREZ Y, URIARTE PINTO M, ALFARO OLEA MA, MARÍN GORRICO R, CASAJÚS NAVASAL A
HOSPITAL DE SAN PEDRO. C/ PIQUERAS, 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Estudiar el impacto de los posibles factores predictivos de respuesta al tratamiento con nab-paclitaxel gemcitabina sobre la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero 2014 y diciembre 2017 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas metastásico, tratados con el esquema nab-paclitaxel/gemcitabina.

Los datos demográficos recogidos fueron: edad, sexo, ECOG, niveles basales de antígeno carbohidrato 19-9 (CA19.9) e índice Neutrófilo/Linfocito (NLR) y número de líneas previas; para evaluar la efectividad se recogieron las fechas de inicio y fin de tratamiento, progresión y éxitus.

La información fue obtenida del programa de historia clínica electrónica, la aplicación del laboratorio y del programa de prescripción oncológica.

Se establecieron subgrupos de pacientes en función de los posibles factores predictivos de respuesta: niveles basales de CA19.9 ($< o \geq 59$ x límite superior de la normalidad) y NLR basal ($\leq o > 5$). Entendiendo como límite superior de normalidad (LSN) para el CA19.9: 35 U/ml. Se calculó la mediana de la SLP y de la SG mediante el método de Kaplan-Meier y se realizó un análisis univariante con el modelo de regresión de Cox para evaluar el efecto de los posibles factores pronósticos de respuesta al tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 33 pacientes, 23 (69,7%) hombres, con una mediana de edad de 68,1 años (41-81). Respecto al estado funcional, 11 pacientes (33,3%) presentaban ECOG 0, 18 (54,5%) ECOG 1 y 4 (12,1%) ECOG 2. El 42,4% (14/33) recibió alguna línea de tratamiento previa, siendo la media de líneas previamente recibidas de 0,58 (0-3). Los pacientes recibieron una media de 5,24 ciclos (1-20) de nab-paclitaxel/gemcitabina.

La mediana de SLP en nuestro estudio fue de 5,5 meses (IC95%: 3,7-7,2) y la de SG de 7,3 meses (IC95%: 4,2-10,4).

Respecto a los factores predictivos de respuesta, ambos demostraron diferencias estadísticamente significativas tanto a nivel de SLP como de SG.

Los pacientes con niveles basales de CA19.9 ≥ 59 x LSN presentaron una Hazard-ratio (HR) para la SLP de 3,25 (IC95%: 1,37-7,71; p:0,007) y para SG de 2,28 (IC95%: 1,01-5,14; p:0,004) respecto a aquellos con CA19.9 < 59 x LSN.

Por otro lado, aquellos pacientes con NLR > 5 presentaron una HR para la SLP de 4,61 (IC95%: 1,82-11,71; p:0,001) y para SG de 2,65 (IC95%: 1,11-6,33; p:0,028) respecto aquellos con NLR ≤ 5 .

Además, 4 de los pacientes presentaban simultáneamente niveles basales de CA19.9 ≥ 59 x LSN y NLR > 5 , observándose una HR para la SLP de 7,74 (IC95%: 2,27-26,36; p:0,001) y para SG de 3,04 (IC95%: 0,996-9,26; p:0,051) respecto al resto.

Conclusiones

Los valores basales elevados de CA19.9 y NLR han demostrado ser factores predictivos asociados a una peor respuesta al tratamiento con nab-paclitaxel/gemcitabina en pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico.

Los factores predictivos de respuesta son una herramienta útil, que puede orientar al abordaje terapéutico en pacientes oncológicos, por lo que es importante realizar estudios que permitan su identificación.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

538. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALIDACIÓN DE TRATAMIENTO CON RASBURICASA

AUTORES

ARIAS MARTÍNEZ A, MARTÍNEZ TORRON A, MENÁRGUEZ BLANC R, CARRILES FERNÁNDEZ C, ZÁRATE TAMAMES B, PIERAS LÓPEZ Á, ALAGUERO CALERO M, VELASCO ROCES L
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. AVD. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implementación en el programa de validación electrónica asistida de una herramienta de adecuación del uso de rasburicasa en la prevención y/o tratamiento de hiperuricemia aguda asociada al síndrome de lisis tumoral (SLT) propio de pacientes con neoplasias hematológicas.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron todos los pacientes tratados con rasburicasa desde enero de 2016 hasta marzo de 2018.

La herramienta para la validación de tratamiento con rasburicasa está basada en el protocolo descrito por Linares y colaboradores en 2006 que estratifica a los pacientes en función del riesgo de desarrollar SLT. Consideran pacientes de alto riesgo los diagnosticados de neoplasias hematológicas agresivas (linfoma de Burkitt, leucemias agudas con recuentos leucocitarios elevados...) o bien los que en el algoritmo de evaluación obtengan una puntuación mayor o igual a 6; en base a la desviación de los valores normales de cuatro parámetros analíticos: lactato deshidrogenasa (LDH), urato, creatinina sérica (Cr) y recuento leucocitario. Son de bajo riesgo aquellos pacientes que no cumplen ninguna de estas condiciones. En aquellos pacientes de alto riesgo se propone tratar durante 1-3 días y reevaluar el riesgo. El protocolo de uso se implementó en octubre de 2017.

Las variables recogidas fueron edad, diagnóstico, indicación y nº dosis. Se recogieron también los valores analíticos LDH, urato, Cr y leucocitos, para el día de inicio de tratamiento y a los 3 días del inicio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluó el uso de rasburicasa en 42 pacientes, la media de edad al inicio de tratamiento fue de 53,3+25,4 años, 7 de los pacientes eran pediátricos.

En los 14 meses previos a la implementación del protocolo, se inició tratamiento en 29 pacientes (aproximadamente 2 pacientes al mes), 28 de ellos diagnosticados de neoplasias hematológicas. En 12 casos no estaría justificada su utilización según el protocolo. En 6 casos el tratamiento superó los 3 días y sólo en dos la continuación estaba justificada. El ahorro estimado que hubiera supuesto el no iniciar tratamientos por incumplimiento de los criterios y suspender el mismo a los 3 días cuando se haya reducido el riesgo estaría en torno a los 19.000€.

Desde octubre de 2017 se ha utilizado rasburicasa en 13 pacientes (2 pacientes/mes), 10 de ellos hematológicos. Cumplían criterios de uso según el protocolo 8 de los pacientes tratados. Sólo 2 pacientes continuaron con el tratamiento a partir del tercer día, se realizó intervención farmacéutica escrita en ambas historias clínicas y se suspendió el tratamiento en uno de los casos.

La aplicación de un protocolo de uso facilita y unifica los criterios de validación e intervención farmacéutica, a pesar de ello es necesario hacer una evaluación individualizada de la situación clínica de cada paciente.

Evaluar inicialmente y reevaluar el tratamiento a los 3 días permite evitar inicios y continuaciones innecesarias, con el ahorro económico que ello supone.

La implementación del protocolo no ha modificado la tasa de inicio de tratamientos pero los datos de partida de utilización del fármaco hacen prever un ahorro importante al reducir el número de dosis innecesarias administradas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

548. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE OSIMERTINIB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CON MUTACIÓN DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO T790M.

AUTORES

BUSTO FERNANDEZ F, MATEOS SALVADOR M, FERNANDEZ GABRIEL E, CALLEJA CHUCLA T, MARTIN HERRANZ I C.H.U. A CORUÑA. LAS JUBIAS S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Conocer la efectividad, en términos de tasa de respuesta y supervivencia libre de progresión (SLP), y la seguridad de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico T790M (CPNM T790M +).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo. Se revisan el 100 % de los pacientes con CPNM T790M + a tratamiento con osimertinib en nuestro hospital. Recogida de datos: edad, sexo, ECOG, estado mutacional, línea de tratamiento, tratamientos previos, fecha de inicio, fecha y motivo de la suspensión y la toxicidad asociada. Fuentes de datos: aplicación informática ONCOFARM versión 2013.0.26.3, historia clínica informatizada IANUS, criterios de respuesta RECIST 1.1 y los criterios de toxicidad CTCAE versión 5.0. Estadística: análisis descriptivo de variables (SPSSv19.0).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

8 pacientes (5 mujeres y 3 hombres), con edad media de 70,9 años (57-85 años) y ECOG 0 (3 pacientes) - 1 (4 pacientes) - 2 (1 paciente), diagnosticados de CPNM EGFR mutados (exon 19 – 5 pacientes; L858R exon 21 – 3 pacientes) y T790M +, han sido tratados con osimertinib 80 mg/día, en el periodo Abril 2016 – Abril 2018. La mediana de líneas previas es de 1,5 (rango 1 – 2). 2 pacientes (25 %) recibieron tratamiento previo con quimioterapia. Los tratamientos previos son: erlotinib (6 pacientes), gefitinib (3 pacientes), afatinib (1 paciente), pemetrexed/carboplatino (1 paciente) y atezolizumab/carboplatino/nabpaclitaxel (1 paciente). La mediana de duración de los tratamientos previos es de 18,5 meses (rango 8,5 – 50,9). La mediana de duración de tratamiento con osimertinib en el momento del corte es de 14 meses (rango 10,8 – 23,3). En el momento de la recogida de datos, 1 paciente había fallecido, 1 paciente ha progresado y 6 continúan con osimertinib. La tasa de respuesta objetiva es 87,5 % (7 pacientes - respuestas parciales) y 1 paciente obtuvo estabilización de la enfermedad como mejor respuesta. La mediana de SLP fue de 16,4 meses (rango 13,8 – 18,9) en los dos pacientes que finalizaron el tratamiento. Los principales efectos adversos fueron astenia grados 2-3 (3 pacientes), síndrome palmo-plantar grado 1 (1 paciente), rash cutáneo grado 1 (2 paciente), neumonitis grados 1-2 (2 pacientes), disnea grado 2 (1 paciente), trombocitopenia grado 2 (2 pacientes) e hipertensión grado 3 (1 paciente). Se realizaron reducciones de dosis a 40 mg/día por neumonitis (1 paciente) y disnea (1 paciente).



Conclusiones

La efectividad, tanto términos de tasa de respuesta objetiva como supervivencia libre de progresión en los pacientes a tratamiento con osimertinib en nuestro hospital, es sensiblemente superior a la obtenida en el ensayo pivotal AURA. Osimertinib es un medicamento bien tolerado. Es fundamental medir los resultados en salud de medicamentos novedosos y de elevado coste para racionalizar su uso y optimizar la eficiencia en el área oncológica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

571. EXPERIENCIA DE USO, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE IDELALISIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES

TOMÁS LUIZ A, MENÉNDEZ NARANJO L, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir el uso, y evaluar la efectividad y seguridad de idelalisib, y comparar los resultados obtenidos con los del estudio pivotal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con idelalisib desde enero de 2016 hasta abril de 2018. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, número de líneas previas, esquema de tratamiento, duración del tratamiento, reducciones de dosis y toxicidades, clasificada según los criterios CTCAE v. 4.03. Como variable de efectividad se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) mediante el método de Kaplan Meier, para lo que se utilizó el programa SPSS® 20.0. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ambulatorios y la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento seis pacientes (83,33% hombres) con una mediana de edad de 70,5 años [rango 58-83]. El diagnóstico fue leucemia linfática crónica (LLC) en tres y linfoma folicular (LF) en los otros tres. Pacientes con LLC: La mediana de líneas previas fue 3 [rango 3-7]. Dos pacientes utilizaron idelalisib en monoterapia y uno en combinación con rituximab. La pauta posológica empleada fue 150mg/12h en dos casos y 100mg/12h en el otro, por toxicidad previa. En ningún caso hubo reducción de dosis. No se alcanzó la mediana de supervivencia. Sólo un paciente (monoterapia) suspendió el fármaco a los 12 días de iniciarlo por infección respiratoria y deterioro del estado general, siendo exitus a los ocho días de ingreso. A fecha de fin de estudio, los otros dos continuaban en tratamiento, con 41 días (monoterapia) y 396 días en tratamiento (combinado con rituximab).

Pacientes con LF: La mediana de líneas previas fue 4 [rango 3-4]. La pauta posológica fue 150mg/12h en los tres pacientes, reduciéndose a 100mg/12h en uno por trombopenia mantenida. No se pudo calcular la SLP, los tres pacientes suspendieron el fármaco, dos por efectos adversos inaceptables (diarrea G3) y uno en respuesta parcial tras hepatitis aguda no filiada. La mediana de duración del tratamiento fue 96 días [rango 57-125].

Las reacciones adversas registradas fueron: neutropenia G2 (1 paciente) y G3 (3 pacientes), linfocitosis G3 (2 pacientes), fiebre neutropénica G3 (2 pacientes), diarrea G3 (2 pacientes), infección respiratoria con ingreso (2 pacientes), e infección oportunista por citomegalovirus con ingreso (1 paciente).

Conclusiones

1. Sólo un paciente con LLC utilizó idelalisib en combinación con un anticuerpo monoclonal anti-CD20, siendo el de mayor tiempo de seguimiento. El periodo de tiempo fue inferior a la SLP descrita en el ensayo fase 3 NCT01539512 (junto rituximab), aunque a fecha fin de estudio el paciente continuaba en tratamiento.
2. Dos tercios de los pacientes con LF suspendieron el tratamiento por efectos inaceptables, proporción superior a la descrita en el ensayo clínico fase II NCT01282424.
3. Respecto al perfil de seguridad, la mayoría de las reacciones adversas observadas están descritas como frecuente o muy frecuente en ficha técnica, y fueron motivo de discontinuación del tratamiento en el 33,33% de los sujetos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

575. ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CHECKPOINTS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

AUTORES

ROMERO MARTÍN C, GONZALEZ JOGA B, GARCIA ESTEBAN B, PIQUERAS ROMERO C, PEREZ MARGALLO ME, DE LA CALLE RIAGUAS B, IRANZU APORTE MC, BERROCAL JAVATO MA
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CTRA. MADRID, KM 1114. TOLEDO

OBJETIVOS

Determinar la incidencia y evaluar la toxicidad en la práctica clínica habitual en pacientes que inician tratamiento oncológico con inmunoterapia mediante inhibidores de checkpoints.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con un inhibidor de checkpoints: anti PD-1 (Nivolumab, Pembrolizumab) y anti CTLA-4 (Ipilimumab) entre septiembre de 2015 - marzo 2018 en un hospital general.

Las variables analizadas fueron: demográficas (edad, sexo), diagnóstico, quimioterapia previa, fecha de inicio y fin de tratamiento, número de ciclos administrados, efectos adversos inmunorrelacionados: grado (criterios NCI-CTCAE v4.0) y momento de aparición (semanas), motivo de interrupción de tratamiento y exitus. La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica informatizada Mambrino® y del módulo gestión de pacientes ambulatorios Farmatools®.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 32 pacientes: 23 (71,9 %) hombres, media de edad 61(32-79). Los diagnósticos de cáncer fueron: 21 (65,6%) pulmón no microcítico, 6 (18,7%) melanoma, 4 (12,5%) células renales y 1 (3,1%) cabeza y cuello. Veintisiete (84,4%) pacientes utilizaron los inhibidores de checkpoints como segunda línea de tratamiento oncológico. Los fármacos empleados fueron: 25 (78,2%) Nivolumab, 5 (15,6%) Pembrolizumab, 2 (6,2%) Ipilimumab. Para la indicación en pulmón: 16 (76,2%) pacientes recibieron Nivolumab y 5 (23,8%) Pembrolizumab. Para la indicación en melanoma: 4 pacientes recibieron Nivolumab y 2 combinación Nivolumab + Ipilimumab. Todos los pacientes con diagnóstico de neoplasias de células renales y cabeza y cuello recibieron Nivolumab. Se interrumpió el tratamiento en 17 (53,1%) pacientes. Los motivos fueron 8 (47%) por progresión de la enfermedad, 6 (35,3%) por toxicidad de la inmunoterapia, 2 (11,8%) por deterioro del estado general. Un paciente fue exitus. Diecisiete (53,1%) pacientes sufrieron algún efecto adverso inmunorrelacionado durante el tratamiento. Un mismo paciente pudo sufrir más de un efecto adverso. Las reacciones adversas inmunorrelacionadas registradas fueron: cutáneas 9 (28,12%), colitis 9 (28,12%), endocrinopatías 5 (15,6%), neumonitis 3 (9,4%), nefritis 3 (9,4%), hepáticas 2 (6,2%), otras: artritis, conjuntivitis, reacción infusional.. 6 (18,7%). En 8 (25%) pacientes la toxicidad fue considerada de grado 3-4 precisando ingreso hospitalario, siendo mayoritariamente pacientes que presentaron colitis 4 (12,5%) y nefritis 3 (9,4%). Ambos pacientes con combinación Nivolumab + Ipilimumab sufrieron toxicidad G3-4. La media del momento de aparición de la toxicidad registrado fue el siguiente: nefritis 10 semanas, colitis y neumonitis 11 semanas, cutáneas y endocrinopatías 12 semanas. Nivolumab fue el inhibidor de checkpoints más usado y se utilizó mayoritariamente para el tratamiento de neoplasias de pulmón. Las reacciones adversas inmunorrelacionadas más frecuentes fueron las gastrointestinales y cutáneas y las más graves fueron nefritis y colitis-inmunorrelacionadas. La combinación más tóxica fue Nivolumab + Ipilimumab. Las reacciones adversas inmunorrelacionadas fueron motivo de ingreso hospitalario e interrupción de tratamiento. La toxicidad presentada por los inhibidores de checkpoints precisa un abordaje diferente al de la quimioterapia. Es importante conocer su incidencia y momento de aparición para suministrar un adecuado soporte terapéutico al paciente. Es necesaria la presencia en hospitales de protocolos de actuación ante la aparición de reacciones adversas inmunorrelacionadas elaborados por un equipo multidisciplinar entre los que se encuentre un farmacéutico hospitalario.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

578. EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE ENJUAGUES BUCALES CON DEXAMETASONA EN LA PREVENCION DE LA ESTOMATITIS RELACIONADA CON EVEROLIMUS

AUTORES

TOURIS LORES M, LOPEZ MONTERO E, BANDIN VILAR EJ, BERNARDEZ FERRAN B, MOSQUERA TORRE A, GARCIA LOPEZ A, GONZALEZ BARCIA M, LAMAS DIAZ MJ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. TRAVESIA CHOUPIANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del enjuague bucal de dexametasona 0,1 mg/ml solución tópica como fórmula magistral en la prevención de la estomatitis en mujeres postmenopáusicas a tratamiento con everolimus y exemestano para el cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo y HER2 negativo (CMM RH+ y HER2-).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron tratamiento con everolimus y exemestano para CMM RH+ y HER2- desde enero 2013 hasta abril 2018. Se identificaron a partir de los programa de dispensación de farmacia (Silicon®) y se revisó la historia clínica informatizada (IANUS®). Se recogieron las variables: edad en el momento de iniciar el tratamiento, dosis, reducciones de dosis, duración de la terapia, reacciones adversas, y motivo de retirada del tratamiento (progresión o toxicidad). Para determinar la efectividad se recogió la incidencia de estomatitis grado 2 o superior y se comparó con pacientes que no recibieron profilaxis con enjuagues bucales de dexametasona.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 40 pacientes (10 que recibieron dexametasona enjuague bucal y 30 que no lo recibieron). La media de edad al inicio del tratamiento era de 60,7 años (DE:10,2). Todos los pacientes en ambos brazos iniciaron a la dosis de 10mg, reduciéndose a 5mg por toxicidad en el 30% (N=3) de los pacientes en el brazo con enjuagues de dexametasona por derrame pleural, mucositis grado 3 y rash/prurito grado 2 a una mediana de 59 días (35-68) desde inicio del tratamiento. Todos los pacientes iniciaron el enjuague de dexametasona al iniciar el everolimus y continuaron durante todo el tratamiento, salvo 2 pacientes, 1 (10%) de los cuales desarrollo mucositis grado 3 a los 35 días de iniciar el everolimus, pudiéndose reescalar la dosis a 10mg a los 30 días de iniciar el enjuague y sin aparecer mucositis posteriormente. El 70% (N=7) de los pacientes progresaron a una mediana de tiempo de 135 días (71-526), el 30% (N=3) continúan con el tratamiento en el momento del estudio. En el brazo sin enjuague de dexametasona, se redujo la dosis a 5mg en el 63,3% (N=19) de los pacientes a una mediana de tiempo de 74 días (14-1.388) desde el inicio. Los motivos fueron: el 52,6% (N=10) por mucositis (26,3% grado 2, 21% grado 3 y 10,5% grado 1), 10,5% (N=2) por hepatotoxicidad, 5,2% (N=1) por aplasia, edema, insuficiencia renal aguda (IRA), neumonitis y rash respectivamente. El 66,7% (N=20) de los pacientes precisaron enjuague con solución viscosa de lidocaína al 2% para el tratamiento de la mucositis. Todos los pacientes de este brazo progresaron a una mediana de tiempo de 222 días (20-1.438) salvo 1 que se suspendió por intolerancia intolerable. En este brazo, el 30% (N=9) de los 30 pacientes desarrollaron mucositis grado 2 o superior frente a ningún paciente en el brazo que recibieron profilaxis con el enjuague de dexametasona.



Conclusiones

El uso profiláctico de dexametasona como enjuague bucal, reduce la incidencia y severidad de estomatitis en pacientes a tratamiento con everolimus y exemestano. En base a estos resultados, es recomendable incluirlo como estándar de cuidado desde el inicio del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

582. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN EL CÁNCER DE CÉLULAS RENALES

AUTORES

FERNÁNDEZ PIÑEIRO N, ESPINOSA GÓMEZ MP, UBEIRA IGLESIAS M, FERNÁNDEZ VICENTE M, MACHÍN MORÓN MA, GÜEMES GARCÍA M, GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ I, MATÉ ARBAIZA P
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. ISLAS BALEARES 3. BURGOS

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del uso de Nivolumab en pacientes con cáncer de células renales en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de células renales estadio IV tratados con Nivolumab entre Enero de 2016 y Diciembre de 2017. Los datos recogidos de la historia clínica digitalizada y del programa de dispensación de pacientes ambulatorios fueron: sexo, edad, número de líneas previas, ECOG, número de ciclos recibidos, duración del tratamiento. La efectividad fue evaluada en función de la supervivencia libre de progresión (SLP), calculada mediante el método de Kaplan-Meier y la seguridad mediante el registro de reacciones adversas y su gravedad (según criterios CTCAE versión 4.03). Comparamos los resultados obtenidos con el estudio pivotal Checkmate 025. El análisis de datos fue realizado con el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes (17 hombres) con una mediana de edad de 67.5 años (51-80) y mediana de ECOG de 1 (0-2). La media de líneas de tratamiento previas recibidas por los mismos fue 1,68 (0-5). Un único paciente recibió Nivolumab como primera línea. El número medio de ciclos recibidos fue de 11,32 (1-28). Durante los 24 meses de seguimiento, 9 pacientes (40,9%) progresaron, 3 pacientes (13,63%) fallecieron, en 2 pacientes (9,09%) se suspendió el tratamiento debido a las reacciones adversas y 9 pacientes (40,9%) continuaron con el tratamiento activo, 4 de los cuales superaban los 12 meses de tratamiento al finalizar el estudio. La mediana de SLP obtenida fue de 5,13 meses (IC 95% 3,96-7,81). A nivel de seguridad, 14 pacientes (63,63%) desarrollaron reacciones adversas al tratamiento, mayoritariamente leves (grado 1). Las más frecuentes fueron: 8 casos de disnea (36,36%), astenia 45,45% (10 casos, 3 de grado 2), 28,28% dolor muscular (6 casos), 13,64% picor (3 casos), 13,64% eritema (3 casos), 13,64% enteritis (3, uno de ellos de grado 3), 13,64% disminución del apetito (3 pacientes), 9,09% (2 casos) de disfonía y casos aislados de palpitations, hemoptisis, mucositis, náuseas, enlentecimiento del habla, inestabilidad de la marcha y frialdad corporal (4,54% respectivamente). Además, 1 paciente (4,54%) desarrolló una toxicidad renal autoinmune grado 3 y otro (4,54%) hipotiroidismo grado 3, que obligaron a suspender el tratamiento.

Conclusiones

La mediana de SLP obtenida fue superior a la que obtuvieron en el estudio aleatorizado fase III Checkmate 025, que fue de 4,6 meses (IC95% 3.7-5.4).

En cuanto al perfil de seguridad, el tratamiento con Nivolumab demostró una buena tolerancia. La mayoría de las reacciones adversas descritas fueron leves y acordes a las descritas en la bibliografía.

Convendría hacer un seguimiento más prolongado de aquellos pacientes que continuaban activos al final del estudio, para confirmar si se tratan de largos respondedores al Nivolumab.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

593. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN EL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

MAJUELOS AICART L, OLIVA HERNANDEZ L, LOPEZ BOUZO L, RODRIGUEZ SANTAMARIA S, DAMAS FUENTES RM, OTERO VILLALUSTRE C, QUESADA MARQUES V, GOITIA BARRENETXEA L
HOSPITAL DR. NEGRIN. BARRANCO DE LA BALLENA, S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de trifluridina/tipiracilo en el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) tras fracaso a las terapias previas y comparar los resultados con los del estudio RECURSE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que recibieron tratamiento con trifluridina/tipiracilo desde marzo 2017 hasta abril 2018. Variables recogidas: edad, sexo, estado mutacional del gen KRAS, estado funcional al inicio del tratamiento según la escala ECOG, efectos adversos (EA), reducción de dosis o retraso en el inicio de los ciclos, líneas de tratamiento previas, número de ciclos, motivo de suspensión y fecha de exitus. Como variables de efectividad se determinaron la Supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP). Los datos se compararon con los publicados en el estudio RECURSE. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica y el programa de dispensación de fármacos. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata 14 (análisis de supervivencia según el método Kaplan-Meier).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 15 pacientes; 8 mujeres (53,3%) y 7 hombres (46,7%) con una mediana de edad de 63 años (54-80). El 46,7% de los pacientes presentaba el gen KRAS mutado, otro 46,7 % era nativo y en un paciente (6,6%) estaba sin determinar. El 33.3% de los pacientes (n=5) había recibido previamente 2 líneas de tratamiento, el 53.3% (n=8) 3 líneas y un 13.4% de los pacientes (n=2) 4 líneas. El 26,7% (n=4) de los pacientes presentaba un ECOG 0 al inicio del tratamiento, mientras que en un 73,3% (n= 11) era de 1. La mediana de ciclos que recibieron fue de 3 (1-6). Un 66.7% de los pacientes (n=10) sufrió algún EA, astenia y neutropenia fundamentalmente, teniendo que reducir dosis en 6 de ellos. Estos EA fueron de grado 3 en 2 pacientes y grado 4 en 1 (neutropenia en los 3 casos). Finalmente en 3 pacientes (20%) se les suspendió el tratamiento por toxicidad mientras que en 5 (33.3%) se hizo por progresión de la enfermedad. En la fecha de finalización del estudio 6 pacientes (40%) seguía en tratamiento, 4 (26.7%) había fallecido mientras que el resto; 3 (20%) recibía otra línea de tratamiento (2 de ellos regorafenib) y 2 (13.3%) no recibía tratamiento quimioterápico, siendo la SG de 3,68 meses (0,43-6,74) y la SLP 3,2 meses (3,05-4,20)

Conclusiones

1. Nuestros resultados, comparados con el estudio RECURSE, muestran una mayor SLP (3,2 vs 2,0 meses) pero una SG menor (3,7 vs 7,1 meses), probablemente en relación al peor estado de los pacientes tratados, ya que un 73,3% de los pacientes presentaba un ECOG 1 al inicio mientras que en el estudio pivotal fue de un 44%.
2. Dada la modesta eficacia y toxicidad moderada (fundamentalmente neutropenia) que presenta Trifluridina/tipiracilo resulta imprescindible identificar a la población susceptible de recibir este tratamiento con el objetivo de lograr una mayor eficacia minimizando los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

602. REAL WORLD DATA DE LA SECUENCIACIÓN DIRECTA DE ENZALUTAMIDA-ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

VINEY . AC, MARTÍNEZ PENELLA M, MUÑOZ GARCÍA I, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C, BALSALOBRE YAGO J, SÁNCHEZ CATALICIO MDM, GARCÍA SIMÓN MS
C.H. UNIVERSITARIO STA. LUCÍA DE CARTAGENA. C/MEZQUITA, S/N PARAJE LOS ARCOS. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar el uso en la práctica clínica de la secuenciación directa de enzalutamida-abiraterona en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) en un hospital de tercer nivel y comparar los resultados con los estudios publicados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional que incluyó todos los pacientes con CPRCm que habían recibido la secuenciación directa de enzalutamida-abiraterona desde diciembre 2013 hasta abril 2018. Se excluyeron todos los pacientes que entre ambos fármacos habían recibido quimioterapia.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, estado funcional inicial según el “Eastern Cooperative Oncology Group” (ECOG), tiempo de tratamiento y los motivos de discontinuación del tratamiento.

La efectividad se midió mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) y la SG (supervivencia global). La seguridad se evaluó mediante los efectos adversos (EAAA) reportados.

Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica informatizada (Selene®) y el programa de gestión farmacoterapéutica (SAVAC®).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 5 pacientes en el estudio con mediana de edad de 79 años (rango: 70-86), 1 paciente con ECOG 0, 2 pacientes con ECOG 2 y 2 pacientes con ECOG 3.

Previo al tratamiento con enzalutamida, todos los pacientes habían sido tratados con bloqueo hormonal completo y 1 paciente había recibido previamente quimioterapia con taxanos. El tiempo medio de duración del tratamiento con enzalutamida fue de 8,7±6,8 meses. La SLP con enzalutamida fue de 11 meses (rango: 4-17) (20% censura).

Los motivos de discontinuación del tratamiento con enzalutamida y el posterior inicio de abiraterona fueron progresión de la enfermedad a nivel sistémico (n=4) y en un caso se suspendió por encefalopatía posterior reversible inducida por el fármaco.

El tiempo medio de duración de tratamiento con abiraterona fue de 3,7±2,2 meses. La mediana de SLP fue de 2,5 meses (rango: 2,0-7,0). Un total de 4 pacientes fueron éxitos. La mediana de SG desde el inicio del tratamiento con abiraterona fue de 5 meses (rango: 2-12) (20% censura). Ningún paciente presentó EAAA a abiraterona.

Conclusiones

Los pacientes presentaron una respuesta moderada al tratamiento con abiraterona con resultados similares de tiempo de tratamiento, SLP y SG a los descritos en varios estudios donde la utilización de abiraterona tras progresión a enzalutamida mostró menor efectividad en comparación con su utilización previa a la enzalutamida.

Existen varias alternativas farmacoterapéuticas en el tratamiento de CPRCm por lo que es fundamental determinar la secuenciación más eficiente para optimizar el tratamiento cuando la quimioterapia no está indicada.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

615. DOBLE BLOQUEO ANTI-HER2 EN NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

AUTORES

ÁLAMO MEDINA AM, MATEOS EGIDO E, LOMBARDEO PIN M, LUJAN LÓPEZ ME, DORTA VERA D, FERNANDEZ VERA D, CEJUOLA SOLIS M, LLABRES VALENTI E
COMPLEJOS HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL. AVENIDA MARÍTIMA S/N. LAS PALMAS

OBJETIVOS

La quimioterapia neoadyuvante es el tratamiento de elección en el carcinoma de mama localmente avanzado. Pertuzumab está indicado en combinación con trastuzumab y taxanos para el tratamiento en neoadyuvancia de pacientes con cáncer de mama HER2 positivo (CM-HER2). El objetivo es evaluar la tasa de respuesta patológica completa (pRC), obtenida tras el tratamiento neoadyuvante con pertuzumab en combinación con trastuzumab y taxanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron a las pacientes con diagnóstico confirmado de CM-HER2 en tratamiento neoadyuvante con pertuzumab en combinación con trastuzumab y taxanos, desde enero de 2017 hasta abril de 2018. La eficacia se evaluó en términos de pRC, definida como la ausencia de carcinoma infiltrante residual en el tumor primario en el momento de la cirugía, permitiéndose la persistencia de carcinoma in situ (grado 5 de la clasificación Miller y Payner). La pRC se ha correlacionado con una mayor supervivencia a largo plazo. Para evaluar la seguridad, se midió la gravedad de los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento según la escala de toxicidad del National Cancer Institute–Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v4.0). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS®Statistics22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 19 pacientes. La mediana de edad fue 51 años (rango 40-58). Todas las pacientes presentaron un ECOG inicial 0-1. El 89% presentó afectación axilar en el momento del diagnóstico y el 47% receptores hormonales positivos. El FEVI medio de las pacientes al inicio del tratamiento con fue de 68% (rango 60-77). Del total, 17 recibieron tratamiento quimioterápico con AC (doxorubicina, ciclofosfamida) y una con FEC (5-fluorouracilo, epirubicina, ciclofosfamida) por cuatro ciclos previo a la secuencia de taxanos. Paclitaxel semanal por 12 ciclos fue el taxano que se administró en combinación con pertuzumab y trastuzumab en la mayoría de las pacientes (n=17) excepto una paciente que recibió docetaxel trisemanal. Se empleó radioterapia y hormonoterapia en los casos que fue necesario. En términos generales, pertuzumab en combinación con trastuzumab y taxanos fue bien tolerado. La neurotoxicidad y la diarrea fueron las toxicidades grado 1-2 más frecuentes, 27% y 40% respectivamente y se registró un caso de cardiotoxicidad grado 2. No se registraron eventos adversos grado 3-4. Actualmente se han intervenido 12 pacientes, obteniéndose una pRC en el 75% (n=9) de los casos, una respuesta Miller y Payner de grado 4 (n=2) y una respuesta grado 3 (n=1). El resto de las pacientes (n=7) aún continúan en tratamiento, con una evolución clínica y radiológica favorable y serán intervenidas próximamente. Los datos obtenidos hasta el momento son bastante esperanzadores pero debemos tomarlos con cautela debido al bajo número de pacientes que han recibido tratamiento hasta el momento. En cuanto a la tasa de respuesta completa llama la atención los buenos resultados que hemos obtenido hasta el momento. En conclusión, la incorporación de pertuzumab al tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama puede suponer un aumento de la tasa de respuesta patológica y por tanto una mejoría del pronóstico de la enfermedad, con un perfil de toxicidad tolerable.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

636. EVALUACIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

GARCÍA PORTO S, ZAZU VIVES M, HERRERO FERNÁNDEZ M, LUQUE INFANTES MR
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. CARRETERA ALCALÁ-MECO, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar el beneficio clínico (BC) de regorafenib en cáncer colorrectal metastásico (CCRM), según los criterios propuestos por Burris et al., y compararlos con los de la escala ESMO-MCBS (European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale).

Evaluar la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) en pacientes tratados con regorafenib en CCRM. Evaluar si existen diferencias significativas en la SLP y la SG en función del BC obtenido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo de 45 meses de duración (julio 2014 - marzo 2018).

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con regorafenib en CCRM durante ese periodo. Se excluyeron aquellos con periodo de seguimiento inferior a un mes y con historias clínicas incompletas.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, nº líneas previas, nº ciclos recibidos, dosis, BC, SLP, SG.

El BC se evaluó según los parámetros descritos por Burris et al. en función de los signos y síntomas relacionados con la enfermedad (dolor, estado general, astenia, anorexia-caquexia y estado de ánimo) reflejados en las historias clínicas. Se consideró que existía BC si disminuían > 50% de los signos y/o síntomas; BC igual cuando se mantenían estables y sin BC cuando empeoraban \geq 50%.

Para evaluar la efectividad se midió la mediana de SLP, definida como tiempo desde la fecha del inicio del primer ciclo hasta progresión, y la mediana de SG, definida como el tiempo desde el inicio del primer ciclo hasta el fallecimiento. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0. La SLP y la SG se determinaron mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se seleccionaron 26 pacientes (15 hombres, 11 mujeres), con una media de edad de 62.3 ± 10.7 años. La media de líneas terapéuticas previas fue de 3.04 ± 1.1 líneas. Los pacientes recibieron una media de 3 ± 2.2 ciclos a una dosis media de 144.62 ± 22.8 mg/día x 21 días c/28 días.

Fueron censurados 6 pacientes. De los 20 analizados, 3 mostraron BC, 15 empeoraron y 2 se mantuvieron igual.

La mediana de SLP fue de 2.9 meses (IC95% 1.7-4.1). Para los pacientes que mostraron BC, la SLP fue de 5.3 meses (IC95% 1.8-8.9) frente a 2.8 (IC95% 2.3-3.2) para aquellos que no lo mostraron (Log Rank $p=0.074$).

La mediana de SG fue de 6.6 meses (IC 95% 4.2-8.9). Para los pacientes que mostraron BC, la SG fue de 5.3 meses (IC95% 5-5.7) frente a 6.6 (IC95% 3.2-9.9) para aquellos que no lo mostraron (Log Rank $p=0.335$).

Según nuestro estudio, regorafenib en CCRm aporta BC, en base a los criterios de Burris et al., al 15% de los pacientes, y no hay diferencias significativas en la SLP ni en la SG entre los pacientes con o sin BC. Estos datos son similares a los reflejados por el estudio fase III CORRECT, que arroja una SG de 6.5 meses, y ratifica que la escala ESMO-MCBS sitúe el regorafenib en el menor grado de BC.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

646. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE ENZALUTAMIDA VS ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

RODRÍGUEZ QUESADA PP, CARO TELLER JM, ARRIETA LOITEGUI M, CANALES SIGUERO MD, FERRARI PIQUERO JM
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. AV. CORDOBA, S/N. MADRID

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de enzalutamida vs abiraterona como primera y segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional descriptivo que incluyó a todos los pacientes con CPRC que fueron tratados con enzalutamida y/o abiraterona en primera y segunda línea en nuestro centro entre enero 2014 y diciembre 2017.

Para la evaluación de la eficacia, los pacientes fueron divididos en función de si fueron tratados en primera o segunda línea y a su vez subdivididos en dos grupos en función del fármaco empleado.

Se recogieron las siguientes variables: edad y ECOG al inicio del tratamiento, línea de tratamiento, tiempos hasta progresión (en meses).

Como variable para evaluar la eficacia del tratamiento se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) de ambos fármacos en cada línea de tratamiento.

Para la identificación y la recogida de datos se emplearon el módulo de historia clínica electrónica y el módulo de dispensación de medicación a pacientes externos.

El análisis estadístico se realizó empleando Stata® v10.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el período estudiado 123 pacientes recibieron tratamiento con enzalutamida y/o abiraterona en primera o segunda línea. La media de edad fue de 77.8 ± 8.3 años; el 83,74% tuvieron un ECOG 1 al inicio. La distribución de enzalutamida y abiraterona fue de 79 pacientes en primera línea (38 vs 62%) y 44 pacientes (40,9 vs 59,1%) en segunda línea.

La media de SLP en primera línea con enzalutamida vs abiraterona fue de (10,57 vs 8,25 meses) HR 0,92 (IC95%; 0,24-3,48) $p > 0,05$ y en segunda línea (5,05 vs 7,02 meses) HR 1,68 (IC95%; 0,37-7,60) $p > 0,05$.

El análisis estadístico concluyó que la distribución de las variables anteriores fue homogénea en los grupos estudiados.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la eficacia del tratamiento de pacientes CPRC con enzalutamida vs abiraterona en primera o segunda línea.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

678. PERFIL DE SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

FERRIS VILLANUEVA M, MARTIN CLAVO S, BRIEGAS MORERA D, GARCIA LOBATO E, MEDINA COMAS R, RANGEL MAYORAL JF, FERRIS VILLANUEVA E, FERRIS VILLANUEVA C
HOSPITAL INFANTA CRISTINA. AVDA. DE ELVAS, S/N. BADAJOZ

OBJETIVOS

Palbociclib es un antineoplásico oral que actúa como inhibidor altamente selectivo y reversible de las CDK4 y 6, indicado en pacientes con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo (HR+) y receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano negativo (HER2-), en combinación con letrozol o fulvestrant.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el perfil de seguridad de palbociclib en el tratamiento del cáncer de mama metastásico HR+ y HER2-, en combinación con hormonoterapia (letrozol o fulvestrant).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de mama metastásico en tratamiento con palbociclib en combinación con letrozol o fulvestrant desde enero de 2016 hasta abril de 2018. A partir de la historia clínica electrónica y del programa de dispensación de pacientes externos (Dominion®), se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento, tratamiento concomitante, dosis, líneas de tratamiento previas, duración del tratamiento, datos analíticos, situación funcional (escala ECOG) y efectos adversos y su gravedad según criterios del NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio fueron tratadas 14 mujeres con cáncer de mama metastásico HR+ y HER2-, con una edad media de 48,7 años (33-80 años). El 71,4% de las pacientes estaban en tratamiento con palbociclib más letrozol y el 28,6% con palbociclib más fulvestrant. En dos de ellas dicho tratamiento se combinó con un agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante debido al estado premenopáusico de las mismas. La duración media del tratamiento fue de 4,8 meses (1-15 meses). Fue utilizado como tratamiento de primera línea en el 28,6% de las pacientes. El 100% de las pacientes presentaban un ECOG 0-1.

La dosis en todas las pacientes fue de 125mg/día durante 21 días consecutivos seguido de 7 días sin tratamiento.

Las reacciones adversas fueron: Neutropenia grado 1 en el 35,7% de las pacientes, Neutropenia grado 2 en el 50% y neutropenia grado 3 en el 7,1%; leucopenia grado 1 en el 7,1% y leucopenia grado 2 en el 42,5%; linfopenia grado 1 en el 35,7%, linfopenia grado 2 en el 14,3% y linfopenia grado 3 en el 14,3%; y anemia grado 2 en el 14,3% y de grado 1 en el 57,1%.

Se observó plaquetopenia en el 35,7% de las pacientes, aumento de transaminasas en el 28,6% y astenia en el 21,4%.

Palbociclib fue suspendido en el 42,8% de las pacientes por progresión de la enfermedad y en el 21,4% de las pacientes fue retirado durante un breve periodo de tiempo dada la gravedad de las reacciones adversas.

En nuestro estudio, palbociclib mostró un perfil de toxicidad aceptable, con resultados similares a los obtenidos en el ensayo pivotal. Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado fueron neutropenia, anemia, linfopenia y leucopenia y la reacción adversa más frecuente de grado 3 fue la linfopenia. No obstante, estas reacciones adversas se manejaron fácilmente, suprimiendo el tratamiento durante breves periodos de tiempo.

En este sentido, consideramos necesario una monitorización más estrecha del perfil hematológico y monitorizar periódicamente la aparición de otras posibles reacciones adversas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

679. PERFIL DE SEGURIDAD DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

MESA EXPÓSITO R, GONZALEZ PERERA I, VIÑA ROMERO MM, MONTERO DELGADO A, FERRER MACHIN A, VERA CABRERA M, NAVARRO DAVILA MA, MERINO ALONSO J

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA. GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El acetato de abiraterona (AA) y la enzalutamida (ENZ) son dos fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm). En la elección entre uno u otro influyen factores como las características individuales de cada paciente (comorbilidades y fragilidad), perfil de toxicidad de ambos medicamentos y el potencial de interacciones farmacológicas (IF) con el resto de tratamientos ya instaurados.

El objetivo del presente estudio ha consistido en describir el perfil de seguridad e IF potenciales del AA y ENZ en pacientes con CPRCm en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo, de 24 meses de duración (enero 2016-diciembre 2017) en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de CPRCm, con niveles de testosterona < 50 ng/dl y tratados con AA o ENZ.

Las variables recogidas fueron: tratamiento domiciliario concomitante y cambios en el mismo tras la instauración de AA o ENZ, efectos adversos (EA) descritos en la historia clínica (HC), e IF mayores y menores. Como covariable se tomó la puntuación Gleason.

Los datos clínicos y demográficos fueron obtenidos mediante el aplicativo informático del servicio de farmacia (Farmatools®) y el programa de HC electrónica (SELENE®). La revisión de las IF se realizó en Lexicomp® Drug Interactions (Uptodate®), que las clasifica en: evitar uso conjunto (X), modificación del tratamiento (D) y monitorizar (C).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 43 pacientes, con una mediana de edad de 75 años (56-90) y Gleason ≥ 8 en la mitad de los individuos.

En el grupo con AA, compuesto por 25 hombres (65%), la media de tratamientos concomitante por paciente era de 11 (5-21). El 71% tomaba previamente antihipertensivos y el 39% antidiabéticos. Una vez iniciada AA, no se registraron EA en la HC de ninguno de los pacientes, aunque en dos casos fue necesario instaurar un antidiabético oral por mal control glucémico, y en otros dos casos un antihipertensivo.

En el grupo de ENZ, con 15 pacientes (35%), la media de tratamientos concomitantes era de 7 (2-14). El 11% ya tomaba antihipertensivos y el 17% antidiabéticos. Tras el inicio, un paciente requirió antidiabéticos y se describieron EA en la HC en el 33% de los casos (astenia, diarreas, estreñimiento y debilidad), estos EA obligaron a discontinuar ENZ en cuatro pacientes.

En cuanto a las potenciales IF, en el grupo de AA, el 25% de pacientes presentaban IF tipo D y el 29% alguna IF tipo C.

Mientras que en el grupo de ENZ, se observó un 27% con IF tipo X; un 60% con IF tipo D y 20% con IF tipo C.

Con el presente trabajo hemos querido mostrar el perfil de seguridad e interacciones de AA y ENZ en nuestro hospital. Según los resultados, el número de interacciones fue superior con ENZ, al igual que los EA registrados en la HC. Si bien es cierto que el tamaño muestral es reducido, queda patente el perfil pluripatológico y polimedocado de estos pacientes, lo que refuerza la importancia de revisar de forma exhaustiva las potenciales IF.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

696. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PALBOCICLIB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

PÉREZ ABÁNADES M, RAMÍREZ HERRÁIZ E, BALLESTEROS GARCÍA AI, GONZALEZ . T, CIDONCHA MUÑOZ I, SERRA LÓPEZ-MATENCIO JM, GALLEGO ARANDA T, MORELL BALADRÓN A
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. CALLE DIEGO DE LEÓN 62. MADRID

OBJETIVOS

Objetivos: Palbociclib es un inhibidor altamente selectivo, reversible de las quinasas dependientes de ciclina comercializado para el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, positivo para el receptor hormonal (HR+) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2-), en combinación con un inhibidor de la aromataso o fulvestrant en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de palbociclib en pacientes diagnosticados de cáncer de mamá metastásico HR+ HER2-.

MATERIALES Y MÉTODOS

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado en pacientes con cáncer de mamá metastásico HR+ HER2- en tratamiento con palbociclib entre enero 2017-abril 2018. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, tratamientos previos, tratamiento concomitante, fecha de inicio, reducciones de dosis, número de ciclos, retraso de ciclos, marcadores tumorales como antígeno carcinoembrionario (CEA) y CA15.3, efectos adversos y motivos de finalización. Para ello se revisaron las historias clínicas electrónicas y la información del programa de Dispensación a Pacientes Externos Dominion®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes con edad media 63,9 (10,3) años. Tratamientos previos: 9 (81,8%) letrozol, 8 (72,7%) fulvestrant, 7 (63,6%) capecitabina, 5 (45,5%) bevacizumab, 5 (45,5%) everolimus, 4 (36,4%) exemestano, 4 (36,4%) paclitaxel, 4 (36,4%) eribulina, 3 (27,3%) tamoxifeno, 2 (18,2%) goserelina y 1 (9,1%) vinorelbina. Al inicio de tratamiento la mediana de CEA fue 6,5 (1,9-43,4) ng/ml y de CA15.3 109,8 (45,7-317,1) U/ml, Hb media 13,0 (1,5) g/dl, media de leucocitos 7,1 (2,2) miles/mm³, media de neutrófilos 4,4 (1,5) miles/mm³, media de plaquetas 235,5 (47,1) miles/mm³, mediana de ALT 26 (22-53) U/ml y mediana de AST 29 (19-52) U/ml. Todas las pacientes comenzaron tratamiento con palbociclib 125mg cada 24 horas durante 21 días y descanso de 7 días, 7 (63,6%) pacientes concomitante con letrozol y 4 (36,4%) con fulvestrant. La mediana de número de ciclos recibidos fue 4 (3-8), con mediana de duración del tratamiento de 3,4 (2,5-7,6) meses. Sólo en 1 (9,1%) paciente se suspendió el tratamiento por progresión. En cuanto a los efectos adversos hematológicos 9 (81,8%) pacientes sufrieron anemia grado 1 y 1 (9,1%) grado 2; 6 (54,4%) leucopenia grado 1 y 5 (45,5%) grado 2; 5 (45,5%) neutropenia grado 2 y 2 (18,2%) grado 3, y 5 (45,5%) trombopenia grado 1; en total fueron 54,6% grado 2 y 18,2% grado 3. Otros efectos adversos fueron: cansancio en 3 (2,7%) pacientes, picor en 2 (18,2%), erupción cutánea en 2 (18,2%), alopecia en 2 (18,2%), hipotensión en 1 (9,1%) y sequedad de boca en 1 (9,1%). Debido a estos efectos adversos, en 1 (9,1%) paciente se redujo la dosis a 100 mg, en 4 (36,4%) se retrasó el siguiente ciclo, y en 2 (18,2%) se suspendió.

Conclusiones

Palbociclib fue efectivo en la mayoría de las pacientes con cáncer de mama metastásico HR+ HER2-. Palbociclib puede producir importantes efectos adversos hematológicos (grado 2-3), que en 18% de casos provoca la suspensión del tratamiento. Es necesario el seguimiento de las pacientes con este tratamiento dado su efectividad y la necesidad de controlar los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

710. RUXOLITINIB EN ENFERMEDAD DEL INJERTO CONTRA EL RECEPTOR CRÓNICA REFRACTARIA: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

AUTORES

PRAT DOT M, CARCELERO SANMARTÍN E, RIU VILADOMS G, MARTÍNEZ MUÑOZ C, SUÁREZ-LLEDÓ GRANDE M, GIAVEDONI - P, SAINZ DE LA MAZA SERRA M, SOY MUNER D
HOSPITAL CLÍNIC. CTRA. VILLARROEL, 170. BARCELONA

OBJETIVOS

La Enfermedad del Injerto Contra el Receptor crónica (EICRc) en receptores de alotrasplante de progenitores hematopoyéticos es frecuente y engloba diferentes manifestaciones clínicas. Los corticoides +/- inhibidores de calcineurina son el tratamiento de primera línea. Un porcentaje no despreciable de pacientes no responde y necesita una segunda línea de tratamiento. Ruxolitinib, un inhibidor JAK1/2, parece ser prometedor en la EICR, tal como se ha descrito en algunos casos publicados. Presentamos la experiencia en nuestro centro con ruxolitinib en EICRc refractaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico. Se explotó un registro interno de medicamentos fuera de indicación. Se revisaron los cursos clínicos, las analíticas (disponibles en el sistema informático SAP®) y las dispensaciones de ruxolitinib realizadas en la Farmacia Ambulatoria.

La gradación del EICRc y la valoración de respuesta al fármaco se realizaron por hematólogos especializados en trasplante, junto con otros especialistas, y según los criterios de consenso del National Institutes of Health (NIH) 2014.

Los efectos adversos de ruxolitinib se clasificaron según los criterios National Cancer Institute Common Terminology Criteria (CTCAE v.5.0).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cuatro pacientes recibieron ruxolitinib, con edad mediana 39,5 años (rango 19-56) y sexo 2 mujeres (2 hombres). Los cuatro presentaban respuesta completa de la neoplasia hematológica en el momento del alotrasplante (3 leucemias agudas y 1 neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas). El donante en 3 pacientes fue no emparentado HLA idéntico y 1 paciente tuvo donante hermano HLA idéntico. Todos los pacientes recibieron un acondicionamiento mieloablativo.

La EICRc apareció tras una mediana de 355 días desde el trasplante (220-978). Al inicio de ruxolitinib, los 4 pacientes presentaban EICRc grave con 5 órganos afectados (6 órganos en un caso): piel (n=4, grado 3), fascias (n=4, grado 2), aparato digestivo (n=2, grado 2), ojos (n=4, 2 pacientes grado 1, 2 pacientes grado 2), mucosa oral (n=4, 2 pacientes grado 1, 2 pacientes grado 2), genitales (n=2, 1 paciente grado 1, 1 paciente grado 2) e hígado (n=1, grado 3).

Los pacientes recibieron entre una y cuatro líneas de tratamiento sistémicas previas al ruxolitinib que incluyeron: ciclosporina, tacrolimus, prednisona, metotrexato, imatinib e hidroxycloquina.

La dosis de ruxolitinib en todos los pacientes fue de 5 mg cada 12 horas. La mediana de meses en tratamiento es actualmente de 7,5 (6-21). La tolerancia al tratamiento fue buena: un paciente presentó anemia moderada, no hubo complicaciones infecciosas y en ningún caso se retiró el tratamiento por efectos adversos. El inicio de la respuesta fue de una mediana de 3 meses (3-5), 2 pacientes presentaron respuesta completa y 2 parcial. La movilidad músculo-articular (medida según la escala ROM) presentó mejoría en 2 pacientes y normalización en los otros 2. En 2 casos se pudo reducir la dosis de inmunosupresores y en 1 se pudo retirar. Los tres pacientes que recibían tratamiento concomitante con prednisona pudieron retirarla tras una mediana de 2 meses (2-7 meses).

En nuestra serie de casos, ruxolitinib ha sido muy activo como fármaco de rescate en pacientes con EICRc refractario a tratamiento estándar. Es necesaria mayor experiencia en más pacientes para confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

714. ESTUDIO DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL GEN DE LA DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS

AUTORES

ALVARADO FERNANDEZ MD, MARCOS RODRIGUEZ JA, CORDERO RAMOS J, VAZQUEZ REAL M, CASTAÑEDA MACIAS IM, DONOSO RENGIFO C, RENDON DE LOPE L, MURILLO IZQUIERDO M
HOSPITAL UNIV. VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Las fluorpirimidinas 5 fluoruracilo (5-FU) y capecitabina (profármaco del 5-FU) son fármacos antineoplásicos de estrecho margen terapéutico usado para el tratamiento de muchos tipos de tumores sólidos. Aproximadamente un 80-90% del 5-FU administrado se metaboliza por la enzima dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD).

La deficiencia parcial o total de este enzima se relaciona con toxicidad severa (estomatitis, leucopenia, trombocitopenia, pérdida peso, ataxia cerebelosa y otros síntomas neurológicos), y en algunos casos puede ocasionar la muerte del paciente, tras la administración de 5-FU.

En Ficha Técnica se recomienda realizar el análisis de mutaciones en el gen DPD previamente al inicio del tratamiento con 5-FU.

El objetivo de nuestro estudio es determinar la frecuencia de estos polimorfismos en el gen DPD en los pacientes atendidos en nuestro centro hospitalario e identificar a aquellos pacientes con predisposición a presentar una toxicidad excesiva si son expuestos a fluorpirimidinas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó el análisis genético del gen DPD a todos los pacientes que iniciaban tratamiento con 5-FU o capecitabina (y recibieran además, un tratamiento intravenoso en Hospital de Día) entre septiembre de 2017 y abril 2018. Las variables recogidas fueron sexo, edad, tipo de tumor diagnosticado y fármaco prescrito. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica electrónica (Diraya®) y el programa de prescripción electrónica (Farmis®).

Los polimorfismos estudiados fueron rs3918290, rs55886062 y rs67376798 (evidencia 1A). La caracterización de los genes fue llevada a cabo por el servicio de Bioquímica Molecular del centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se realizó el análisis genético a un total de 74 pacientes, 68% hombres y 32% mujeres. La mediana de edad fue de 63 años.

El 81% de los diagnósticos corresponden a cáncer colorectal, 11% tumores gástricos, 4% tumores pancreáticos y 4% tumores de cabeza y cuello. La mayoría de los tratamientos prescritos correspondían a capecitabina (85%).

En cuanto a los resultados de los polimorfismos estudiados, el 97% (n= 72) presentaron un genotipo wild-type para las variantes analizadas (homocigoto normal). El 3% (n=2) pacientes presentaron algún alelo mutado (heterocigoto): un paciente para rs3918290 y otro para rs67376798.

Conclusiones

Los pacientes heterocigotos detectados se encuentran en riesgo de desarrollar toxicidad severa al ser tratados con fluorpirimidinas. Estos pacientes presentan una actividad de DPD disminuida, por lo que requieren un ajuste de dosis de estos fármacos.

La utilización de estas herramientas farmacogenéticas para determinación de polimorfismos del gen DPD en la práctica habitual nos permite predecir la toxicidad potencialmente grave en pacientes que reciben quimioterapia de estrecho margen terapéutico favoreciendo el uso individualizado de estos fármacos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

717. PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA: EFICACIA Y SEGURIDAD

AUTORES

GASSO SANCHEZ A, ARIAS SANCHEZ A, PEREIRA BLANCO O, GALINDO ALLUEVA M, MERCHANTE ANDREI M, AGUSTIN FERRNADEZ MJ

HOSPITAL MIGUEL SERVET. Pº. ISABEL LA CATOLICA, 1-3. ALMERÍA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de Pertuzumab (P) en tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama y los efectos adversos según gravedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han llevado P en tratamiento neoadyuvante durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, del esquema recibido, del estadio inicial y de la respuesta obtenida tras la cirugía según escala Miller y Payne. También se recogieron los efectos adversos (EA) que se midieron con la escala Common Terminology Criteria for Adverse Events V3.0 (CTCAE). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

30 pacientes fueron tratadas con P en contexto neoadyuvante durante el año 2017. La media de edad al diagnóstico fue 53 años (31-83). El 56,7% con receptores hormonales (RH) negativos. Al inicio tenían un estadio IIA 36,6% de las pacientes, IIB 40%, IIIA 13,3%, IIIB 3,33%, IIIC 6,66%. En el informe de posicionamiento se recalca que se debería seleccionar las pacientes que cumplan unos criterios: ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) 0-1 (100% de nuestras pacientes) tamaño de tumor > 2 cm (90%) y/o afectación ganglionar (56,6%) o bien tumor inflamatorio (3,33%). Respecto al esquema 33,3% recibieron AC (ciclofosfamida y adriamicina) seguido de paclitaxel semanal con P y trastuzumab (H), 26,6% FECx3 (fluoruracilo, epirubicina y ciclofosfamida) seguido de taxano mas P y H (6,6% paclitaxel semanal y 20% docetaxel trisemanal), 20% TCH (carboplatino, docetaxel y trastuzumab) con P, y 6,7% P y H, 6,7% docetaxel P y H y 6,7% paclitaxel semanal con P y H. La respuesta tras el tratamiento fue 50% respuesta completa (G5) y 46,6% respuesta parcial (G4 16,6%, G3 10% y G2 20%) y G1, 3,3% no respondedores. Respecto a la respuesta ganglionar se halló: respuesta completa (D) 30% (ganglios- con cambios postquimioterapia) y 70% respuestas parciales (A 33,3%, B 6,6% y C 30% (Ganglios linfáticos positivos o negativos sin cambios atribuibles a quimioterapia o positivos con respuesta parcial)). Los EA fueron: diarrea 66,6% de los pacientes, astenia 63,3%, mucositis 33,3%, leucopenia 30%, neurotoxicidad 23,3%, neutropenia 10%, fiebre 10%, infecciones 6,6%, náuseas y vómitos 6,6%, hepatotoxicidad 3,3% y nefrotoxicidad 3,3%. Fueron de gravedad grado 1 y 2 el 94,2% de los casos, y grado 3 4 el 4,8%. El 30% disminuyó su fracción de eyección ventricular durante el tratamiento menos de un 10% y 10% disminuyó más de un 10%. Se realizaron disminuciones de dosis en el 20% pacientes, 13,3% retrasos del tratamiento y 3,3% se suspendió el tratamiento excepto los antiHER2. El 90% recibieron factores estimulantes de colonias, 3,3% eritropoyetina y 33,3% hierro iv.

Aunque las tasas de respuestas obtenidas son similares con la de los estudios (45,8% Neosphere y entre 57-66% Tryhaena) es fundamental estudios en la práctica clínica que confirmen los resultados de los estudios pivotaes y ayuden a definir qué grupo de pacientes son las que más se benefician del tratamiento. Por otro lado, en el tratamiento en asociación con el pertuzumab se han observado pocos efectos adversos que fueran graves y/o de difícil manejo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

745. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

MANZANEQUE GORDÓN A, REDONDO CAPAFONS S, MORENO ROMERO L, MORAL ANTER D, GALLARDO BORGE S, GARRETA FONTELLES G, NICOLÁS PICÓ J

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Recientemente, se han aprobado distintos anticuerpos monoclonales frente a PD-1 (Pembrolizumab, Nivolumab) y PDL1 (Atezolizumab, Durvalumab), capaces de bloquear la unión PD1/PDL1 estimulando la respuesta inmune frente a las células tumorales.

El objetivo del estudio es analizar el uso y seguridad de los anti PD1/PDL1 en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de anti PD1/PDL1 entre julio 2015 y marzo 2018. Para la recogida de datos se utilizó la historia clínica informatizada y el programa de prescripción electrónica de onco-hematología (Oncofarm® v3.0).

Se recogieron variables: demográficas [edad, sexo]; clínicas [diagnóstico principal, ECOG inicial, determinación PDL1 (si/no)]; de tratamiento [fármaco utilizado, dosis recibida (mg), total ciclos recibidos, motivo discontinuación], de toxicidad [ratio toxicidades/paciente, detección toxicidad (rutinaria o urgencias), tipo de efecto adverso (EA) y frecuencia, tratamiento toxicidad (si/no, uso corticoides), grado (CTCAE v4.03), discontinuación temporal toxicidad (si/no)].

El análisis de resultados se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 42 pacientes. La mediana de edad (81% hombres) fue de 54 años (rango: 39-81).

El diagnóstico principal fue: cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) (31/42), renal (6/42) y urotelial (4/42); utilizándose en segunda línea en 30/42. El ECOG inicial fue de 0-1 en 40/42 (2/42 ECOG 2). La determinación de expresión PDL1 se realizó en 12/42 (5/5 en pembrolizumab).

Los fármacos utilizados fueron nivolumab (33/42), pembrolizumab (5/42), atezolizumab (3/42) y durvalumab como uso compasivo (1/42); con una media de dosis recibida (mg) de 211±48, 145±40 (1/5 dosis fija de 200 mg), 1200 (dosis fija) y 960, respectivamente.

La mediana de ciclos recibidos fue 6 (rango:1-61) para nivolumab (6/33 con tratamiento superior al año), 2 (rango:1-8) para pembrolizumab, 6 (rango:1-7) para atezolizumab y 9 ciclos para durvalumab (1 paciente). Un total de 25/42 discontinuaron tratamiento, siendo 20/25 por pérdida de beneficio clínico, 3/25 por toxicidad y 1/25 exitus.

Se registraron un total de 100 toxicidades (97% grado 1-2, 3% grado 3) relacionadas con la inmunoterapia (2,4 episodios/paciente), detectándose el 86% en control rutinario y el 14% en urgencias; suponiendo la discontinuación temporal en el 25%.

Los EA inmunomediados (EAI) se observaron en un 23%, presentándose como: dermatológicos (3/23), renales (1/23), endocrinos (7/23), hepatitis (1/23) y neumonitis (1/23). El ciclo medio de aparición (CMA) fue de los 6,5 ciclos [1-24] y 9/23 requirieron corticoterapia.

Los EA inespecíficos detectados fueron: 38% astenia/fatiga/artralgias, 17% gastrointestinales y 21% infecciones; los CMA fueron de 3 (rango:1-49), 3,5 (rango:1-20) y 6,5 (rango:1-23); requiriendo tratamiento 9/38, 7/17 y 18/21 respectivamente.

Conclusiones

Nivolumab es el fármaco más utilizado, siendo la principal indicación CPNM.

A pesar de la proporción de EA observados, la mayoría son grado 1-2 y bien tolerados. La aparición de EA tipo astenia/fatiga/artralgias o gastrointestinales aparecen en los primeros ciclos, en cambio los EAI en más tardíos.

En vista de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta el patrón de aparición de cada tipo de toxicidad, se ha establecido una intervención farmacéutica (visita de inicio, educación al paciente en hospital de día y controles telefónicos) para promover su detección temprana.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

755. OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE PREPARACIÓN DE AZACITIDINA EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

MANZANEQUE GORDÓN A, REDONDO CAPAFONS S, ROMERO RODRIGUEZ A, CASTELLÓN MELERO L, GALVE FUSTERO A, GARRETA FONTELLES G, GALLARDO BORGE S, NICOLÁS PICÓ J

HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PLAÇA DEL DOCTOR ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar la implantación y satisfacción de un nuevo circuito (NC) de preparación de Azacitidina en el servicio de farmacia (SF).

DISEÑO

Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con azacitidina desde mayo 2017 (implantación NC) hasta abril 2018 (análisis de datos).

Se recogieron variables: demográficas (sexo y edad); clínicas (diagnóstico principal); operativas (preparaciones realizadas, tiempo de preparación, preparaciones no administradas); económicas (coste asociado al circuito convencional (CC) vs NC: comparación número de viales utilizados); de satisfacción (cuestionario de satisfacción (CS) graduado del 0 (peor) al 10 (mejor) a los pacientes y enfermería de hospital de día (HD) y SF valorando el CC y NC) y toxicidad (cuestionario de toxicidades específicas (CT) facilitado a los pacientes).

Para la recogida de datos se utilizó el programa de prescripción electrónica de onco-hematología (Oncofarm®v3.0) y los cuestionarios proporcionados. El análisis de resultados se realizó mediante estadística descriptiva, la satisfacción se comparó utilizando el test Ji- cuadrado (StatCalc®7.3.3).

CIRCUITO Y ETAPAS

La preparación y adecuación de azacitidina se realiza en el SF, y debido a su corta estabilidad teórica (45 minutos ó 22 horas a 2-8°C si la dilución se realiza con agua refrigerada (AR)) se prepara diariamente a la llegada del paciente a HD. Datos recientes demostraron una estabilidad de 23 días a -20°C (utilizando AR), por lo que se planteó un cambio en el circuito, preparándose todo el ciclo completo el día 1 y conservándolo a -20°C; diariamente se descongelaba 15 minutos previos a su administración.

Se realizó un test de satisfacción y toxicidad a los pacientes pre y post-implantación y se recogieron los datos económicos de los dos circuitos.

IMPLANTACIÓN

Tras 4 horas de formación a enfermería (SF y HD) y comunicación del NC al equipo médico, la implantación pudo llevarse a cabo en una única jornada de trabajo.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se incluyeron 14 pacientes (9/14 hombres). La mediana de edad fue de 70 años (rango:43-83).

El número de preparaciones realizadas con el NC fue de 613, realizándose en 52 días distintos (preparaciones/día: 7 (rango:4-34)). La diferencia mediana de tiempo de preparación (considerando 5 minutos/preparación según CC) fue 20 minutos (rango:5-117). Siete preparaciones no se administraron por exitus.

El ahorro económico del NC respecto al CC fue de 126.333€ (300 viales).

Respondieron el CS y CT 13/14 pacientes con una puntuación y número de efectos adversos (EA) para el CC y el NC de 6,8 vs 7,4 y 6 vs 3,6 respectivamente, observándose diferencias estadísticamente significativas para el CT ($p=0,01$).

La mediana de satisfacción del CC vs NC fue de 4 vs 10 ($n=3$) para HD (destacando la minimización del tiempo de espera) y de 5 vs 10 ($n=3$) en el SF (mayor agilidad de preparación).

Limitaciones

Reducido tamaño muestral en cuanto a datos de satisfacción y toxicidad.
Pérdida de preparaciones en caso de exitus o progresión.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

La implantación ha sido aceptada satisfactoriamente, suponiendo un elevado ahorro económico y sin aumento de los EA; por lo que consideramos práctica y sencilla su aplicabilidad en otros SF.
La optimización de los circuitos de preparación desde el SF debe contemplarse como una oportunidad potencial de mejora.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

788. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA ASOCIADA AL CÁNCER EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

ALVARADO FERNANDEZ MD, MURILLO IZQUIERDO M, CASTAÑEDA MACIAS IM, MARCOS RODRIGUEZ JA, CORDERO RAMOS J, RENDON DE LOPE L, DONOSO RENGIFO C, JIMENEZ GUERRERO L
HOSPITAL UNIV. VIRGEN MACARENA. AVENIDA DOCTOR FEDRIANI S/N.

OBJETIVOS

La enfermedad tromboembólica (ETE) es una de las principales causas de muerte en el paciente oncológico. La incidencia de padecer una trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP) en estos pacientes varía entre el 0.8 y el 8%, alcanzando el 20% en cánceres de alto riesgo.

Los tumores gastrointestinal, genitourinaria, pulmón y mama son los que presentan con mayor frecuencia capacidad de producir una ETE.

Determinados factores como la cirugía, la quimioterapia (QT), la radioterapia (RT), la hospitalización y la inmovilidad aumentan el riesgo de ETE asociado al cáncer. Dicha ETE suele aparecer con mayor frecuencia en estadios avanzados.

Nuestro objetivo es analizar las neoplasias que presentan mayor capacidad de provocar una ETE en pacientes atendidos en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, que incluyó pacientes oncológicos diagnosticados de ETE durante el año 2017.

A través de la historia clínica digital (Diraya®) y archivo procedente de la Unidad de Enfermedades Tromboembólicas se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de tumor y fecha del diagnóstico, tipo de evento tromboembólico sufrido (TVP ó TEP) y fecha en la que se produjo, estadio del tumor en el momento de la ETE, exitus y causa de exitus.

Mediante el módulo de prescripción electrónica (Farmis®) se obtuvo información sobre si habían recibido QT o RT en los últimos 6 meses.

Además, se registró si el paciente había padecido anteriormente otro episodio de ETE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 54 pacientes oncológicos que habían sido diagnosticados de una ETE durante el año 2017. El 51% eran hombre y 49% mujeres. Edad media: 64 años. Los tipos de cáncer que presentaron mayor incidencia de episodios de ETE fueron mama (22%), colorrectal (19%), pulmón (17%), ovario (11%), genitourinario (11%), próstata (7%), cabeza y cuello (7%). Tiroides, melanoma y seminoma (6%).

El 74% de los pacientes sufrieron una TVP y el 26% fueron diagnosticados de TEP. La mayoría de los pacientes presentaban un estadio avanzado-metastásico en el diagnóstico de la ETE (70%) y en el 11% el ETE supuso el primer síntoma de una neoplasia aun no diagnosticada.

El 57% de los pacientes había recibido QT, un 22% RT y un 17% ambas en los 6 meses anteriores al diagnóstico de ETE.

Un 31% de los pacientes había sufrido un episodio previo de TVP o TEP.

Un 19% de los pacientes resultó exitus. Las causas más prevalentes de exitus fueron la progresión de la enfermedad (50%), la sepsis (40%) e ictus hemorrágico (10%).

Conclusiones

El cáncer de mama y el colorrectal fueron las neoplasias más frecuentes asociadas a una ETE. Cabe resaltar el estadio avanzado de la mayoría de los tumores así como el porcentaje nada desdeñable de TVP o TEP como primer síntoma de una neoplasia no diagnosticada. Tanto la QT como la RT constituyeron un importante factor de riesgo para la aparición de ETE. La trombosis asociada al cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad siendo la causa de muerte en un 10% de nuestros pacientes debido a una complicación hemorrágica.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

791. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE RUXOLITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA MIELOFIBROSIS.

AUTORES

OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, GARCÍA DE LA PAZ A, MARTINEZ CALLEJO V, GOMEZ GOMEZ D, CRISTOBAL GUTIERREZ H, CASANOVA VAZQUEZ J, GONZALEZ FRANCO RM, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, Nº 25. CANTABRIA

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de ruxolitinib, en términos de eficacia y seguridad, en el tratamiento de la mielofibrosis (MF) en un hospital de tercer nivel.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde mayo-2012 a marzo-2018 en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de MF que fueron tratados con ruxolitinib durante al menos 24 semanas. Los datos se obtuvieron de la Prescripción Electrónica Asistida y de la Historia Clínica Electrónica. Las variables registradas fueron: edad, sexo, diagnóstico, DIPSS-plus al inicio del tratamiento (escala de factor pronóstico) y tratamientos previos; reducción > 35% del volumen esplénico en la semana 24, duración de la respuesta y mejoría de la sintomatología (variables de eficacia); e incidencia y gravedad de efectos adversos (EAs) (según escala CTCAE v5.0) y reducciones de dosis (variables de seguridad).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 8 pacientes, 4 hombres y 4 mujeres, con una mediana de edad de 70 años (rango: 56-83). La distribución por diagnóstico fue: 3 pacientes con MF primaria, 3 con MF secundaria a Policitemia Vera y 2 con MF secundaria a Trombocitemia Esencial. Seis pacientes presentaban riesgo intermedio (según DIPSS-plus) al iniciar ruxolitinib, y 2 presentaban riesgo alto. Todos los pacientes, excepto uno, recibieron tratamiento previo con hidroxiurea y tres de ellos recibieron otros tratamientos (busulfán, tioguanina, lenalidomida o interferón alfa). Todos los pacientes presentaban esplenomegalia (mediana: 20,5 cm (18-25 cm)) y síntomas constitucionales. Los valores basales de hemoglobina y plaquetas fueron 9,2 g/dl (8-13,7) y 311.000/ μ l (44.000-744.000).

La dosis inicial de ruxolitinib fue la recomendada en ficha técnica en 5 pacientes, siendo inferior en 2, y superior en 1. La mediana de duración del tratamiento fue 15,75 meses (6,4-71,2). Cuatro pacientes presentaron reducción del bazo > 35% en la semana 24, y todos ellos presentaron mejoría clínica de la sintomatología, si bien no se cuantificó el porcentaje de mejoría. Continúan en tratamiento 4 pacientes y 4 suspendieron por progresión de la enfermedad (en 3 se realizó un trasplante de progenitores hematopoyéticos).

Respecto a la seguridad, los EAs registrados fueron: anemia grado 1-2 (4 pacientes) y grado 3 (2), y trombocitopenia grado 1-2 (2) y grado 3 (1). Estos EAs obligaron a reducir la dosis en 7 pacientes, llegando a suspenderse temporalmente el tratamiento en 2 pacientes. Seis pacientes requirieron tratamiento de soporte con eritropoyetina (EPO), de los cuales, 4 estaban en tratamiento con EPO al iniciar ruxolitinib y continuaron con ella durante todo el tratamiento con ruxolitinib.

Conclusiones

Según nuestra experiencia, la eficacia de ruxolitinib (reducción del bazo > 35% en la semana 24: 50 % de los pacientes) en nuestros pacientes es ligeramente superior a los datos publicados en los estudios pivotaes (41,9%). En términos de seguridad, la incidencia de EAs hematológicos de cualquier grado fue superior a la registrada en dichos estudios (anemia: 87,55 vs 45,2%; y trombocitopenia: 37,5% vs 12,5%). Así mismo, el porcentaje de pacientes que tuvo que reducir dosis fue superior (87,5% vs 63%). Ambos datos podrían estar sesgados dado que hubo pacientes con anemia previa que requirieron tratamiento de soporte con EPO desde el inicio del tratamiento con ruxolitinib.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

798. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA EN LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA.

AUTORES

OCHAGAVIA SUFRATEGUI M, GARCÍA DE LA PAZ A, MARTINEZ CALLEJO V, CRISTOBAL GUTIERREZ H, LIZAMA GOMEZ N, CASANOVA VAZQUEZ J, ALONSO PERALTA C, VALERO DOMINGUEZ M
HOSPITAL UNIV. MARQUES DE VALDECILLA. AVDA. VALDECILLA, Nº 25. CANTABRIA

OBJETIVOS

Describir la experiencia de uso de los agonistas del receptor de trombopoyetina (ART) en términos de eficacia y seguridad, en el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI) en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde noviembre-2009 a marzo-2018 en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de PTI que fueron tratados con eltrombopag, romiplostim o ambos de manera secuencial. Los datos se obtuvieron de la Prescripción Electrónica Asistida y de la Historia Clínica Electrónica. Las variables registradas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tratamientos previos, esplenectomía y tratamiento ART. La variable de eficacia fue el recuento plaquetario (RP) según criterios definidos en el documento consenso de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia: respuesta completa (RC) si $RP > 100 \times 10^9/L$ y ausencia de hemorragia; respuesta (R) con $RP \geq 30 \times 10^9/L$, incremento en más de dos veces la cifra basal y ausencia de hemorragia; no respuesta (NR) $RP < 30 \times 10^9/L$ o incremento inferior a dos veces la cifra basal o presencia de síntomas hemorrágicos. La variable de seguridad fue la incidencia y gravedad de efectos adversos (EAs) según escala CTCAE v5.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 19 pacientes (3 pediátricos): 9 fueron tratados con eltrombopag [7 mujeres y 2 varones, mediana de edad: 59 años (rango: 18-81)], 3 con romiplostim [2 mujeres y 1 varón; 6 años (4-75)] y 7 fueron tratados con ambos fármacos de manera secuencial [4 mujeres y 3 varones; 50 años (3-72)]. Los tratamientos recibidos previamente fueron: corticoides (n=19); inmunoglobulinas (n=11) y rituximab (n=7). Cinco pacientes que iniciaron tratamiento con eltrombopag habían sido esplenectomizados.

La dosis inicial de eltrombopag fue 50 mg/24h (n=13), 25 mg/24h (n=2) y 75 mg/24 (n=1), con una mediana de dosis de mantenimiento de 75 mg/24h. La dosis inicial de romiplostim fue 1 μ /kg (n=8), 2 μ /kg (n=1) y 3 μ /kg (n=1), siendo la mediana de dosis de mantenimiento 4 μ /kg. La mediana de duración del tratamiento con eltrombopag fue 3,63 meses (rango: 1,4-22,76) y con romiplostim 3 meses (0,23- 30,93). Alcanzaron RC 6 pacientes tratados con eltrombopag, 1 de los tratados con romiplostim y 5 de los tratados con ambos fármacos secuencialmente. Continúan en tratamiento 7 pacientes (3 con eltrombopag y 4 con romiplostim tras fracaso a eltrombopag), 8 suspendieron por falta de respuesta,

2 por RP > 250 x 109/L (mantenido más de un año tras suspensión del tratamiento) y 2 por EAs. Tres pacientes fueron esplenectomizados tras el tratamiento con ART.

Respecto a la seguridad, los EAs detectados con eltrombopag fueron: astenia grado 1-2 (n=2), artralgia g1 (n=1), pancitopenia g2 (n=1), cuadro vertiginoso (n=1) y hepatotoxicidad (n=1). Estos dos últimos EAs fueron el motivo de suspensión del tratamiento en ambos pacientes. Los EAs detectados con romiplostim fueron astenia g2 (n=1) y cefaleas (n=2).

Conclusiones

En nuestra experiencia, eltrombopag y romiplostim se presentan como una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con PTI refractaria a otros tratamientos, alcanzando altas tasas de RC duraderas e incluso la posibilidad de suspensión del tratamiento por resolución de la PTI. En términos de seguridad, romiplostim fue mejor tolerado por nuestros pacientes que eltrombopag.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

803. PERFIL DE SEGURIDAD DE IBRUTINIB E IDELALISIB EN PACIENTES CON NEOPLASIAS LINFOIDES B: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

FERNÁNDEZ CUERVA C, ORTEGA DE LA CRUZ C
HOSPITAL REGIONAL DE MALAGA. AV. DE CARLOS HAYA, S/N,. MÁLAGA

OBJETIVOS

Ibrutinib e idelalisib son citostáticos orales indicados en el tratamiento de neoplasias linfoides B.

El objetivo es analizar la frecuencia y gravedad de las reacciones adversas medicamentosas (RAMs) asociadas al tratamiento con ibrutinib e idelalisib en pacientes de nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes ≥ 18 años que inician con ibrutinib en monoterapia 420/560 mg/día (según indicación por tipo de neoplasia) o idelalisib 150mg/12h en monoterapia/ combinado con rituximab. Periodo de estudio: Julio 2015-Febrero 2018. Variables demográficas: sexo y edad; variables clínicas: diagnóstico y citogenética; terapéuticas: número de líneas de tratamiento previas, duración del tratamiento, reacciones adversas, ajuste de dosis, interrupción y suspensión de tratamiento. Se clasificaron las RAMs según la versión 5.0 del National Institute Cancer (NCI): Common Terminology Criteria for Adverse Events. Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes y del programa informático de dispensación farmacéutica a pacientes ingresados y externos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 40 pacientes (11 mujeres y 29 hombres), mediana de edad: 72 años (rango 52-90), diagnóstico: Leucemia Linfática Crónica 67.5%, Linfoma de Células del Manto 17.5%, Linfoma Folicular 7.5%, Macroglobulinemia de Waldenström 5% y Linfoma no Hodgkin linfocítico 2.5%. El 35% de los pacientes presentaron citogenética de mal pronóstico (del17p). Tratados con ibrutinib: 28 pacientes, 4 primera línea por del(17p) y en el resto tratamiento de rescate, mediana de 2 líneas previas (rango 1-6). Mediana de duración del tratamiento: 8,4 meses (rango 1,3-23). Once pacientes suspendieron de forma definitiva: progresión (6 pacientes), efectos adversos (2 por hemorragias y 1 por eczema generalizado), trasplante alogénico (1 paciente) y éxitus (1 paciente). Además otros dos pacientes interrumpieron el tratamiento por RAMs grado3/4 (neutropenia e infección respiratoria), pudiendo reanudar tras la recuperación, a la dosis plena inicial. Diecisiete pacientes continúan con ibrutinib (61%) al finalizar el período de estudio. Dieciocho pacientes presentaron RAMs grado 1-2.

Idelalisib fue indicado en doce pacientes, todos como tratamiento de rescate, con una mediana de 3 líneas previas (rango 1-4). Mediana de duración del tratamiento: 5,3 meses (rango 3,4 -14,6). En nueve pacientes se interrumpe el tratamiento de 150mg/12h durante 41 días (rango 24-56): transaminitis grado 4 (n=3), transaminitis grado 3 (n=1), pancreatitis aguda (n=1), neutropenia febril (n=1), neutropenia grado 3 (n=1), ingreso por infección del tracto urinario, diarrea y transaminitis (n=1), ingreso por infección de vías respiratorias (n=1). En todos los casos se reanudó el tratamiento a dosis de 100 mg/12h. Al finalizar el periodo de estudio en cuatro de estos nueve pacientes se ha suspendido de forma definitiva: progresión (n=2), efectos adversos (n=1 transaminitis grado 4), éxitus (n=1). Tres de los doce pacientes no han requerido reducción de dosis y continúan con 150mg/12h.

Concluimos que en nuestra serie de pacientes, ibrutinib e idelalisib han mostrado un adecuado perfil de seguridad con un patrón de RAMs similar al descrito en la bibliografía. Es necesario un seguimiento periódico del paciente para valorar las reacciones adversas y la necesidad de suspensión temporal en los casos que se precise.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

811. EXPERIENCIA DEL USO DE TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EN CANCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

CASTRESANA ELIZONDO M, PIO ASIN M, MARIN MARIN M, ALZUETA ISTURIZ N, GASCON VILLACAMPA A
HOSPITAL REINA SOFIA. CARRETERA TARAZONA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de Trifluridina/tipiracilo en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM) previamente tratados con quimioterapia basada en fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecán, agentes anti-VEGF y agentes anti-EGFR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo observacional de pacientes CCRm tratados con trifluridina/tipiracilo desde mayo-2016 hasta la actualidad.

Las variables recogidas fueron: demográficas (sexo, edad, ECOG), relacionadas con la enfermedad (localización y tiempo hasta la aparición de metástasis y estado de la mutación K-RAS) y farmacoterapéuticas (línea de tratamiento, número de ciclos recibidos, incidencia de efectos adversos (EA) y números EA grado(G)3-4, número de reducciones de dosis e interrupciones de tratamiento y causas).

Las curvas de supervivencia fueron obtenidas por el método Kaplan-Meier (programa estadístico SPSS 22.0) y los resultados comparados con el ensayo clínico (EC) RECURSE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 12 pacientes (50% mujeres), edad media (DE) 61 años (9).

La localización primaria del tumor fue: colon 9 pacientes (75%), rectal 2 pacientes (17%) y tumor sincrónico 1 paciente (8%). El tiempo hasta la aparición de metástasis: menor de 18 meses en 7 pacientes (58%), superior a 18 meses en 3 pacientes (25%) y 2(17%) presentaron enfermedad metastásica al diagnóstico.

Al inicio del tratamiento 10 pacientes (83%) mantenían ECOG 1, 1 ECOG 2 y 1 ECOG 3. Presentaban metástasis hepáticas 9 pacientes (75%), pulmonares 8(67%), ganglionares 4(33%), suprarrenales 3(25%), implantes peritoneales 2(17%) y ovárica 1(8%). No desarrollaron metástasis óseas ni cerebrales. El 50% de pacientes eran K-RAS nativo.

El 25% recibieron trifluridina/tipiracilo como tratamiento metastásico en 5ª línea, 42% en 4ª, 17% en 3ª y 2ª línea. La media de ciclos recibidos (DE) fue 4(2,2).

La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) fue 4 meses [IC95% 2,9-5,03] y la mediana de supervivencia general (SG) fue 9 meses [IC95% 7,1-10,8]. La mediana del tiempo de seguimiento fue (rango) 6 meses (1-11). Tras progresión(n=10), 4 fallecieron, 4 iniciaron nueva línea de tratamiento, 1 pasó a cuidados paliativos y otro a EC.

La incidencia de EA: 8(67%) hematológicas (neutropenia), 6(50%) gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea y mucositis), 1(8%) insomnio, y otro astenia importante acompañada de dolor musculoesquelético. No se registraron EA G4.

La neutropenia G3 (75%) fue el motivo del retraso en la administración en 9 pacientes (75%). La neutropenia mantenida(n=2) y sintomatología gastrointestinal G2(n=2) obligó a la reducción de dosis en 4 pacientes. La reducción fue: nivel 1 (30 mg/m²) en 3 pacientes y nivel 2 (25mg/m²) en el otro, permitiendo continuar tratamiento hasta progresión. Un paciente discontinuó por mala tolerancia, recibiendo un único ciclo.

Conclusiones

Trifluridina/tipiracil muestra un modesto beneficio en términos de SLP y SG, siendo superior a los resultados del EC RECURSE (SLP 2 meses y SG 7,2 meses). Debido al pequeño tamaño de la muestra, es difícil poder comparar los resultados.

El perfil de seguridad es el esperado para análogos de pirimidinas, con toxicidad hematológica y gastrointestinal como reacciones más frecuentes. La toxicidad fue manejable y tolerable, siendo únicamente necesaria la interrupción en un paciente.

Las opciones terapéuticas disponibles para los pacientes que progresan tras varias líneas son muy escasas, por lo que, la necesidad de tratamiento con trifluridina/tipiracil debe valorarse individualmente, sopesando principalmente las características del paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

848. ANÁLISIS DE USO DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

MENÁRGUEZ BLANC R, ARIAS MARTINEZ A, MARTÍNEZ TORRÓN A, CARRILES FERNANDEZ C, ZÁRATE TAMAMES B, RODRIGUEZ FERRERAS A, PIERAS LOPEZ Á, ZAPICO GARCÍA I
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. AVDA. DE ROMA, S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Daratumumab consiguió la aprobación condicional por la EMA como tratamiento en monoterapia para pacientes con mieloma múltiple en recaída y refractario, previamente tratados con un inhibidor del proteasoma (IP) y un agente inmunomodulador (IM) y que hayan presentado progresión durante el último tratamiento, en base a los resultados de los estudios pivotaes GEN501 (fase I/II) y MMY2002 (fase II). El objetivo del estudio es aportar evidencia sobre la efectividad y seguridad de daratumumab en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de daratumumab para el análisis de seguridad, y a todos aquellos que recibieron al menos un ciclo completo para el análisis de eficacia. Las variables recogidas fueron edad, sexo, años desde el diagnóstico al inicio del tratamiento, presencia de alteraciones citogenéticas de mal pronóstico, líneas previas, toxicidad o refractariedad a última línea de tratamiento, ciclos recibidos, tasa de respuesta global (TRG)(respuesta parcial o superior), tiempo medio hasta respuesta, duración media de respuesta, y toxicidad. La respuesta se clasificó utilizando los criterios del International Mieloma Working Group (IMWG).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 14 pacientes recibieron al menos una dosis de daratumumab. Cuatro (26,6%) no llegaron a completar el primer ciclo debido a rápida progresión (n=1), toxicidad inaceptable (n=1) o éxitus (n=2). De los 10 que completaron más de un ciclo, 8 recibieron daratumumab en monoterapia y 2 en combinación con lenalidomida y dexametasona (Drd). La media de edad fue de 61,3 años (38-80), siendo un 73,3% (11) hombres. La media de años desde el diagnóstico al

inicio del tratamiento fue de 5,6 (0,6-16,9). Cuatro pacientes (26,6%) presentaron alteraciones citogenéticas ligadas a pronóstico de alto riesgo. La mayoría de pacientes estaban altamente pretratados, con una media de 3,7 líneas de tratamiento previas (2-9). Todos los pacientes habían recibido previamente IP [bortezomib o carfilzomib (n=6)] o IM [talidomida, lenalidomida o pomalidomida (n=5)], nueve pacientes (64,3%) fueron doblemente refractarios a IP e IM. Trece pacientes habían recibido trasplante de precursores hematopoyéticos, 8 autólogo y 5 alogénico. Nueve pacientes iniciaron daratumumab por refractariedad a la última línea y 5 por toxicidad. La media de ciclos recibidos fue de 6,7 (1-15). De los 8 pacientes que recibieron daratumumab en monoterapia, 3 alcanzaron una respuesta parcial (RP), siendo la TRG del 37,5%. En 3 pacientes se alcanzó enfermedad estable. Además, los dos pacientes que recibieron Drd también alcanzaron RP. El tiempo medio hasta respuesta para ambos esquemas fue de 55 días (36-58), siendo la duración media de la respuesta de 264 días (156-381) al momento del análisis. Las reacciones adversas más frecuentes (35,7%) fueron hematológicas: pancitopenia (n=1), trombopenia (n=2) y neutropenia (n=1), todas de grado 3. Se observaron 2 reacciones derivadas de la infusión (14,3%), ambas cursando con disnea y una de ellas requiriendo la interrupción de la infusión. La TRG y características de la respuesta ha sido similar a la descrita en los ensayos pivotaes, si bien sólo se lograron alcanzar RPs. El perfil de toxicidad también es similar, destacando la elevada incidencia de reacciones adversas hematológicas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

852. TOXICIDAD Y EFECTIVIDAD DEL ESQUEMA FOLFOX-CETUXIMAB EN PRIMERA LÍNEA DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO RAS NATIVO.

AUTORES

GALLARDO BORGE S, SANGRADOR PELLUZ C, REDONDO CAPAFONS S, MANZANEQUE GORDÓN A, GARRETA FONTELLES G, PARDO PASTOR J, MARCH LÓPEZ P, NICOLÁS PICÓ J
HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA DE TERRASSA. PZA. DEL DR. ROBERT, 5. BARCELONA

OBJETIVOS

Analizar toxicidad y efectividad del esquema cetuximab-FOLFOX en primera línea de tratamiento de cáncer colorrectal metastásico (CCRM) en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 9 años de duración (enero 2009-diciembre 2017) realizado en un hospital de 450 camas.

Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de CCRM gen RAS nativo, tratados en primera línea con cetuximab-mFOLFOX6 (Cetuximab 500 mg/m², bolus 5-fluorouracilo (5FU) 400 mg/m², perfusión continua 48 horas de 5FU 2400 mg/m², ácido folínico 400 mg/m², oxaliplatino 85 mg/m²) cada 2 semanas.

Recogida de datos: programa de prescripción oncológica Oncofarm® v.3.0 e historia clínica electrónica.

Variables recogidas:

- Paciente: edad, sexo, estado funcional según escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).
- Tratamiento: número de ciclos recibidos, tipo y gravedad de las reacciones adversas (RA) según criterios CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) versión 4.0 del National Cancer Institute, reducción de dosis, discontinuación de fármacos por toxicidad e ingresos hospitalarios requeridos.

La efectividad se evaluó según criterios RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumor) expresándose como máxima tasa de respuesta objetiva evidenciada mediante tomografía axial computarizada [respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP), enfermedad estable (EE) y progresión de enfermedad (PE)], supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Análisis estadístico: programa SPSS® versión 24.0. Análisis descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencia absoluta y relativa para las categóricas. Las curvas de supervivencia se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evaluaron 41 pacientes, 61,0% hombres, mediana de edad 67 años [47-79]. ECOG 0 al inicio de tratamiento en el 34,1% de los pacientes y 1 en el 56,1%.

La mediana de ciclos de quimioterapia recibidos fue de 12 [2-40].

Las RA observadas con mayor frecuencia incluyendo todos los grados de gravedad fueron toxicidad cutánea (TC) (90,2%), neurotoxicidad (85,4%) y toxicidad gastrointestinal (61,0%). Los episodios de toxicidad grave grado 3-4 mayoritariamente notificados fueron la elevación del enzima gamma-glutamil-transpeptidasa (29,3%) y la TC (22,0%). Siete pacientes (17,1%) necesitaron ajuste de dosis, en 12 casos (29,3%) se tuvo que eliminar algún fármaco del esquema por toxicidad inaceptable y 9 pacientes (21,9%) requirieron ingreso hospitalario.

Respecto a la efectividad, 2 pacientes (4,9%) lograron alcanzar RC, 21 (51,2%) RP, 3 (7,3%) EE y 15 (36,6%) progresaron. La mediana de SLP fue de 14,8 meses (1,1-71,0) y la de SG de 28,6 meses (2,8-86,5).

Conclusiones

A pesar del reducido tamaño muestral, los resultados sugieren un perfil de toxicidad similar a los estudios publicados, basado principalmente en toxicidad de carácter leve-moderado, que ha permitido la continuidad del tratamiento en la mayoría de pacientes.

Respecto a la efectividad, se confirman los datos publicados en diferentes estudios, aunque los porcentajes obtenidos de EE y PE presentan un valor inferior y superior, respectivamente, respecto a la media. La SLP es ligeramente superior y la SG se encuentra dentro del rango publicado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**856. DOSE BANDING DE GEMCITABINA EN EL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO ONCOLÓGICO****AUTORES**

CORTELL FUSTER C, MOYA GIL A, MARCOS FENDIÁN Á, CLIMENTE MARTÍ M
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. GASPAR AGUILAR, 90. VALENCIA

OBJETIVOS

Primario: evaluar la eficiencia del dose banding (DB) de gemcitabina en la optimización del proceso farmacoterapéutico oncológico. Secundarios: evaluar la efectividad y la seguridad del DB comparado con dosis individualizada de gemcitabina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo en un hospital general universitario terciario donde la preparación de la quimioterapia es integral en la Unidad de Oncología Farmacéutica.

Tiempo de estudio: 6 meses de duración y 8 semanas de seguimiento desde el inicio en cada grupo. Grupo control: dosis administrada de gemcitabina según dosis prescrita por superficie corporal (SC) (agosto2017-octubre2017).

Grupo intervención: dosis administrada de gemcitabina según DB (noviembre2017-enero2018). Se elaboraron 4 lotes de gemcitabina para el DB: 1300 mg, 1500 mg, 1700 mg y 1900 mg en 100 ml de suero fisiológico y se les asignó una estabilidad en dilución de 9 días (estabilidad microbiológica según Farmacopea Americana-USP Chapter 797).

Criterios de inclusión: se incluyeron pacientes mayores de 18 años que iniciaron tratamiento con gemcitabina para cualquier indicación oncológica y línea de tratamiento. Se excluyeron aquellos pacientes que a las 8 semanas del seguimiento no disponían de valoración de la enfermedad.

Variables de eficiencia: reducción de tiempos en acondicionamiento/preparación y estimación de costes evitados en 2017 según retribuciones del personal implicado.

Variables respuesta de efectividad: respuesta global (RG) y supervivencia libre de progresión (SLP) a las 8 semanas, siendo respondedores los pacientes con respuesta parcial o completa confirmada según TAC e información registrada por el oncólogo en historia clínica electrónica (Orion Clinic). Variables de seguridad: efectos adversos (EA) asociados al tratamiento con gemcitabina (astenia, náuseas, vómitos, diarrea, sangrado, erupción, picor, anemia (Hb < 8 g/dl), neutropenia (neutrófilos absolutos < 1,50/mm³), trombopenia (plaquetas < 80.000/mm³), aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina ≥10 puntos por encima del límite superior de normalidad).

El análisis estadístico se efectuó con el aplicativo STATA (v13.1), realizando la prueba de Shapiro-Wilk para estudiar la normalidad. Los resultados se obtuvieron con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, tablas de contingencia Ji-cuadrado y t de student de comparación de medias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 22 pacientes (13 en grupo control y 9 en grupo intervención), 130 pacientes-día. En 2016 se trató a 88 pacientes con gemcitabina (585 preparaciones, 65% susceptibles de DB). El DB permitió un descenso de 18,5 min (p=0,00) en la media de tiempo de acondicionamiento / preparación. Se estimó un ahorro anual de 1.506 €. No hubo diferencias significativas en SG y SLP entre grupos control e intervención (p=0,17 y 0,96, respectivamente). Los efectos adversos más comunes fueron astenia, náuseas y trombopenia sin diferencias entre grupos, salvo en el caso de las náuseas (p=0,03), siendo más frecuentes en el grupo control.

Conclusiones

El DB de gemcitabina es una oportunidad de mejora coste-efectiva en el proceso de preparación de quimioterapia sin comprometer la efectividad y seguridad del tratamiento antineoplásico.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**870. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PALBOCICLIB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA****AUTORES**

BLÁZQUEZ URTIZBEREA U, MARTINEZ AGUIRRE I, IBARROLA IZQUIERDO I, LLONA ARMADA A, PALACIOS FILARDO M, LOIZAGA DIAZ I, FERNANDEZ DIAZ E, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. AVENIDA MONTEVIDEO 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

El Palbociclib es un inhibidor de quinasa dependiente de ciclinas CDK4 y CDK6, indicado en el tratamiento del cáncer de mama metastásico o localmente avanzado positivo para receptores hormonales (HR) y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o con fulvestrant en aquellas mujeres que hayan sido previamente tratadas con terapia hormonal. Los ensayos pivotaes (PALOMA-2 y PALOMA-3) describen que el principal efecto adversos es la mielosupresión (neutropenia G3, principalmente).

Objetivo: Evaluación de la seguridad del tratamiento con Palbociclib en paciente con cáncer de mama metastásico o localmente avanzado y motivos de discontinuidad o reducción de dosis del mismo en nuestro hospital

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes con cáncer de mama que iniciaron tratamiento con Palbociclib en 1ª línea o posteriores entre febrero de 2016 y marzo de 2018, incluyendo los pacientes en el programa de uso expandido del fármaco.
- Variables: sexo, edad, ECOG-PS al inicio del tratamiento, efectos adversos, duración y continuidad del tratamiento.
- Fuente: Farmis-Oncofar®, eOsabideGlobal®

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

21 pacientes fueron incluidas, edad media 65 años, todas mujeres y ECOG 0-1.

- De las 21 pacientes analizadas, 18 (86 %) sufrieron algún efecto adverso durante el tratamiento, mientras.
- Los efectos adversos más comunes fueron: 71 % astenia (n=15), 52 % neutropenia afebril (n=11), 29 % artralgia (n=6), 14 % mucositis (n=3), 14 % epigastralgia (n=3), 14 % diarrea (n=3). De todos los efectos adversos el 86 % fueron de grado 1-2 y el 14 % de grado 3-4. El 75 % de los efectos grado 3 y el 100 % de los grado 4 fueron neutropenias afebriles.
- En un 14 % (n=3) se redujo la dosis a 100 mg. En 2 pacientes debido a una neutropenia afebril de grado 4 y en ambos casos a partir del 2º ciclo. El tercer caso se produjo a partir del 3º ciclo debido a una infección severa.
- Con una mediana de seguimiento de 5 meses, 16 pacientes (76 %) continuaron en el tratamiento; 5 pacientes (24 %) lo discontinuaron por progresión de la enfermedad y 7 pacientes (33 %) tuvieron retrasos en el ciclo debido a efectos adversos. Ninguna paciente discontinuó el tratamiento por toxicidad.

Conclusiones

Tal y como se recoge en la literatura el palbociclib es un fármaco bien tolerado, siendo la neutropenia afebril su principal efecto adverso, responsable de la mayor parte de reducciones y retrasos en el tratamiento. El 33 % tuvieron retrasos en el ciclo y un 14 % tuvo una reducción de dosis. No hubo ninguna interrupción de tratamiento relacionada con los efectos adversos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

875. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN Y ADECUACIÓN DE RAMUCIRUMAB-PACLITAXEL EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

TRISTANCHO PÉREZ A, CASTELLANO PINEDA A, ARTACHO CRIADO S, CANTILLANA SUAREZ MDG, DIAZ ACEDO R, GUZMAN RAMOS MI, SERRANO GIMENEZ R, GALVAN BANQUERI M
H.U.NUESTRA SEÑORA DE VALME. CARRETERA DE SEVILLA-CADIZ S/N. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de ramucirumab+paclitaxel (RP) en segunda línea de cáncer gástrico (CG) o de la unión gastroesofágica (UGE), así como la adecuación de la prescripción a los criterios establecidos en el protocolo del hospital (de abril de 2017).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CG o de la UGE que iniciaron tratamiento con RP antes del 28 de febrero de 2018 en un hospital de especialidades.

VARIABLES recogidas de la historia clínica: edad, sexo, ECOG, localización del tumor, histología, estadio, líneas previas, duración del tratamiento con RP y causa de fin de tratamiento.

Para la evaluación de la eficacia se calculó la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La seguridad se analizó en función de la presencia de reacciones adversas (RA) y grado de toxicidad.

Los datos se compararon con los resultados obtenidos en el ensayo pivotal RAINBOW donde se obtuvo una mediana de SLP de 4,4 (rango 4,2-5,3) meses y de SG de 9,6 (8,5-10,8) meses.

Según el protocolo del hospital son candidatos a tratamiento con RP aquellos pacientes que cumplan: Diagnóstico de adenocarcinoma gástrico o de la UGE, metastásico o localmente recurrente, no resecable, con metástasis ganglionares medibles; no haber recibido taxanos en primera línea; ECOG 0-1; tiempo de progresión \geq 6 meses desde la primera dosis de la 1ª línea. Son criterios de exclusión: Histología escamosa o indiferenciada, perforación/fistula, evento arterial embólico en los últimos 6 meses, sangrado gastrointestinal o TEP en los 3 meses antes del tratamiento e HTA mal controlada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 12 pacientes, el 75% hombres con una edad media de 63 años (+/-7). Al inicio del tratamiento, el 100% de los pacientes tenían un ECOG 0-1. El 83% (n=10) presentaban adenocarcinoma gástrico metastásico no resecable y el 17% (2) adenocarcinoma de la UGE metastásico no resecable.

La mediana de ciclos recibidos fue de 3 (2-3). La mediana de SLP fue de 2,9 meses (2,1-3,8). Finalizado el periodo de estudio (13/04/18) 1 paciente continuaba en tratamiento. La mediana de SG fue de 7,9 meses (4,6-14), aunque 7 pacientes continuaban vivos.

De los 11 pacientes que finalizaron tratamiento, 7 fueron por progresión (73%) y 3 (27%) por toxicidad.

Todos los pacientes presentaron toxicidad siendo estas de grado 1-2 en el 67% de los casos y de grado 3 en el 33%. Las RA más frecuentemente descritas fueron: Astenia (n=9), neutropenia (n= 7), neurotoxicidad (n=4), proteinuria (n=3), HTA (n=3), trastornos gastrointestinales (n=3), mucositis (n=2) y trombosis arterial (n=2).

De los pacientes que iniciaron tratamiento tras la aprobación del protocolo en abril de 2017 (n=6), el 100% cumplía criterios de adecuación.

Conclusiones

La SLP y la SG obtenidas en nuestro estudio fueron inferiores a las del ensayo pivotal. No obstante, dado el tamaño muestral y que uno de los pacientes continúa en tratamiento y varios vivos, estos datos son limitados. Para confirmarlos habría que ampliar el estudio. La seguridad fue similar a la observada en el ensayo pivotal y la adecuación al protocolo fue completa.



CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

891. EVALUAR LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE ERIBULINA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

AUTORES

ROMERO PUERTO J, SORIA MARTIN A, MARQUEZ FERNANDEZ E
HOSPITAL PUNTA DE EUROPA. C/FUENTES DE ANDALUCIA Nº38. SEVILLA

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y la seguridad de eribulina en el tratamiento del cáncer de mama metastásico

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que iniciaron tratamiento con eribulina desde enero 2015 y hasta abril de 2018 inclusive. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción oncológica Farmis-Oncofar® y mediante la revisión de historias clínicas en Diraya®. Las variables recogidas fueron: edad (años), fecha de diagnóstico, línea de tratamiento, nº de ciclos, duración media de tratamiento (meses), recuento de niveles de Hb, neutrófilos, leucocitos, plaquetas, GGT, ALT/GPT y AST/GOT, así como el registro de todos los acontecimientos adversos durante el tratamiento. La dosis utilizada de eribulina fue de 1,23 mg/m² administrado vía intravenosa en los días 1 y 8 de cada ciclo de 21 días. Como criterios de eficacia se consideraron la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP), obtenida mediante el método de Kaplan-Meier y definidas como el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la fecha de éxitus o progresión

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se incluyeron 10 pacientes, de las cuales se excluyó una paciente por recibir una única dosis. Todas eran mujeres con una mediana de edad de 53 años. Las pacientes recibieron una mediana de 2 líneas de tratamiento previas. Durante el período de tratamiento, 5 pacientes progresaron. La mediana de la supervivencia global (SG) fue de 6 meses. El resultado del análisis de supervivencia libre de progresión (SLP) fue de media 2 meses. Durante el período de tratamiento se registraron síntomas de astenia en 5 pacientes, provocando la interrupción temporal del tratamiento en dos. La astenia se acompañó en uno de los casos de neutropenia, que obligó a la administración de filgrastim 30 Mu durante 4 días consecutivos, tras los cuales se reanudó la terapia antitumoral con reducción de dosis.

-La mediana de SG obtenida en nuestro estudio es menor que la publicada en el estudio pivotal EMBRACE (6 meses vs 13,4 meses), con un aceptable perfil de seguridad. De igual manera el resultado obtenido para la SLP menor al obtenido en el mismo estudio referido con anterioridad (2 meses vs 3,7 meses), lo cual se puede explicar debido al bajo tamaño muestral de nuestro estudio.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

894. REAL LIFE EXPERIENCE WITH NIVOLUMAB FOR THE TREATMENT OF VARIOUS MALIGNANT TUMORS

AUTORES

GARCÍA LÓPEZ A, ESTEBAN CARTELLE H, LÓPEZ MONTERO E, DURÁN PIÑEIRO G, MOSQUERA TORRE A, TOURÍS LORES M, BERNÁRDEZ FERRÁN B, LAMAS DÍAZ MJ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOST. CHOUPIANA, S/N. A CORUÑA

OBJETIVOS

Nivolumab, a human IgG4 PD-1 immune-checkpoint inhibitor antibody, promotes antitumor immunity and it is approved for the treatment of advanced melanoma, advanced non-small cell lung cancer (NSCLC), advanced renal cell carcinoma (RCC), classical Hodgkin lymphoma (CHL), advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN), urothelial carcinoma, metastatic colorectal cancer, and hepatocellular carcinoma (HCC). Our purpose is to evaluate the efficacy and safety of patients treated with nivolumab at an university hospital in Spain.

MATERIALES Y MÉTODOS

We conducted a retrospective analysis to assess the efficacy and safety of patients treated with nivolumab between 3 May 2015 and 27 Dec 2017 at our centre. Data were pooled from the electronic prescription program Oncopharm® and the electronic clinical history lanus®. Progression-free survival (PFS) was defined as the time from the start of nivolumab to the first documented disease progression or death (whichever occurred first), and the objective response rate (ORR) as the proportion of patients with the best overall response (BOR) of partial (PR) or complete response (CR). Safety data are presented for all patients who received at least one dose of nivolumab. Adverse events were graded according to the National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCTCAE), version 5.0. We summarised ORR with binomial responses and their corresponding two-side exact 95% CI by the Clopper Pearson method. PFS curves were estimated using the Kaplan-Meier method and the log-rank test was used to compare the curves.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A total of 69 patients with advanced or recurrent malignancies, including melanoma (n=6), NSCLC (n=31), RCC (n=12), SCCHN (n=15), CHL (n=3), HCC (n=2) received treatment with nivolumab between 3 May 2015 and 27 December 2017. The median age was 62.72 years (range 20-83), 73.9% were men. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status (PS) at the time of first administration was 0 (n=10), 1 (n=54), 2 (n=5). ORR was 36.5% (n=52, 17 patients were unable to determine). Median time between first and last dose administration was 3.7 months (range 0.46-3.2). PFS was 11.9 months (CI 95% 0.0-25.0) for melanoma, 8.4 months (CI 95% 4.7-12.0) for NSCLC, 9.8 months (CI 95% 4.3-15.3) for RCC and 3.7 months (CI 95% 0.0- 8.0) for SCCHN. Respectively, 3 (60%), 11 (42.3%), 0(0%) and 3 (37.5%) patients experienced ORR in response to nivolumab. Immune related adverse events (AE) observed were: rash (n=11, Grade (G) 3=1), diarrhea (n=11, G3=1), hepatotoxicity (n=12, G3=3, G4=2), renal toxicity (n=7, G3=2) and hypothyroidism

(n=9, G3=1). During treatment, 20 patient (29%) delayed treatment and 11 patients (15.9%) discontinued permanently due to an AE. Deaths were reported in 8 patients (11.6%).

On the basis of this observation, nivolumab in a real-life setting is an effective and safe alternative for the treatment of various cancer. Based on indirect comparisons with the results obtained from the pivotal trials, PFS was higher in our population. Drug related-AEs were similar to those observed in the clinical trials and managed with treatment interruption and the administration of glucocorticoids.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

899. ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES

AUTORES

NUÑEZ BRACAMONTE S, SÁNCHEZ CATALICIO MDM, MUÑOZ GARCÍA I, VINEY . AC, CONESA NICOLÁS E, LLORET LLORCA A, JUEZ SANTAMARÍA C, GARCÍA SIMÓN MS
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. C/ MEZQUITA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Conocer la tasa de adherencia (TA) y analizar el incumplimiento en los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales (AO) atendidos en una consulta de Atención Farmacéutica (CAF) de un Hospital General.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó los pacientes en tratamiento con AO a los que se les midió la adherencia desde octubre de 2017 hasta la actualidad. Para ello, se revisaron las historias clínicas y se elaboró una base de datos en la que se recogieron los siguientes ítems: edad y sexo, diagnóstico, principio activo, pauta posológica, adherencia (Si/No), motivo de la no adherencia y herramientas propuestas para fomentar la toma correcta de la medicación.

La adherencia se evaluó mediante el registro de dispensaciones en el programa informático SAVAC® y el cuestionario Morisky-Green, que formula 4 preguntas con respuesta dicotómica (Sí/No) y considera un paciente adherente (PA) cuando la respuesta a las 4 preguntas es adecuada (No/Sí/No/No); una respuesta inadecuada o más es motivo de no adherencia (PNA). La TA se definió como el número de pacientes adherentes dividido por el número total de pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se midió la adherencia de 108 pacientes (65,74% hombres), con una mediana de edad de 62 años (32-86), siendo la TA de 86,11% (93 PA).

Se detectaron 15 (13,84%) PNA, 8 hombres (11,27% del total del hombres) y 7 mujeres (18,92% del total de mujeres), con una mediana de edad de 61 años (49-84), diagnosticados de: 3(20%) cáncer colorrectal, 3(20%) gástrico, 2(13,33%) LCM, 2(13,33%) mielofibrosis, 1(6,67%) LLC, 1(6,67%) LMA, 1(6,67%) cáncer de ovario, 1(6,67%) pulmón y 1 (6,67%) síndrome de Gorlin. Dichos pacientes recibieron como AO: 3(20%) capecitabina, 2(13,33%) regorafenib, 2(13,33%) ruxolitinib, 2(13,33%) dasatinib, 1(6,67%) erlotinib, 1(6,67%) imatinib, 1(6,67%) olaparib, 1(6,67%) bosutinib, 1(6,67%) ibrutinib y 1(6,67%) vismodegib. 6 pacientes tomaban la medicación cada 12h (17,65% del total con dicha pauta) y 9 pacientes cada 24h (12,16% del total con dicha pauta).

Las causas de no adherencia identificadas fueron: olvido (n=9), toxicidad (n=3), complejidad de la pauta (n=1), error de comprensión (n=1) e incompatibilidad con estilo de vida (n=1). En función de las características del paciente, se propusieron las siguientes medidas para fomentar la adherencia: alarma móvil (n=8), pastillero (n=7), apps móviles (n=6), recomendaciones para el manejo de los efectos adversos (n=3) y cambio de horario de toma de la medicación (n=1). La tasa de adherencia tras detectar a PNA e implantar medidas correctoras fue del 100%.

Conclusiones

La adherencia a AO fue adecuada en la mayoría de los pacientes, siendo las principales causas de no adherencia el olvido y los efectos secundarios. Proporcionalmente se observó mayor falta de adherencia en mujeres, así como en pautas posológicas con frecuencia de administración cada 12h. El mayor número de PNA se obtuvo en cánceres digestivos (colorrectal y GIST) y en los tratados con capecitabina y regorafenib. No se observaron diferencias en función de la edad. La CAF es una oportunidad para identificar a PNA, ayudar a fomentar la adherencia mediante la recomendación del uso de herramientas adaptadas a cada caso y, así conseguir una mejora de la adherencia a AO.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

931. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE IMATINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

CORRAL ALAEJOS Á, CASTAÑO RODRÍGUEZ B, JIMÉNEZ CABRERA S, ZARZUELO CASTAÑEDA A, MORENO GÓMEZ AM, SÁEZ FERNÁNDEZ EM, GARCÍA GARCÍA MP, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. PASEO SAN VICENTE 58-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Revisión de interacciones farmacológicas de pacientes diagnosticados de Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en tratamiento con imatinib previo a la implantación de un programa de monitorización farmacocinética de imatinib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel entre noviembre de 2015 y abril de 2018 en el que se revisaron las interacciones de pacientes con LMC tratados con imatinib. En la primera consulta de atención farmacéutica se recogieron los datos clínico-demográficos y la historia farmacoterapéutica de cada paciente. En las siguientes 48 horas se revisaron los listados de medicación concomitante para descartar las posibles interacciones farmacológicas con

imatinib, establecer su gravedad e implementar un plan de actuación. Para ello se utilizó la aplicación “interacciones farmacológicas de los inhibidores de tirosinasa” desarrollada por la junta de Andalucía en colaboración con la SEFH. Esta información se contrastó con la proporcionada por los programas Lexicomp® y Micromedex®.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 35 pacientes con una mediana de edad de 61 [22-79] años, 19 hombres y 16 mujeres. De los 35 pacientes, 15 no tomaban ninguna medicación concomitante, 12 tomaban entre 1 y 3 fármacos, mientras que los 8 restantes tomaban 4 o más fármacos [4-13]. Se detectaron 32 interacciones. Todos los pacientes con medicación concomitante presentaron al menos una interacción, y además, 9 de ellos presentaron dos o más coincidiendo estos últimos con los pacientes polimedcados (≥ 4 medicamentos). En cuanto a su gravedad se clasificaron como: graves (n=2), moderadas (n=27) y leves (n=3).

Respecto al mecanismo de acción documentado, únicamente 2 fueron de carácter farmacodinámico, siendo ranolazina (riesgo de incremento del intervalo QT) y acenocumarol (riesgo de sangrado) los fármacos implicados. Ambas se clasificaron como graves, por lo que se avisó al prescriptor correspondiente que decidió monitorizar dichos tratamientos (electrocardiograma e INR). Las 30 restantes fueron de carácter farmacocinético. De estas últimas, 10 podrían incrementar las concentraciones séricas de imatinib (IBP (n=9) y levotiroxina (n=1=)) debido a la inhibición de la P-glicoproteína y CYP3A4, respectivamente. Para optimizar el tratamiento, se propuso al prescriptor la inclusión de los pacientes en el programa de monitorización farmacocinética de imatinib iniciado recientemente en el centro. Sin embargo, el resto de las interacciones farmacocinéticas podrían modificar las concentraciones de los otros fármacos implicados: b-bloqueantes (n=3), atorvastatina (n=3), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (n=3) y apixaban (n=3), levotiroxina (n=1), venlafaxina (n=1), ibuprofeno (n=1), budesonida (n=1), torasemida (n=1) y escitalopram (n=3). En este caso, se propusieron diferentes alternativas terapéuticas y/o monitorizar la eficacia y seguridad de dichos tratamientos.

Todas las interacciones farmacocinéticas fueron moderadas, a excepción de la producida con escitalopram, descrita como leve en la bibliografía.

Conclusiones

La polimedicación en pacientes con LMC hace necesario una correcta evaluación de las posibles interacciones farmacológicas con objeto de optimizar los tratamientos. En este contexto, y dado el elevado número de interacciones farmacocinéticas encontradas en esta revisión, la monitorización de niveles plasmáticos de imatinib podría resultar una herramienta muy útil para el manejo de las mismas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

944. PREVALENCIA DE REACCIONES INFUSIONALES CON OXALIPLATINO

AUTORES

GONZÁLEZ PÉREZ Y, NUÑEZ RODRIGUEZ J, ALFARO OLEA MA, NEBOT VILLACAMPA MJ, LARIA CAMPAÑA C, CASO GONZALEZ A, MARIN GORRICHIO R, CASAJUS NAVASAL A
HOSPITAL SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Evaluar el número y el grado de severidad de las reacciones infusionales (RI) con Oxaliplatino

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de prevalencia retrospectivo desde enero de 2017 hasta marzo de 2018 en un hospital general de 630 camas. Las variables específicas del estudio recabadas fueron la presencia o no de RI obtenida, a partir del programa informático de prescripción electrónica, el programa de gestión de mezclas oncológicas y las peticiones de pruebas alérgicas del Servicio de Alergología, y la otra variable fue el grado de severidad de la reacción obtenida con el programa de historia clínica electrónica y categorizada en 5 niveles: 1(leve): enrojecimiento y fiebre < 38°C, 2 (leve-moderado): rash, enrojecimiento, urticaria y disnea; 3 (moderado-grave): broncoespasmo, urticaria, edema e hipotensión; 4 (grave): anafilaxia y 5: fallecimiento.

También se recogió el dato del sexo, edad, diagnóstico, tipo de esquema oncológico, nº de ciclo donde se produce la RI y cambios sobre el tratamiento tras este episodio (aumento del tiempo de infusión, suspensión o pauta de desensibilización) utilizando para ello, el programa informático de historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El periodo de estudio comprende 183 pacientes con Oxaliplatino en esquemas oncológicos, de los cuales 25 sufrieron una RI (13,7%) y de estos, 19 (76%) fueron derivados al Servicio de Alergología para estudio de sensibilización alérgica confirmándose en 7 casos (36,8%). La edad media de los 25 fue de $62,92 \pm 7,88$ años siendo un 64% hombres (16). El 76% de estos casos tenían cáncer colorrectal (24% restante varía entre cáncer de páncreas, gástrico o vesícula biliar). Los esquemas oncológicos prescritos fueron Folfox (13) 52% (4 asociados a Panitumumab y 2 con Bevacizumab), Xelox 24%(6), Folfirinox 12%(3) y 3 restantes (12%) tenían Folfirixi, Folfiri-Bevacizumab o Tomox.

El grado de severidad de estos 25 casos se distribuye de la siguiente manera: hay 10 pacientes en el nivel 1 (40%), 9 en el nivel 2 (36%), 4 con reacciones nivel 3 (16%), y 2 (8%) en el nivel 4. Además, estratificando en que ciclo acontece este fenómeno se obtienen: 5 pacientes en el primer ciclo (20%), 6 en el segundo (24%); 2 en el tercero (8%); 4 en el sexto (16%), 3 en el séptimo (12%), 3 en el octavo (12%) y 2 casos en el décimo ciclo (8%).

Las modificaciones en el tratamiento por la RI ocasionaron un aumento del tiempo de infusión en el 44% de los casos (11), suspensiones en un 32% (8) y un 24% de pautas de desensibilización (6).

El número de RI con Oxaliplatino coincide con el de la literatura (12-15%). Se necesita saber con estudios posteriores la causa de por qué, se manifiestan estas reacciones no relacionadas con la dosis. En relación a la severidad, hay una tendencia a producir mayoritariamente cuadros leves-moderados con algunos casos graves, no obstante, es imprescindible realizar una monitorización adecuada en estos pacientes, y buscar alternativas de prevención de estas RI, pues merman la calidad de vida, así como pueden condicionar hacia una progresión tumoral ante la discontinuación del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

947. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE NIVOLUMAB EN CÁNCER RENAL

AUTORES

RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, TOMÁS LUIZ A, RAMÍREZ ROIG C, FERNÁNDEZ ÁVILA JJ, DÍAZ CARRASCO MS
HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Describir la utilización de nivolumab en el tratamiento de pacientes con cáncer renal, así como evaluar su efectividad y seguridad. Comparar los resultados obtenidos con los del estudio pivotal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluye a todos los pacientes adultos con cáncer renal tratados con nivolumab, en un hospital de tercer nivel, hasta abril de 2018. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, estadio, histología, líneas previas de tratamiento, duración del tratamiento, motivo de cese del tratamiento, estado funcional Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y reacciones adversas. Como indicador de la efectividad se utilizó la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de los programas informáticos de historia clínica y de gestión de tratamientos antineoplásicos. Para el análisis de la SLP y SG se empleó el método de Kaplan-Meier.

Los eventos adversos se registraron según los Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos (CTCAE) del Instituto Nacional de Cáncer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron un total de 18 pacientes (77,78% hombres), con una mediana de edad de 59,5 años (41-77). El 66,67% de los pacientes fue diagnosticado de cáncer renal de células claras. El nivolumab se prescribió como segunda línea de tratamiento en 15 pacientes (83,33%); como tercera línea, en dos pacientes (11,11%), y en primera línea, en un paciente, debido a la contraindicación de inhibidores de tirosin-quinasa por miocardiopatía. Las líneas previas de tratamiento incluyeron: sunitinib en primera línea (16), pazopanib en primera (1) y segunda línea (1), y axitinib en segunda línea (1). En el momento del corte del estudio, un 38,89% de los pacientes continuaba en tratamiento con nivolumab, un 33,33% había progresado al tratamiento, un 16,67% abandonó el tratamiento por toxicidad de grado 2-3 y un 33,33% había fallecido. La mediana de ciclos recibidos fue de 8 (1-48).

En el momento del inicio de tratamiento, un 55,56% de los pacientes presentaban un estado funcional ECOG de 1.

La mediana de SLP en la muestra analizada fue de 6,9 meses (IC95% 0,855-12,945). En el caso de la SG, no se alcanzó la mediana en el momento de corte del estudio. En el estudio pivotal, incluyendo pacientes en 2ª (77,30%) o 3ª línea (22%), se obtuvo una mediana de 4,6 meses (3,71-5,39) y una SG de 25 meses (21,7-No estimable).

Tres pacientes sufrieron eventos adversos de grado 1, que incluían: diarrea, eritema, mareo, dolor articular, dispepsia, disnea y tos; ocho pacientes, eventos de grado 2: diarrea, toxicidad hepática, astenia, xerostomía, reacción infusional, fatiga e hipotiroidismo, y un paciente, reacciones de grado 3 (náuseas y vómitos).

Conclusiones

El nivolumab se ha utilizado principalmente en histología de células claras y en segunda línea de tratamiento, observándose una efectividad superior al estudio pivotal, en términos de SLP. En cuanto al perfil de seguridad, éste es similar al descrito previamente, predominando las reacciones adversas de grado 1 y 2.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

986. USO DE RASBURICASA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

AUTORES

TORROBA SANZ B, IRIGOYEN RODRÍGUEZ I, GUTIERREZ LIZARAZU A, FERNANDEZ GARCIA B, GIRÁLDEZ QUIROGA M, GARCÍA DEL-BARRIO M
CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AVDA. PÍO XII, 36. NAVARRA

OBJETIVOS

Análisis de las características clínicas de los pacientes con síndrome de lisis tumoral (SLT) tratados con rasburicasa. Efectividad del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratados con rasburicasa por SLT entre 01/01/2007 y 31/12/2017. Se empleó la definición de Cairo-Bishop tanto para el diagnóstico del SLT (clínico y de laboratorio) como para la estratificación del riesgo. La efectividad se evaluó mediante la normalización de los niveles de ácido úrico y creatinina sérica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se encontraron nueve pacientes, 56% hombres, con una edad media (rango) de 62 años (16-86). Cinco tenían tumores sólidos y cuatro enfermedades hematológicas. Todos presentaban un estadio avanzado; uno presentaba insuficiencia

renal crónica (IRC) y ninguno tenía antecedentes de hiperuricemia.

Según los criterios de Cairo-Bishop siete pacientes presentaban bajo riesgo a desarrollar SLT, uno riesgo intermedio y otro alto riesgo. Cinco pacientes presentaban valores altos de lactato deshidrogenasa (LDH) y uno recuento leucocitario > 50x10⁹/L.

Un paciente con leucemia linfocítica crónica desarrolló SLT espontáneo; presentaba LDH de 9807 UI/L y leucocitos > 50x10⁹/L. Cuatro pacientes (44%) desarrollaron SLT tras el segundo ciclo de quimioterapia (QMT). La mediana (rango) de tiempo hasta el desarrollo del SLT fue de 1 (0-6) días desde el inicio de la QMT. Ocho pacientes desarrollaron SLT de laboratorio: todos presentaron ácido úrico > 7mg/dL, cinco hiperpotasemia, dos hiperfosfatemia y cuatro hipocalcemia. Siete cumplían criterios de SLT clínico: uno presentó convulsiones, cinco insuficiencia renal moderada-leve (AKIN 1-2) y 2 requirieron técnica de depuración extra-renal (AKIN 3). Cuatro fallecieron durante el ingreso.

Todos fueron tratados con hidratación intensiva; siete con alcalinización urinaria y dos recibieron alopurinol concomitante. La dosis de rasburicasa fue fija de 6 mg en cuatro pacientes y de 0,2 mg/kg en los otros cinco. La mediana (rango) de duración del tratamiento fue de 2 (1-6) días, recibiendo una única dosis cuatro pacientes.

Tras el tratamiento con rasburicasa se observó un descenso del 83% de los niveles de ácido úrico. La creatinina recuperó su valor basal en cuatro pacientes y no se pudo evaluar en los cuatro fallecidos. El paciente con IRC no experimentó variaciones significativas en la creatinina.

El tratamiento con rasburicasa fue bien tolerado, sin efectos adversos. En ningún paciente se realizó el test de déficit enzimático de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

Conclusiones

El SLT se ha presentado con más frecuencia en tumores sólidos que en patología hematológica, lo que alerta sobre la necesidad de una adecuada valoración del riesgo de estos pacientes, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad.

El riesgo de SLT no se restringe al primer ciclo de tratamiento, con elevada incidencia de SLT tras segundo ciclo.

La rasburicasa ha demostrado reducir significativamente los niveles de ácido úrico, pero no siempre este efecto se ha acompañado de la correspondiente mejoría clínica. La aparición del cuadro se asocia a alta incidencia de mortalidad lo que impide valorar la efectividad en términos de normalización de la creatinina.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

991. INTERACCIONES POTENCIALES DURANTE LA FASE DE ACONDICIONAMIENTO DE TRASPLANTE AUTÓLOGO EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

RUIZ GÓMEZ A, SÁEZ GARRIDO M, TOMÁS LUIZ A, ALMANCHEL RIVADENEYRA M, FERNÁNDEZ ÁVILA JJ, DÍAZ CARRASCO MS

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. CTRA. MADRID - CARTAGENA, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y analizar el perfil de interacciones farmacológicas (IF) potenciales en los tratamientos de acondicionamiento de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TPH), en pacientes con mieloma múltiple (MM), mediante dos bases de datos (BD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, incluyendo los pacientes con diagnóstico de MM ingresados para TPH en un hospital de tercer nivel, durante un año. Se analizaron los fármacos prescritos desde el día -2, hasta el día de la infusión de progenitores.

El esquema de acondicionamiento incluye melfalán 100mg/m² los días -2 y -1, 140mg/m² el día -2 o 70mg/m² el día -2, dependiendo de la edad y comorbilidades del paciente.

Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de los programas informáticos de prescripción electrónica e historia clínica.

Para el estudio de las IF se utilizaron las BD internacionales Lexicomp®, recogiendo las IF clasificadas con nivel de riesgo C, D y X, y Micromedex®, recopilando las IF clasificadas como contraindicadas, graves y moderadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron un total de 25 tratamientos, con 488 fármacos totales prescritos (media de 20±2,73 por paciente). El 54% de los pacientes fueron hombres y la edad media fue de 60,6±7,51 años.

La prevalencia global de IF fue del 100% para ambas BD. Con Lexicomp® se obtuvo un 12,4% de prevalencia de IF de riesgo D y un 1,3% de riesgo X. La prevalencia obtenida en Micromedex® para las IF graves fue del 26,1% y del 11,4% para las contraindicadas.

Con Lexicomp® se obtuvo un total de 533 interacciones (460, 66 y 7 de riesgo C, D y X, respectivamente), agrupadas en 205 parejas de fármacos. En Micromedex® el total de IF fue de 245 (153, 64 y 28 moderadas, graves y contraindicadas, respectivamente), en 101 parejas. La media de IF por paciente fue 21±9,31 para Lexicomp® y 10±5,54 para Micromedex®. Los fármacos más prescritos fueron: melfalán, omeprazol, ondansetron, ácido ursodesoxicólico, enoxaparina, cloruro potásico y aciclovir en todos los pacientes; dexclorfeniramina (24), furosemida (24), paracetamol (23), dexametasona (23), cotrimoxazol (23), alopurinol (23), lorazepam (22), metoclopramida (20) y fluconazol (15).

IF de riesgo X detectadas en Lexicomp®: clorpromazina/metoclopramida (4), doxazosina/tamsulosina (1), haloperidol/metoclopramida (1) y levomepromazina/metoclopramida (1). Las cinco IF más frecuentes de riesgo D fueron: fentanilo/dexclorfeniramina (6), fentanilo/lorazepam (5), clorpromazina/ondansetron (5), amitriptilina/metoclopramida (4), fentanilo/fluconazol (4).



Con Micromedex®, las IF contraindicadas fueron: ondansetron/fluconazol (15), amitriptilina/metoclopramida (4), clorpromazina/metoclopramida (4), duloxetina/metoclopramida (1), haloperidol/metoclopramida (1), sertralina/metoclopramida (1), escitalopram/metoclopramida (1) y escitalopram/fluconazol (1). Las cinco IF graves más frecuentes fueron: lorazepam/metoclopramida (18), fluconazol/cotrimoxazol (13), fentanilo/lorazepam (6), fentanilo/ondansetron (6), dexametasona/fentanilo (6).

El melfalan no estuvo implicado en ninguna IF.

Conclusiones

La prevalencia de IF potenciales en los acondicionamientos de TPH es muy elevada, observándose mayor número total de IF con Lexicomp®, pero mayor prevalencia de IF de riesgo elevado con Micromedex®. Las interacciones más graves estuvieron relacionadas con la potenciación de los efectos tóxicos de los antipsicóticos, el riesgo de prolongación del intervalo QT y de síndrome neuroléptico maligno. A pesar de la elevada prevalencia de IF detectadas, el melfalán no estuvo implicado en ellas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1032. USO CONJUNTO DE ESTATINAS Y ABIRATERONA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

AUTORES

MESA EXPÓSITO R, GONZALEZ PERERA I, VIÑA ROMERO MM, MONTERO DELGADO A, FERRER MACHIN A, VERA CABRERA M, NAVARRO DAVILA MA, MERINO ALONSO J
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA. CTRA. GENERAL DEL ROSARIO, 145. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Los resultados de varios estudios clínicos publicados recientemente, han relacionado el empleo de estatinas con la reducción del riesgo, progresión y mortalidad de algunos tumores, incluyendo el cáncer de próstata (CP). En base al subanálisis de los estudios pivotaes COU-AA-301 y COU-AA-302, las estatinas parecen tener un efecto sinérgico con uno de los nuevos agentes antiandrogénicos, el acetato de abiraterona (AA), al disminuir la disponibilidad del colesterol como sustrato para la biosíntesis tanto a nivel suprarrenal como intratumoral de andrógenos.

El objetivo de este estudio es describir y evaluar el uso concomitante de estatinas y abiraterona en los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) en tratamiento con AA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de 24 meses de duración (enero 2016- diciembre 2017) en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados (CPRCm) a los que se les prescribió AA en un hospital de tercer nivel. En todos los pacientes se confirmó la correcta castración química con los niveles de testosterona inferiores a 50 ng/dl.

Los datos clínicos y demográficos fueron obtenidos mediante el programa de historia clínica electrónica (SELENE®). Las medianas de supervivencia global (SG) así como las curvas de Kaplan Meier para cada tratamiento fueron obtenidas mediante el programa estadístico SPPSS®.

Las variables primarias de eficacia fueron: SG y uso de estatinas en el momento del inicio del tratamiento. Como covariables se tomaron: puntuación Gleason, tiempo hasta deterioro del estado general (Td) y tiempo hasta inicio del tratamiento del dolor con opiáceos (To).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 28 pacientes con una mediana de edad de 74 años (56-86) y una puntuación Gleason ≥ 8 en un 50 %.

El 80 % de los pacientes recibió AA en primera línea y de estos, un 41 % ya estaban en tratamiento con estatinas. La mediana de SG en este subgrupo con estatinas fue de 21 meses, y en el subgrupo sin estatinas 14 meses ($p=0.06$). El Td y To fueron también superiores con estatinas (11 vs 8 meses, $p=0.64$) y (19 vs 10 meses, $p=0.09$) respectivamente.

El 20 % restante, recibió AA tras un régimen quimioterápico basado en docetaxel. De ellos sólo un paciente tomaba estatinas en el momento de inicio del tratamiento con AA, su SG fue 5 meses y no se produjo deterioro del estado general ni inicio de tratamiento con opiáceos. En aquellos que no tomaban estatinas las medianas de SG, el Td y el To fueron 16, 8 y 12 meses respectivamente. Ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Los resultados de nuestro estudio se asemejan a los datos publicados recientemente, y parecen favorecer el uso de AA en tratamiento conjunto con estatinas, presentando una mayor SG y mayor Td y To, especialmente en el grupo de pacientes que recibieron AA en primera línea. Dado que el tamaño muestral es reducido, se necesitan más estudios que evalúen el uso de AA más estatinas y que permitan confirmar estos resultados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1062. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE REGORAFENIB Y TAS-102 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

AIBAR ABAD MP, TRIGO VICENTE C, BANDRÉS LISO AC, BESTÚE CARDIEL M
SERVICIOS CENTRALES- SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. PLAZA DE LA CONVIVENCIA 2. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de regorafenib y de TAS-102 en el tratamiento de cáncer colorrectal metastásico (CCRm) y comparar los resultados obtenidos con ambos fármacos o su secuenciación, en condiciones de práctica clínica habitual en la comunidad autónoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CCRm que hubieran iniciado tratamiento con regorafenib o con TAS-102 durante los años 2016 y 2017.

Los datos fueron obtenidos del programa de dispensación de pacientes externos de farmacia (Farmatools®) y de la Historia Clínica Electrónica.

Las variables recogidas fueron: fármaco(s) indicados; edad; sexo; duración del tratamiento en días, entendiendo como tal la diferencia entre la fecha de instauración y la de retirada del tratamiento; estado funcional del paciente expresado mediante la escala ECOG; número de líneas previas para enfermedad avanzada; supervivencia global (SG) y motivo de suspensión del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Iniciaron tratamiento 51 pacientes, 14 con regorafenib, 27 con TAS-102, 7 con regorafenib y posteriormente TAS-102 y 3 con TAS-102 y de forma secuencial regorafenib. De los pacientes tratados 18 (35,3%) eran mujeres. La edad media fue de 62,5 años (38-78). El 43,14% de los pacientes eran ECOG=0, 51% ECOG=1 y sólo hubo 3 pacientes con ECOG=2. Todos los pacientes habían recibido esquemas de tratamiento previos. La mediana de líneas de tratamiento previo resultó ser 3 (1-8).

En el momento de realizar el análisis, sólo 13 pacientes (25,5%) no habían fallecido.

La mediana de duración del tratamiento fue de 71 días (7-479) para regorafenib y de 63 días para TAS-102, no habiéndose podido calcular el límite superior para este fármaco. No se encontraron diferencias significativas en la duración de tratamiento entre los dos fármacos ($p=0,389$).

La mediana de la SG fue 153 días para regorafenib, de 121,5 días para TAS-102, de 217 días para los pacientes que recibieron regorafenib y posteriormente TAS-102 y de 74 días para los que su tratamiento secuencial fue TAS-102 y posteriormente regorafenib. En este caso, no se consideraron los resultados obtenidos con uno de los pacientes porque de forma posterior recibió lapatinib en combinación con trastuzumab. En ningún caso, se pudo estimar el valor máximo de SG. Los datos obtenidos reflejan una SG inferior a la estimada en los respectivos ensayos clínicos (EC) pivotaes, CORRECT – regorafenib con una mediana de SG de 6,4 meses (192 días) y RECURSE – TAS-102, en el cual se obtuvo una SG de 7,1 meses (213 días).

Entre las causas de suspensión del tratamiento, se notificaron 3 por toxicidad, 1 por la situación clínica del paciente, no ligada al tratamiento, y el resto por progresión, a excepción de 3 pacientes que continúan en tratamiento en la actualidad.

Conclusiones

Los resultados obtenidos, comparados con los correspondientes EC pivotaes, CORRECT y RECURSE, muestran una SG inferior a la obtenida en dichos estudios. El pequeño tamaño muestral de nuestro estudio, así como no haber alcanzado el límite superior de SG de ninguno de los dos fármacos estudiados, podría explicar las diferencias encontradas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1080. ANALISIS DE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE BEVACIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

GARCÍA GIL S, RAMOS DIAZ R, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, LLANOS MUÑOZ M, VIÑA ROMERO MM, GONZÁLEZ GARCÍA J, NAZCO CASARIEGO GJ, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

Calet y col (2016) describieron un correlación directa entre los niveles plasmáticos de bevacizumab y su eficacia.

Concretamente establecieron una mayor supervivencia, tanto global (OS) como libre de progresión (PFS), en los pacientes con niveles plasmáticos del primer valle (Cmin) superior a 15.5 mg/L.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar las concentraciones plasmáticas de bevacizumab en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal metastásico (CCRm).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, prospectivo y observacional de 15 meses de duración (enero 2017-marzo 2018). Fueron incluidos aquellos pacientes con CCRm en cuyo esquema de tratamiento antineoplásico en primera línea incorporaba bevacizumab (bien FOLFOX o FOLFIRI).

La toma de muestra para la determinación del primer Cmin se realizó el día +14 del primer ciclo, y la determinación de las mismas fue realizada mediante el kit SHIKARI®Q-BEVA ELISA.

Otras variables recogidas fueron: sexo, edad, características antropométricas (Índice de Masa Corporal; IMC), presencia de metástasis extrahepáticas, logaritmo de niveles de antígeno carcinoembrionario (logCEA), quimioterapia concomitante y dosis recibida de bevacizumab.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado para la participación en el estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el periodo de estudio han sido incluidos un total de 15 pacientes; con una edad media de 61,5 años, 62,3% de ellos fueron hombres y el 60% de ellos recibió tratamiento concomitante con el esquema FOLFIRI y 40% con FOLFOX.

El bevacizumab fue administrado en todos los pacientes a una concentración de 5mg/kg.

La concentración media alcanzada en el primer Cmin fue de 13,65 mg/L. De tal forma que en el 46,6% de los pacientes no se alcanzó el valor de 15,5 mg/L.

No se encontró ninguna correlación entre los valores plasmáticos de bevacizumab y las características antropométricas de los pacientes.



Un 46,6 % de ellos no alcanzó la concentración plasmática objetivo en el día 14 de tratamiento.

Con este trabajo hemos querido mostrar los resultados preliminares sobre la correlación que ha sido descrita entre los niveles plasmáticos de bevacizumab y su eficacia en los pacientes diagnosticados de CCRm, tal y como describió Caulet y col. (2015). Una vez trascurra el tiempo y los pacientes progresen podremos establecer si en la práctica clínica diaria estos resultados son reproducibles.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1082. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON CABOZANTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL AVANZADO EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

AUTORES

DE GOROSTIZA FRIAS C, GARCIA JIMENEZ L, HERNANDEZ SEGURADO M, CORDERO GUIJARRO A, CASTILLO BAZAN E, PELEGRIN TORRES P
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. AVDA. REYES CATÓLICOS, 2. MADRID

OBJETIVOS

Describir los resultados obtenidos hasta la fecha en cuanto a la eficacia y seguridad, en términos de Supervivencia Libre de Progresión (SLP), Supervivencia Global (SG) y reacciones adversas, del tratamiento con cabozantinib (Cabometyx®) en pacientes de nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico retrospectivo. Se recogieron datos de los pacientes con cáncer renal avanzado o metastásico que recibieron tratamiento con cabozantinib tras haber recibido al menos un tratamiento previo con algún fármaco anti-VEGR (fármacos contra los Receptores del factor de Crecimiento del Endotelio Vasculoso), hasta enero de 2018. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: edad, ECOG (escala indicadora de calidad de vida del paciente oncológico), línea de tratamiento (2º o 3º línea), tratamientos previos, fecha de inicio y fin de tratamiento, reacciones adversas, ingresos hospitalarios durante el tratamiento y reducciones de dosis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En nuestro hospital 7 pacientes han recibido tratamiento con cabozantinib, ya sea como uso compasivo o una vez comercializado en España. De estos pacientes, uno comenzó el tratamiento en febrero de 2018, por lo que no se ha tenido en cuenta para el estudio de la mediana de SLP. La mediana de edad de los pacientes fue de 62 años (Rango 52-77). La mediana de puntuación de ECOG al inicio del tratamiento fue de 1 (2 pacientes tenían ECOG de 0, 4 pacientes tenían ECOG 1 y solo 1 paciente ECOG de 2). Todos los pacientes habían recibido al menos una línea terapéutica previa con fármacos anti-VEGR (3 de 7 lo recibió en 2º línea y 4 de 7 en tercera línea). Los tratamientos previos recibidos fueron: Pazopanib en 1º línea (3 pacientes), Sunitinib en 1º línea (2 pacientes), Everólimus en 1º línea (1 paciente); Axitinib en 2º línea (3 pacientes) y Pazopanib en 2º línea (1 paciente). Uno de los pacientes había recibido una 1º línea con tivozanib clorhidrato en contexto de ensayo clínico.

La mediana de SLP fue de 6,9 meses, frente a los 7,4 meses conseguidos en el ensayo pivotal (METEOR, frente a everólimus). De estos 6 pacientes, 3 de ellos necesitaron reducción de dosis por reacciones adversas, mientras que los otros 3 pacientes tuvieron progresión de la enfermedad oncológica. Todos los pacientes que continúan actualmente en tratamiento (4) han necesitado reducción de dosis. Los principales efectos adversos descritos fueron diarrea y astenia (6 pacientes, 100%), psoriasis pustulosa (1 paciente, 15%) e hipotensión (1 paciente, 15%).

Conclusiones

Los resultados de SLP son menores que los obtenidos en el ensayo pivotal (sin tener en cuenta nuestro último paciente, el cual lleva 3 meses en tratamiento), aunque nuestra muestra tiene pocos pacientes. En general, cabozantinib es un fármaco mal tolerado a dosis de 60 mg, necesitando todos los pacientes actualmente en tratamiento reducir la dosis del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1085. ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE ERIBULINA EN CÁNCER DE MAMA TRAS SU INCLUSIÓN EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA REGIONAL

AUTORES

RODRÍGUEZ FERRERAS A, LÁZARO LÓPEZ E, ZAPICO GARCÍA I, LLORENTE ROMEO A, MENÁRGUEZ BLANC R, PIERAS LÓPEZ Á, MARTÍNEZ TORRÓN A, LOZANO BLÁZQUEZ A
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. AV. ROMA S/N. ASTURIAS

OBJETIVOS

Eribulina es un antineoplásico inhibidor de la dinámica de los microtúbulos, indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico en segunda línea o posterior. En 2015 la Comisión de Uso Racional de Medicamentos y Productos sanitarios autonómica dictaminó su inclusión en la guía farmacoterapéutica con recomendaciones específicas: "pacientes con cáncer de mama metastásico con progresión de la enfermedad tras haber sido tratados con una antraciclina, taxano y capecitabina en el ámbito adyuvante o metastásico. ECOG 0 ó 1, esperanza de vida ≥ 3 meses y sin metástasis cerebrales".

El objetivo de este trabajo es evaluar la adecuación de la prescripción de eribulina a los criterios establecidos por la Comisión, así como su efectividad y seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todas las pacientes tratadas con eribulina hasta marzo de 2018. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, tipo de receptores tumorales (HER-2 y hormonales (RH)), líneas de quimioterapia previas, fecha de inicio, fecha fin y motivo de discontinuación, efectos adversos (EAs) y fecha de exitus. Se registró el número de dosis administradas, las modificaciones y el motivo de ajuste. La efectividad se midió en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Se comprobó si las pacientes cumplían los criterios establecidos. Los datos se obtuvieron de Oncofarm® y de la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

19 mujeres recibieron tratamiento con eribulina, mediana de edad de 55 años (rango: 35-75). Todas presentaban receptor HER-2 negativo y 18 RH positivos (dos de ellas sólo positivos para estrógenos). La mediana de líneas de quimioterapia previas fue de 5 (rango: 2-10). Todas ellas habían recibido, al menos, un esquema basado en antraciclina, taxano y capecitabina. La mediana de tiempo de tratamiento fue 66 días (rango: 1-245) y la mediana de dosis administradas fue de 6 (rango: 1-22). Los motivos de interrupción fueron: neutropenia grado 4 (n=1), progresión (n=14; 4 de ellas dirigidas a cuidados paliativos domiciliarios) y éxitus (n=3). Al final del periodo de seguimiento, una paciente continuaba a tratamiento. La mediana de SLP fue de 68 días (rango: 7-244) y la mediana de SG de 20 días (rango: 11-163). Los EAs registrados fueron: neutropenia grado 4 (n= 2) y grado 2 (n=1), astenia (n=4), mialgias (n=2), neuropatía grado 1 (n=1) y grado 2 (n=1). Se requirió reducción de dosis por EA en 5 pacientes (neuropatía y neutropenia).

Conclusiones

La prescripción de eribulina se adecuó a las recomendaciones establecidas por la Comisión en el 100% de los casos. La mSLP fue inferior a la del ensayo pivotal (EMBRACE) y los EAs fueron similares a los descritos en la literatura. El corto periodo de tiempo hasta progresión y la gran cantidad de pacientes que discontinuaron por este motivo (73,7%) podría estar en relación con el elevado número de líneas previas administradas, reforzando la importancia de la valoración de administración de quimioterapia en la fase final de la vida. No obstante, es necesario un estudio con mayor población para establecer conclusiones robustas sobre este aspecto.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1099. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NINTEDANIB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN AVANZADO O METASTÁSICO

AUTORES

MENDOZA OTERO F, CÍA BARRIO MÁ, SOLER GINER E, SANZ TAMARGO G, CANDELA BOIX M, CASTRO GRANELL V, RAGA BESER A
HOSPITAL MARINA BAIXA. AVENIDA ALCALDE EN JAUME BOTELLA MAYOR, 7. ALICANTE

OBJETIVOS

El nintedanib ha demostrado eficacia, asociado a docetaxel, en el tratamiento en segunda línea del adenocarcinoma de pulmón (ACP) localmente avanzado o metastásico. Los objetivos de este estudio fueron describir su efectividad, perfil de seguridad y llevar a cabo una estimación comparativa con el ensayo pivotal en nuestros pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó los pacientes diagnosticados de ACP tratados en nuestro centro hasta abril de 2018 con el esquema docetaxel 75 mg/m² c/21 días + nintedanib 200 mg c/12 horas, días 2-21. De las aplicaciones de historia clínica electrónica, prescripción-validación de citostáticos y dispensación a pacientes externos de nuestro centro se obtuvieron: edad-sexo; fechas de diagnóstico, tratamientos y, si procedía, fallecimiento; estadio según UICC/AJCC, estado funcional según ECOG-PS y eventos adversos (EA).

La efectividad se evaluó en términos de supervivencia global (SG), tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta el fallecimiento, y de supervivencia libre de progresión (SLP), tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento hasta la fecha en que se confirma progresión según RECIST 1.1. Ambas variables se estimaron mediante modelización de Kaplan-Meier, expresadas como mediana e intervalo de confianza 95%, empleando para ello el programa SPSS v19. Para evaluar la seguridad se registraron los EA de grado II-IV según CTCAE v5.0 y la necesidad de ajuste de dosis o suspensión del tratamiento. Finalmente, se hizo una estimación comparativa de los resultados obtenidos con el ensayo pivotal LUME-Lung 1.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se trató a 11 pacientes con una mediana de edad de 52 años (47-66), nueve (81.8%) varones. La mediana de progresión a la primera línea fue de 8 meses (4-24). Al inicio del tratamiento con nintedanib, diez (90.9%) estaban en estadio IV. Tres (27.3%) iniciaron el tratamiento con ECOG-PS 0, el resto ECOG-PS 1. La mediana de ciclos recibidos fue de 2 (1-6). En el momento del análisis habían fallecido ocho pacientes. Dos de los supervivientes continúan en tratamiento de mantenimiento con nintedanib. La mediana de SLP fue de 2.3 meses [IC95% 1.3-3.3], mientras que la de SG fue de 3.3 meses [IC95% 2.5-4.2]. En el ensayo pivotal estos valores fueron de 4.2 y 9.8 meses, respectivamente. En cuanto a seguridad, la dosis se redujo en dos (18.2%) pacientes (rash;diarrea) y tuvo que suspenderse en otros dos (18.2%) pacientes (astenia; epigastralgia). Asimismo, hubo dos (18.2%) pacientes con neumonía, tres (27.3%) con anemia y uno (9.1%) con neutropenia. Los resultados del ensayo pivotal fueron: reducción de dosis, 18.6%; suspensión del tratamiento, 2.7%; diarrea, 42.3%; astenia 8.9%; neumonía 5.1%; anemia 5.4%; neutropenia 13.8%.

Conclusiones

En nuestro estudio obtuvimos unas SLP y SG ligeramente inferiores (probablemente por el mal pronóstico de nuestros pacientes) y un perfil de EA similares a los del ensayo LUME-Lung 1. Sin embargo, el limitado tamaño muestral no permite concluir, con significación estadística, que el tratamiento con nintedanib sea una opción efectiva y segura. Son necesarios más estudios para evaluar el tratamiento con nintedanib en la práctica clínica habitual y poder definir el perfil de pacientes en los que el beneficio sería mayor.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1136. ENZALUTAMIDA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: REAL-WORLD DATA

AUTORES

VIDAL IGLESIAS M, CÁCERES VELASCO C, GARCÍA LÓPEZ L, ALONSO FITO L, LÁZARO CEBAS J, COLOMA PERAL R, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, CRIADO ILLANA MT
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. C/ MIGUEL SERVET, S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

- Describir los resultados en la práctica clínica en términos de: supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr) y tasas de SG y SLPr a los 30 meses en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en tratamiento con enzalutamida sin quimioterapia previa.
- Comparar los resultados de SG y SLPr de nuestro estudio frente a los resultados del ensayo pivotal de enzalutamida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se lleva a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo, desde marzo del 2015 a marzo de 2018. Se incluyeron a todos pacientes en tratamiento con enzalutamida como primera línea de tratamiento de cáncer próstata metastásico resistente a castración. A través de las historias clínicas, informes radiológicos y analíticos y registro de dispensación de pacientes externos se recogieron las siguientes variables: edad media, calidad de vida según la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), mediana de antígeno prostático específico (PSA; ng/mL), localización de metástasis y tiempo desde el inicio de tratamiento con enzalutamida hasta progresión radiológica o muerte. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron un total de 22 pacientes. La media de edad fue de 73,6 años (60-84). El 86% de los pacientes presentaba un valor basal de ECOG entre 0 y 1 y el 14% un ECOG mayor o igual a 2. La mediana de PSA fue de 42,5 ng/mL (4-143,3). El 50% de los pacientes presentaban metástasis óseas, 27% ganglionares, 4,5% viscerales (pulmonares), 14% óseas y ganglionares y 4,5% óseas y viscerales (pulmonares). Las tasas de SG y de SLPr a los 30 meses fueron del 68,8% y del 71% respectivamente. Las medianas de SG y de SLPr fueron no alcanzadas (NA). Estos resultados son comparables con los obtenidos en el ensayo pivotal de enzalutamida cuya SG fue de 35,3 meses (IC95% 32,2-NA) y SLPr NA (IC95% 13,8-NA).

Conclusiones

El tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con Enzalutamida como primera línea en la práctica clínica ha demostrado ser efectivo con datos concordantes con los ensayos clínicos publicados.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1140. CEDIRANIB EN SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

ARTIME RODRIGUEZ-HERMIDA F, VALENCIA SOTO CM, LOPEZ SEPULVEDA RA, GUIJARRO HERRERA S, CANO DOMINGUEZ S, GARCIA FUMERO R, ALARCON PAYER C, JIMENEZ MORALES A
HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LAS NIEVES. AVDA. FUERZAS ARMADAS, 2. GRANADA

OBJETIVOS

El sarcoma alveolar de partes blandas (SAPB) es un tumor poco frecuente que no responde a quimioterapia convencional. Cediranib es un inhibidor de la tirosin quinasa del receptor del factor de crecimiento endotelial vascular. El objetivo es describir el manejo terapéutico de un paciente diagnosticado de SAPB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de un paciente con SAPB desde su diagnóstico en Octubre 2008 hasta Marzo 2018.

Para la recogida de datos se utilizaron la historia clínica electrónica y los registros de prescripción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Varón, 27 años, diagnosticado de SAPB con metástasis pulmonares bilaterales múltiples (T2bN0M1). Tratado inicialmente con cisplatino-doxorrubicina e intervenido en 2009 con resección de la lesión y tratamiento con braquiterapia. Tratado posteriormente con temozolomida-topotecán con estabilización de la enfermedad (EE) y suspensión en enero 2010 pasando a observación sin tratamiento activo. En febrero 2011, se evidenció ligero aumento de lesiones pulmonares reiniciándose el mismo esquema con EE, manteniéndose tratamiento hasta 2014. Tras dos años en seguimiento en agosto 2016 se evidenció progresión tumoral (PT) mediastínica y pulmonar. En noviembre 2016, inició tratamiento con sunitinib con progresión de la enfermedad ganglionar mediastínica a los 6 meses de tratamiento manteniendo EE a nivel pulmonar. Posteriormente, recibió radioterapia sobre el mediastino finalizada en Junio 2017 y se solicitó cediranib a 30mg/día como uso compasivo en mayo 2017.

Se inició el tratamiento en Julio 2017 con ECOG 0. Tras 1 mes se realizó TAC para emplearlo como basal ya que la paciente había estado 2 meses sin tratamiento sistémico. Se apreciaron nuevas lesiones a nivel supraclavicular (25mm) y en ligamento gastrohepático (19 mm), con aumento de la adenopatía prevascular, con 21mm (16 mm previamente) y persistencia de EE a nivel pulmonar (dato no conocido por TAC en otro centro). Se sugirió respuesta a nivel ganglionar mediastínico, con 36 y 24mm (44 y 28mm previamente). Tras 4 meses, en análisis intermedio, se evaluó la respuesta manteniéndose EE a nivel pulmonar, ganglionar mediastínico y supraclavicular. La lesión en ligamento gastrohepático sufrió un ligero aumento sin alcanzar criterios de progresión.

A los 7 meses se reevaluó la respuesta, objetivándose nueva lesión en serrato izquierdo, ligero aumento de lesión pulmonar y supraclavicular con discreto crecimiento de adenopatías en ligamento gastrohepático y hepatoduodenal, así como estabilización de lesión mediastínica. Se informó de PT y se suspendió tratamiento.

Se notificaron como reacciones adversas (RAMs) a ceritinib: diarrea grado I-II y elevación de TSH, con inicio de tratamiento con levotiroxina 75mg/24h.

Se derivó al paciente para inclusión en ensayo clínico.

Conclusiones

En el ensayo en fase II cediranib consiguió una tasa de respuesta objetiva del 35% y una tasa de control de la enfermedad a los 6 meses del 84%, resultados prometedores para una enfermedad con escasas alternativas terapéuticas.

En nuestro paciente, sin embargo, se consiguió cierto grado de respuesta con posterior pérdida de la misma a los 7 meses de iniciar la terapia.

Las RAMs notificadas coinciden con las descritas en dicho ensayo.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1155. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA SOBRE LAS GLUCEMIAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO

AUTORES

GARCÍA GIL S, NAZCO CASARIEGO GJ, RAMOS RODRÍGUEZ J, DEL ROSARIO GARCÍA B, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, GONZÁLEZ GARCÍA J, VIÑA ROMERO MM, GUTIÉRREZ NICOLÁS F
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

En la actualidad existen diferentes terapias disponibles para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm); como abiraterona y la enzalutamida, las cuales han sido consideradas por diferentes autores como equivalentes terapéuticos. Sin embargo, sus perfiles de seguridad no son los mismos.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en evaluar las variaciones en los perfiles glucémicos de los pacientes y la preinscripción de antidiabéticos orales (ADO) en pacientes con CPRCm tratados con abiraterona y enzalutamida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 6 meses de duración (noviembre 2017-marzo 2018), en el cual fueron incluidos aquellos pacientes diagnosticados de CPRCm tratados con abiraterona y enzalutamida. Donde se compararon los niveles glucémicos de los pacientes, así como la utilización de ADO, antes y después de iniciar el tratamiento con enzalutamida y abiraterona.

Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos a partir de la historia clínica mediante el aplicativo informático SAP®.

Las variables analizadas para cada grupo fueron: edad, media de niveles de glucosa (mg/dL) en sangre los 3 meses pre y post-tratamiento y prescripción de antidiabéticos pre y post-tratamiento.

Se llevó a cabo un análisis estadístico de tipo T-test para la evaluación de los niveles de glucosa en sangre y Chi-cuadrado para la evaluación del aumento en la preinscripción de antidiabéticos, mediante el programa SPSS®v22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio fueron incluidos 28 pacientes, con una edad media de 71,6 años. 17 (60,7%) pacientes recibieron tratamiento con enzalutamida, de estos 8 tenían tratamiento previo con ADO, mientras que de los 11 pacientes del grupo de abiraterona, 3 estaban con tratamiento previo de ADO.

Las concentraciones medias de glucosa en sangre para cada grupo fueron: 112,5 pre-tratamiento y 116,4 mg/dL post-tratamiento para el grupo tratado con abiraterona; 113,5 pre-tratamiento y 113,5 mg/dL post-tratamiento con enzalutamida; no mostrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,837$).

En cuanto al aumento en la prescripción de ADO en cada uno de los grupos, los resultados obtenidos fueron: En el grupo de enzalutamida no se requirió de ningún inicio de tratamiento con ADO, mientras que en el grupo de abiraterona, hubo que iniciar en el 45,5% de los pacientes, ($p=0,044$).

Nuestros resultados muestran que el tratamiento con abiraterona, en comparación con la enzalutamida, requiere de forma significativa de una prescripción de ADOs que permita controlar las glucemias de los pacientes. Estos resultados sugieren que aquellos pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus podrían no ser candidatos a recibir tratamiento con abiraterona.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1168. UNIDAD DE FARMACIA ONCOHEMATOLÓGICA: INCORPORACIÓN DE NUEVO PERSONAL TÉCNICO EN LA ELABORACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS PARENTERALES

AUTORES

GILBERT SOTUCA M, MANGUES BAFALLUY I, RIUS PERERA J, VALLEZ VALERO L, PARADA SAAVEDRA FJ, ENSEÑAT MARTINEZ I, LOPEZ LOPEZ P, SANMARTIN TERCEIRO D
HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA). AVDA ROVIRA ROURE, 80. LLEIDA



OBJETIVOS

Definir la formación teórica y práctica que debe recibir un técnico de grado superior (FP2) para poder elaborar antineoplásicos parenterales de forma autónoma.

DISEÑO

En 2015, se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) que contiene la formación necesaria del nuevo personal técnico FP2 para su integración en la Unidad de Farmacia Oncohematológica (UFOH).

La Unidad Básica de Prevención realiza una revisión del historial médico del técnico que, tras no evidenciar ningún riesgo para la manipulación de citostáticos, autoriza su incorporación.

CIRCUITO Y ETAPAS

El PNT se entrega en mano el primer día de formación, cuyo tiempo medio establecido es de 3 meses, coincidiendo con el período pactado en otros Servicios del Hospital.

Tras el primer mes y medio el Farmacéutico de la UFOH evalúa sus conocimientos teóricos mediante un test cuyo objetivo principal es determinar el grado de conocimiento de aspectos como: la medicación que se manipula en cuanto a seguridad para el paciente y el manipulador, derrames, esterilidad, circuitos de la unidad, etc. También se pretende conocer aquellos puntos que los formadores deben enfatizar antes de finalizar la formación.

Antes de finalizar los 3 meses de formación el Farmacéutico de la UFOH conjuntamente con la enfermera ó técnico formador le realiza un examen práctico que incluye: técnica de colocación de guantes estériles, colocación de EPI, lavado quirúrgico y técnica de presión negativa.

IMPLANTACIÓN

La implantación del PNT y del sistema de evaluación fue en septiembre del año 2015.

RESULTADOS Y LIMITACIONES

Se han realizado 9 exámenes en un período de dos años y medio. Todos los alumnos excepto uno superaron la prueba. Inicialmente el test contenía 10 preguntas pero progresivamente se han ido modificando y ampliando hasta alcanzar 25. Se han incorporado aspectos de circuitos de funcionamiento de la unidad, gracias a las aportaciones del propio personal técnico con más experiencia.

Los períodos de formación pueden ampliarse o reducirse en función de los resultados de los test y de la evaluación continuada que se realiza durante la formación.

Limitaciones

El periodo de formación es largo y la relación laboral del técnico con el hospital es compleja de gestionar.

Se requiere un equilibrio entre personal formador y personal en formación, incorporando el personal nuevo de forma progresiva.

APLICABILIDAD A OTROS SERVICIOS DE FARMACIA

Consensuar cuáles son los conocimientos básicos que debe tener el personal manipulador de medicamentos peligrosos para aumentar el nivel de seguridad en su preparación.

Elaborar métodos que nos permitan confirmar que estos conocimientos se han adquirido correctamente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1170. RESULTADOS DE LA UTILIZACIÓN DE TRIFLURIDINA/TIPIRACIL EN CÁNCER COLORRECTAL

AUTORES

OLIER MARTÍNEZ P, AGUSTÍN FERRÁNDEZ MJ, GIMENO BALLESTER V, ARIAS SANCHEZ A, PEREIRA BLANCO O, ABAD SAZATORNIL MR

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PASEO ISABEL LA CATÓLICA 1-3. ZARAGOZA

OBJETIVOS

Conocer el perfil de pacientes tratados en nuestro centro con trifluridina/tipiracil y ver si se ajusta a los pacientes incluidos en el ensayo pivotal y a las recomendaciones del informe de posicionamiento terapéutico del fármaco.

Valorar el beneficio del fármaco en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Valorar el perfil de toxicidad del fármaco y comparar con los datos que se obtuvieron en el estudio pivotal.

MATERIALES Y MÉTODOS

A través del módulo Pacientes Externos de Farmatools® se seleccionaron los pacientes que habían iniciado tratamiento con trifluridina/tipiracil en 2016 y 2017.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes recogiendo datos demográficos, clínicos y sobre el fármaco estudiado (número de ciclos, toxicidad) hasta finales de marzo del 2018. Con los datos obtenidos se realizó un análisis de supervivencia con SPSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

22 pacientes recibieron tratamiento durante el período analizado, se descartaron 2 por no poder acceder a la historia clínica. El 45% eran varones, con una mediana de edad de 63 años al inicio del tratamiento. Todos presentaban un ECOG 0-1 al inicio de la terapia y un 50% de los presentaban mutación en RAS. Un 70% había sido diagnosticado de enfermedad metastásica de inicio.

La media de líneas previas de quimioterapia fue de 2,9 (rango 2-7), todos habían recibido fluoropirimidinas, el 95% había recibido oxaliplatino, 95% irinotecán, un 30% recibió anti-EGFR, un 95% un anti-VEGF y el 30% había sido tratado con regorafenib.

La mediana de ciclos fue 2 y la media 2,8 (rango 1-8). La mediana de SLP fue de 2,1 meses y la mediana de SG fue 7,3 meses.



Al final del seguimiento, el 95% había suspendido el fármaco, en todos los casos por progresión, no se detectó ningún abandono de tratamiento por toxicidad. Un 25% de los pacientes requirió una reducción de dosis y/o retraso de algún ciclo.

En cuanto al perfil de seguridad, el 95% sufrió efectos adversos (EA) de cualquier grado y el 35% sufrió EA grado 3-4. Entre los EA detectados, los más frecuentes fueron anemia (60%), neutropenia (55%) y astenia (50%). Los más graves fueron neutropenia febril grado 3-4 (2 pacientes), diarrea grado 4 (1 paciente) y neutropenia grado 3-4 (5 pacientes).

Conclusiones

Los pacientes de nuestro centro presentaban un buen estado funcional (ECOG 0-1), una buena calidad de vida y una mediana de edad de 63 años, datos que coinciden con el perfil de pacientes incluidos en el ensayo RECURSE.

Los valores obtenidos de SLP (2,1 meses) y SG (7,3) coinciden con los obtenidos en el estudio pivotal (SLP: 2 meses y SG: 7,1 meses), lo que parece indicar que los resultados en práctica clínica no difieren de los del estudio con la limitación del pequeño tamaño de la muestra.

No se detectaron EA diferentes a los identificados en el ensayo clínico. Aunque la toxicidad provocada por el medicamento parece, a priori manejable, se detectaron algunos EA graves como la neutropenia grado 3-4, neutropenia febril y diarrea grado 4.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1172. ADECUACIÓN DE USO Y EFICACIA DE PLERIXAFOR EN PACIENTES QUE FRACASAN A MOVILIZACIÓN CON FACTORES ESTIMULADORES DE COLONIAS

AUTORES

VARAS PEREZ A, SIERRA SANCHEZ JF, ALCALA SOTO A, VAZQUEZ VELA V, PUIVECINO MORENO C, JIMENEZ PICHARDO L
HOSPITAL DE JEREZ. CTRA. MADRID - CÁDIZ, S/N.

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación y eficacia de uso de plerixafor en pacientes no respondedores a la movilización de progenitores hematopoyéticos en sangre periférica, con factores estimuladores de colonias (G-CSF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de revisión de las historias clínicas, incluyendo los datos de laboratorio, de pacientes que recibieron plerixafor desde el 1 de junio de 2015 y el 31 de Marzo de 2018. Se recogieron los siguientes datos: el sexo, la edad, el diagnóstico, las concentraciones de CD34 basales(céls/mcL) y las recolectadas tras aféresis(céls/Kg), el número de dosis y las dosis administradas. Se revisó el protocolo interno de uso de plerixafor, a partir del cual se consideraron subsidiarios a plerixafor los pacientes con CD34 < 10/mcL tras G-CSF, se definió como parámetro de movilización eficaz el valor de CD34 $\geq 2 \times 10^6$ /Kg y se subclasificó a los movilizadores con CD34 $> 5 \times 10^6$ /Kg como óptimos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Plerixafor se utilizó en 21 movilizaciones y 19 pacientes con una edad media de 55,5 [27-50] años. De acuerdo con el protocolo de uso, la indicación fue correcta en 18 pacientes (94,7%): 14 diagnosticados de linfoma no Hodgkin y 4 de mieloma múltiple. Sólo un paciente (5,3%) tenía linfoma Hodgkin y recibió plerixafor a pesar de no cumplir los criterios del protocolo. Todos los resultados de CD34 basales eran < 10 céls/mcL (media 4,73 [1,0-9,0]), el número medio de CD34 tras aféresis y plerixafor fue de $3,54 \times 10^6$ /Kg [0,6-8,7], el 71,4% de los pacientes obtuvieron una movilización eficaz $\geq 2 \times 10^6$ /Kg, de los que el 21% fueron movilizadores óptimos; frente al 28,6% que no lo lograron (< 2×10^6 /Kg). El protocolo fue cumplido por 14 pacientes (87,5%) y sólo 2 no lo cumplieron: uno debido a diagnóstico no incluido en las indicaciones de plerixafor y otro debido a una baja recolección de células madre. 3 pacientes no fueron evaluables por falta de datos en la historia clínica. La dosis promedio fue 18,06 mg de acuerdo con el esquema de dosificación de 0.24 mg/kg. La mediana de número de dosis por paciente fue de 1 (promedio= 1,68). Sólo un paciente recibió 3 dosis de plerixafor durante el periodo estudiado.

El protocolo de uso de plerixafor se cumplió en la mayoría de las ocasiones, en torno al 90%. El tratamiento con plerixafor fue eficaz en, aproximadamente, tres cuartas partes de los pacientes, de acuerdo con los criterios de CD34 preestablecidos.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1182. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERACCIONES ENTRE CITOSTÁTICOS ORALES Y MEDICACIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA

AUTORES

TRUJILLANO RUIZ A, MERCÉ CRESPI M, PERELLÓ ROSSELLÓ F, GIMÉNEZ CASTELLANOS J, MAESTRE FULLANA MA, GALÁN RAMOS N, LLODRÀ ORTOLÀ V
HOSPITAL DE MANACOR. CARRETERA MANACOR ALCUDIA, S/N. ISLAS BALEARES

OBJETIVOS

Analizar y describir las interacciones existentes entre los citostáticos orales y la medicación domiciliaria crónica de pacientes oncohematológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado durante el primer trimestre de 2018, en el que se incluyeron a todos los pacientes oncohematológicos en tratamiento con citostáticos orales que acudieron a la consulta de pacientes externos.

Para el estudio de las interacciones, se recopilaban mediante los registros de atención primaria y la entrevista al paciente,



la medicación domiciliar crónica. Para el análisis de las interacciones se utilizó el programa BOTPlus®, que las cataloga como teórica, de menor evidencia o de mayor evidencia.

Las interacciones de relevancia menor y mayor fueron comentadas con el médico prescriptor y recogidas en la historia clínica del paciente.

Se obtuvieron además las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamiento quimioterápico, número de medicamentos concomitantes, interacciones descritas y su catalogación según su evidencia clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron en el estudio 75 pacientes, 54.7% hombres con una edad media de 64.7 años (DE: 14.3).

Los diagnósticos más frecuentes fueron: cáncer de próstata (20%), de mama (16%), leucemia mieloide crónica (13.3%), cáncer de pulmón (13.4%) y colorrectal (10.7%). Por otro lado, los tratamientos quimioterápicos más frecuentes fueron: capecitabina (20%), abiraterona (13,3%), dasatinib (8%) y enzalutamida (6,7%).

Los pacientes tomaban una media de 5.3 medicamentos concomitantes (DE: 3.9).

Se registraron un total de 39 interacciones en 30 pacientes (1.3 por paciente), de las cuales el 79.5% fueron catalogadas como de evidencia menor, 12.8% teóricas y 7.7% de evidencia mayor.

Las interacciones registradas con una mayor frecuencia de aparición fueron: capecitabina-omeprazol (20.5%) y enzalutamida-omeprazol (10.3%), ambas catalogadas de menor evidencia.

Conclusiones

Los citostáticos orales son fármacos con un perfil elevado de interacciones por su propias características farmacodinámicas y farmacocinéticas.

La población que recibe este tipo de medicación, es en muchos casos, de edad superior a los 65 años y compromete a pacientes polimedcados, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de la atención farmacéutica individualizada, tanto al inicio del tratamiento como en el seguimiento, para poner de detectar estas interacciones, aunque mayoritariamente sean catalogadas de evidencia menor, realizar un control de la adherencia y colaborar con el facultativo médico prescriptor en la valoración beneficio-riesgo del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1186. TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE PARA CANCER DE MAMA CON DOBLE TERAPIA ANTI-HER2 Y QUIMIOTERAPIA

AUTORES

DE BÉJAR RIQUELME N, TITOS ARCOS JC, AGÁMEZ LUENGAS ÁA, SORIA SOTO M, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ T, CLAVIJOS BAUTISTA S, PASCUAL BARRIGA M, SÁNCHEZ MARTÍNEZ I
HOSPITAL GRAL UNIV. JOSÉ M^A MORALES MESEGUER. AVDA. MARQUES DE LOS VELEZ, S/N. MURCIA

OBJETIVOS

Evaluar la tolerabilidad de la combinación Pertuzumab y Trastuzumab con Docetaxel-Carboplatino (esquema P-TCH), como tratamiento neoadyuvante en pacientes (p) con cáncer de mama (CM) HER2 positivo localizado o localmente avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico de pacientes en tratamiento quimioterápico neoadyuvante por CM HER2-positivo, en un hospital general. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas manuales e informatizadas (Selene®_version_5.3.3) y prescripción electrónica (Farmis_Oncofarm®_version_3.0.11.38) durante un periodo de 2 años (2015-2017), destacando el grado (G) máximo de toxicidad de cada efecto adverso (según criterios CTCAE), así como las reducciones de dosis y retrasos en el tratamiento. Se definió tolerabilidad como aquellos pacientes que finalizaron 6 ciclos con el esquema P-TCH sin haber reducido dosis. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante el Test exacto de Fisher. Programa estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 26 pacientes. La edad media $49 \pm 3,3$ años, todas mujeres. El 100% presentó reacciones adversas. Alopecia el 88.5% (23p); diarrea 88.5% (23p), siendo el 60.9% G1; astenia 84.6% (22p), 54.5% G2; náuseas 69,2% (18p), 55.5% G1; anemia 69.2% (18p), 55.5% G2; reacciones cutáneas 61.5% (16p), 68.7% G1; neutropenia 57.7% (15p), 40% G1; trombopenia 57.7% (15p), 53.3% G1; neurotoxicidad periférica 53.8% (14p), 92.8% G1; vómitos 42.3% (11p), 54.5% G1; mucositis 42.3% (11p), 90.9% G1; otras reacciones adversas digestivas 34.6% (9p); éxitus 0% (0p). El 50% (13p) retrasó algún ciclo. Un 30.8% (8p) disminuyó 15-20% las dosis de Carboplatino y Docetaxel, 6 por toxicidad hematológica y 2 por enteritis. Otro 7.7% (2p) sustituyó Carboplatino-Docetaxel por Paclitaxel por enteritis. Un 3.8% (1p) sustituyó Docetaxel por Paclitaxel por reacción alérgica. Tolerabilidad del 57.7% (15p). El factor predictivo para la no tolerabilidad fue la toxicidad hematológica (neutropenia, anemia y/o trombopenia $G \geq 3$) (Test exacto de Fisher $p0,03$).

Los efectos adversos más frecuentes fueron alopecia, diarrea y astenia en más de tres cuartas partes de los pacientes, siendo la mayoría grados 1-2, con buena tolerancia en más de la mitad de la población estudiada. Sin embargo, la aparición de toxicidad hematológica $G \geq 3$ se asoció con la intolerancia al esquema P-TCH, necesitando cambiar el tratamiento neoadyuvante o reducir la dosis de quimioterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1193. RESULTADOS EN PRÁCTICA HABITUAL DEL TRATAMIENTO PALIATIVO CON TRASTUZUMAB-EMTANSINA EN CÁNCER DE MAMA HER2+

AUTORES

DOMINGUEZ BACHILLER M, ZHAN ZHOU E, TORO CHICO P, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. C/ BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar el resultado clínico de Trastuzumab-Emtansina en monoterapia en tratamiento paliativo en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo localmente avanzado, irreseccable o metastásico que recibieron previamente trastuzumab y un taxano por separado o en combinación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario, que incluyó todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama Her2 positivo localmente avanzado, irreseccable o metastásico tratadas con Trastuzumab-emtansina como tratamiento paliativo, desde la inclusión del fármaco en septiembre de 2014 hasta marzo de 2018.

Los datos fueron recogidos a partir del módulo de pacientes ambulantes del programa de farmacia hospitalaria y del programa de historias clínicas oncológicas. Se registraron como variables: edad, ECOG al inicio del tratamiento, FEVI, número de ciclos, estado ganglionar, receptores hormonales, localización de metástasis, número de líneas previas y previa administración de Trastuzumab y/o taxanos. Se registró la fecha de inicio, de progresión y motivos de suspensión. Como variables de efectividad, se evaluaron la supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y tasa de respuesta objetiva (TRO)

Como variables de seguridad se recogieron las principales reacciones adversas (RA) y grado de toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

8 pacientes recibieron tratamiento con Trastuzumab-Emtansina, con una edad media de 53.3 años (39-74). Todas presentaron ECOG 0-1 al inicio del tratamiento y FEVI > 50%. La mediana de número de ciclos recibidos fue 7 (3-37). El 50% presentaban afectación axilar y el 75% receptores hormonales positivos. La localización de las metástasis fue: ósea (5/8), hepática (4/8), cerebral (3/8), pulmonar (2/8), ganglionar (1/8) y cutánea (1/8). La mediana de líneas previas fue 2. Siete pacientes recibieron previamente trastuzumab y taxano en combinación, y una de ellas recibió solo trastuzumab. La SLP a los 6 meses fue del 57%. La mediana de SLP fue de 8,9 meses (IC 95%: 7.1-10.7). La SG a los 24 meses fue del 87,5%. La TRO fue: enfermedad estable (37.5%), progresión de la enfermedad (37.5%), respuesta completa (12.5%) y respuesta parcial (12.5%).

Los motivos de suspensión fueron: progresión (4 pacientes), toxicidad por hiperbilirrubinemia (1 paciente), éxitus (1 paciente) y deterioro funcional (1 paciente). Actualmente una paciente continúa en tratamiento.

Todas las pacientes presentaron RA grado I-II: astenia (4/8), hipertransaminemia (2/8), mialgias (2/8), trombocitopenia (1/8), anorexia (1/8), mucositis (1/8), neuropatía (1/8) y náuseas (1/8). 2 pacientes presentaron RA grado III: trombocitopenia (1/8) y hiperbilirrubinemia (1/8).

El resultado de nuestro estudio muestra una mediana de SLP inferior a la obtenida en el ensayo pivotal, y sin embargo, una SG a los 2 años superior. Esta diferencia de resultados de efectividad puede ser debida, entre otros factores, a la limitación del tamaño muestral. Respecto a la seguridad, la mayoría de los efectos adversos experimentados por nuestras pacientes fueron leves, y solo en un caso se suspendió por toxicidad.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1196. ADENOCARCINOMA DE PULMÓN, MÚLTIPLES LÍNEAS DE TRATAMIENTO

AUTORES

BARRIGA RODRÍGUEZ P, ARNAIZ DÍEZ S, MARTÍN RIZO L, CABA HERNÁNDEZ C, MALPARTIDA FLORES M, GÓMEZ ESPÁRRAGO M, MARTÍN CILLERO MT, FERNÁNDEZ LISÓN LC
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. AVDA. PABLO NARANJO PORRAS, S/N. CÁCERES

OBJETIVOS

El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) representa entre el 85-90% de todos los cánceres de pulmón. Durante los últimos 25 años la distribución de los diferentes tipos histológicos ha cambiado, produciéndose un mayor aumento del adenocarcinoma frente a las otras histologías. El conocimiento de la genética de la patología y los continuos avances en desarrollo de fármacos dirigidos a las dianas terapéuticas implicadas ha hecho que cada vez se empleen tratamientos más específicos para cada paciente. El objetivo de este estudio es analizar las alternativas de tratamiento en primera y segunda línea y su eficacia en CPNM con histología adenocarcinoma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2016 hasta agosto de 2017, donde se registraron todos los pacientes diagnosticados de CPNM con histología de adenocarcinoma, localmente avanzado o metastásico, que recibieron algún tratamiento durante ese período de tiempo.

Los datos recogidos de cada paciente fueron: edad, sexo, estado mutacional del gen que codifica para EGFR, ALK y en el gen que codifica para la proteína KRAS, tratamiento de primera y segunda línea, e intervalo libre de progresión (ILP).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron 81 pacientes, 30 (37%) mujeres y 51 (63%) hombres, con una edad media de 65,9 ± 11,31 años. 16 (19,8%) pacientes presentaron mutación en el gen de EGFR, 4 (4,9 %) en el gen de ALK y 7 (8,6%) en la codificación de KRAS.

Durante el periodo estudiado, todos recibieron primera línea (1^aL) de tratamiento, 51 (63%) pacientes habían progresado a esta 1^aL y 30 (37%) pacientes continúan en tratamiento activo. El esquema de tratamiento mayoritario en 1^aL fue el doblete de platino-pemetrexed (35,3%), mientras que el mayor ILP se obtuvo con el tratamiento con anti-EGFR (12 meses)

35 (68,6%) pacientes recibieron una segunda línea (2^aL) de tratamiento, de los cuales, 20 (57,1%) pacientes progresaron a esta 2^aL y 15 (42,9%) permanecían en tratamiento activo. En 2^aL los esquemas de tratamiento mayoritarios fueron carboplatino-gemcitabina (20%) y docetaxel-nintedanib (20%) y presentaron mayor ILP, el doblete de platino con pemetrexed y docetaxel-bevacizumab (15 meses).

Conclusiones

Se observa que en la primera línea de tratamiento, a pesar de que la terapia anti-EGFR es la que mayor ILP presenta, se sigue utilizando más el doblete de platino-pemetrexed. Por ello la determinación del estado mutacional de EGFR sería determinante para conocer qué pacientes se pueden beneficiar de estos tratamientos.

Sin embargo, respecto a la segunda línea de tratamiento se encontró gran variedad, lo que puede ser debido a la situación concreta de cada paciente (estado funcional al inicio del tratamiento (ECOG), toxicidad acumulada o nueva determinación de biomarcadores).

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1208. DETERMINACIÓN DEL LUNG IMMUNE PROGNOSTIC INDEX (LIPI) COMO FACTOR PREDICTIVO DE RESPUESTA A INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

ZHAN ZHOU E, DOMINGUEZ BACHILLER M, TORO CHICO P, MIELGO RUBIO X, PEREZ ENCINAS M
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. CALLE BUDAPEST, 1. MADRID

OBJETIVOS

Analizar la correlación del LIPI con la efectividad y seguridad de la inmunoterapia en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de CPNM metastásico tratados con Nivolumab o Pembrolizumab entre Julio 2015 y Marzo 2018 en un hospital terciario.

LIPI es un índice pronóstico de respuesta compuesto de las variables ratio derivado neutrófilos-leucocitos (dNLR) y nivel de LDH. Un dNLR > 3 así como LDH > 3 veces el límite superior normal se han asociado a peor respuesta a inmunoterapia en CPNM. Dependiendo del número de factores presentes los pacientes se clasifican en 3 grupos pronósticos (bueno, intermedio o pobre).

Se recogieron del programa de Farmacia Hospitalaria y la historia clínica oncológica las siguientes variables: sexo, edad, ECOG, histología, mutaciones en EGFR y ALK, sobreexpresión de PD-L1, fármaco, línea de tratamiento, dNLR, LDH e índice LIPI al inicio del tratamiento, fecha de progresión y muerte, y efectos adversos (EA).

La efectividad se determinó calculando supervivencia libre de progresión (SLP) mediante curvas de Kaplan-Meier, así como la tasa de respuesta objetiva (TRO).

La seguridad se analizó recogiendo los EA y su gravedad según criterios CTCAE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 25 pacientes con una edad media de 66.5 años, de los cuales el 80% eran hombres. El 68% de los pacientes presentó ECOG 1-2 al inicio del tratamiento. La histología más frecuente fue adenocarcinoma (56%) seguido de epidermoide (32%) y otras (12%). Se determinó la presencia de mutaciones driver en el 76% de los pacientes, siendo negativa en todos los casos. En el 40% de los pacientes se evaluó la sobreexpresión de PD-L1, clasificándose en PD-L1 > 50% (4 pacientes), 1-49% (4 pacientes) y < 1% (2 pacientes). El 76% de los pacientes fue tratado con Nivolumab y el 24% con Pembrolizumab (3 de ellos en primera línea). Los pacientes se clasificaron en LIPI bueno (60%), intermedio (32%) o pobre (8%) al inicio del tratamiento.

La media de seguimiento fue 8.6 meses. La mediana de SLP fue 10.3 (IC95% 0.5-20.1). La mediana de SLP en el subgrupo LIPI bueno frente al subgrupo LIPI intermedio/pobre fue 10.5 (IC95% 7.1-13.8) vs 2.6 meses (IC95% 2.5-2.6), siendo una diferencia estadísticamente significativa. La TRO fue: respuesta parcial (36%), enfermedad estable (16%) y progresión de la enfermedad (36%). En 3 pacientes no pudo evaluarse la TRO al no haberse objetivado aún la respuesta al tratamiento. La supervivencia global en el momento del estudio se pudo calcular en el 28% de los pacientes.

Los EA más frecuentes fueron astenia (48%), toxicidad cutánea (32%), anorexia (28%) y artralgias (16%). La incidencia de EA moderados-graves varió entre el grupo LIPI bueno e intermedio/pobre (26.7% y 60% respectivamente).

En nuestra población los pacientes con LIPI bueno presentaron mayor SLP, así como menos EA, que aquellos con LIPI intermedio/pobre. A pesar de la limitación del tamaño muestral, se observó una correlación entre LIPI, efectividad y seguridad del tratamiento, posicionándose como un índice predictivo potencialmente aplicable a la práctica clínica que permite identificar pacientes que probablemente no se benefician de la inmunoterapia en CPNM.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1211. COMPARACIÓN RESPUESTAS PATOLÓGICAS COMPLETAS CON BLOQUEO DOBLE VERSUS SIMPLE, DEL RECEPTOR 2 DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO HUMANO (HER 2)

AUTORES

PELEGRIN TORRES P, ZAZO HERNANDEZ S, BÉCARES MARTINEZ FJ, HERNANDEZ SEGURADO M, CASTILLO BAZÁN E, CORDERO GUIJARRO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. REYES CATÓLICOS 2 28040. MADRID



OBJETIVOS

En el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) de Pertuzumab en neoadyuvancia, publicado enero de 2017, no se pudo concluir si la expresión de receptores hormonales (RRHH), condicionaba la respuesta patológica completa (pCR), aunque los datos por subgrupos mostraban mayor respuesta en tumores RRHH negativos. El objetivo de este estudio es comparar la pCR de un grupo de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio no avanzado, con receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), que recibió tratamiento neoadyuvante con trastuzumab + quimioterapia (QT) con otro grupo de características similares tratadas con Pertuzumab + Trastuzumab + QT, para observar si en la práctica clínica real hay diferencias entre tumores RRHH positivos o negativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio casos y controles, retrospectivo de revisión de resultados anatomopatológicos (AP) de dos grupos de pacientes, grupo control: pacientes tratadas con el esquema tradicional de neoadyuvancia de trastuzumab más quimioterapia. Grupo de casos pacientes tratadas con la asociación de Pertuzumab-Trastuzumab, más quimioterapia, de acuerdo con el protocolo de tratamiento neoadyuvante de cáncer de mama HER2 positivo aprobado por la Comisión de Farmacia del hospital. Las variables recogidas fueron: Periodo de estudio para los casos (10/2015 a 10/2017); y para los controles de enero a diciembre de 2014 expresión de RRHH; índice Ki-67; biopsia de mama.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 51 pacientes. De las tratadas con Pertuzumab-Trastuzumab (26), 4 no fueron operadas en el centro, por lo que no disponemos de resultados AP. En todos los casos el índice proliferativo Ki-67 era superior al 15%. Globalmente, sin tener en cuenta la expresión de los RRHH, las pCR fueron del 73% (16/22) en el grupo de casos y del 48% (12/25) en el grupo control.

De las 25 pacientes del grupo control, 17 expresaban RRHH, de las que 8 (47%) obtuvieron pCR; en las 8 restantes con RRHH negativos obtuvieron una pCR en el 50%. De las 22 pacientes tratadas con Pertuzumab-Trastuzumab-QT, 12 expresaban RRHH, de las que 7 (58%) obtuvieron pCR, sin embargo, en las pacientes (10) con RRHH negativos, se obtuvo pCR en el 90% de los casos.

Conclusiones

En pacientes con RRHH positivos la adición de Pertuzumab al tradicional tratamiento neoadyuvante de Trastuzumab + QT, modifica la respuesta patológica un 11% (58% vs 47%), sin embargo, este incremento sí es mayor, un 40% (90% vs 50%) en el grupo de pacientes con RRHH negativos.

Estos datos apuntan en la misma línea que ya recogía el IPT de Pertuzumab-Trastuzumab-QT en neoadyuvancia: mayor impacto de la doble terapia anti-HER2 en pacientes con RRHH negativos, sin embargo, dado que los subgrupos son pequeños no pueden extraerse conclusiones firmes.

Nuestra serie tiene pocos casos y tampoco podemos extraer conclusiones estadísticamente significativas, por lo que apoyamos la recogida de datos multicéntrica para concluir si la expresión de RRHH podría ser un criterio de selección de pacientes para el uso de doble tratamiento anti-HER2 en neoadyuvancia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1215. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

HIJAZI VEGA M, LÓPEZ MÉNDEZ P, REQUES SASTRE B, ACHAQUES RODRIGUEZ M, DIEZ FERNÁNDEZ R, MOLINA GARCÍA T

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12,5. MADRID

OBJETIVOS

El nivolumab es un anticuerpo monoclonal IgG4 anti PD-1 aprobado para el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) de histología escamosa y no escamosa, localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa basada en platino. El objetivo es evaluar en la práctica clínica habitual la efectividad y seguridad de nivolumab en este tipo de pacientes y comparar los resultados con lo descrito en los ensayos clínicos pivotaes (EC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CPNM que iniciaron tratamiento con nivolumab en el periodo de mayo2016-marzo2018. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, histología, estadio al inicio del tratamiento, dosis de inicio, número de líneas previas y duración del tratamiento. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de progresión (SLP) aplicando el estadístico Kaplan-Meier. Se realizó el análisis de los posibles factores influyentes sexo, edad, histología, estadio al inicio del tratamiento y número de líneas previas mediante regresión de Cox con el programa SPSS®24.0. Se recogieron de la historia clínica los efectos adversos (EA) registrados para la evaluación de la seguridad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 29 pacientes, un 93,1%eran hombres con una edad media de 68,3(±9,5)años. Un 72,4% presentaba CPNM de histología escamoso, 24,1% adenocarcinoma y uno de los pacientes poseía un inmunofenotipo nulo. Un 44,8% presentaban estadio IV al inicio del tratamiento y un 55,2% estadio III. Un 51,72% había recibido una línea previa, un 34,5% dos líneas previas y el 13,8% más de dos. La duración del tratamiento tuvo una mediana de 80 días IC95%(26-130). Se obtuvo una mediana de SLP estimada de 98 días IC95%(81,1-114,9)para adenocarcinoma, superior a los 70,92 días IC95%(66,1-101,1)obtenidos en el EC, mientras que la mediana de SLP estimada para histología escamosa fue de 87 días IC95%(69,4-104,5), inferior a los 105,93 días IC95%(65,1-149,9)obtenidos en los EC. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la SLP y el resto de variables. Se observó una mayor SLP estimada en pacientes con estadio IV al inicio del tratamiento, en comparación con aquellos con estadio III, así como los pacientes



con una línea previa de tratamiento frente a aquellos con dos o más líneas previas, sin embargo en ninguno de los dos resultados las diferencias fueron estadísticamente significativas. Respecto a la seguridad, un 24,1% presentaron al menos un EA. De acuerdo con el EC, el EA más frecuente fue la astenia/cansancio (14%). La toxicidad pulmonar fue más frecuente en la práctica clínica habitual que en los EC (14%vs3,2%). El resto de EA más frecuentes fueron: trastornos musculoesqueléticos (10%), lesión eritematosa (7%) y prurito (7%).

La mediana de la SLP en nuestra población fue superior a la obtenida en el EC en el caso de histología no escamosa e inferior en comparación con el de histología escamosa. Sin embargo, no hay ninguna variable que se asocie con una SLP mayor. En concordancia con los ensayos clínicos, la astenia/cansancio es una de las reacciones adversas más frecuentes, siendo la toxicidad pulmonar más frecuente en la práctica clínica habitual.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1225. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DEL ESQUEMA FLOT (FLUOROURACILO, FOLINATO CÁLCICO, OXALIPLATINO, DOCETAXEL) EN EL PREOPERATORIO DE CÁNCER GÁSTRICO

AUTORES

NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ PÉREZ Y, ALFARO OLEA MA, LARÍA CAMPAÑA C, CASO GONZÁLEZ A, NEBOT VILLACAMPA MJ, ZAFRA MORALES R, MARIN GORRICO R
HOSPITAL DE SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

Recientemente el régimen FLOT ha demostrado aumentar la supervivencia global y las tasas de resección en el tratamiento perioperatorio del cáncer gástrico y de la unión gastroesofágica frente a tratamiento estándar. El objetivo de este estudio es analizar el uso del esquema FLOT y estudiar los resultados del tratamiento neoadyuvante con dicho esquema en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un Hospital General de 630 camas. Se incluyeron a todos los pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado que iniciaron tratamiento neoadyuvante con el esquema quimioterápico FLOT entre Julio de 2017 y Marzo de 2018. Este régimen consiste en la administración de 4 ciclos preoperatorios y 4 postoperatorios con una periodicidad quincenal. Cada ciclo incluye docetaxel (50 mg/m²), oxaliplatino (85 mg/m²), folinato cálcico (200 mg/m²) y fluorouracilo (2600 mg/m² en perfusión intravenosa de 24h), todo administrado el día 1.

Mediante los programas de historia clínica electrónica Selene® y de prescripción de citostáticos Oncofarm® se recogieron las siguientes variables mediante una tabla Excel®: sexo, edad, estado funcional según escala ECOG, líneas de tratamiento previas, número de ciclos, causa de finalización temprana, intervención quirúrgica y tipo, respuesta al tratamiento neoadyuvante según el grado de Ryan modificado y márgenes quirúrgicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 14 pacientes, 10 hombres y 4 mujeres, con diagnóstico de cáncer gástrico localmente avanzado que habían recibido tratamiento neoadyuvante con el esquema FLOT. La edad media fue de 66,4 ± 13,2 años, el 85,7% presentaban un ECOG 0 y el 14,3% restante un ECOG 1. A la finalización de este estudio, 4 pacientes aun no habían completado la totalidad de ciclos preoperatorios. De los diez restantes, 1 interrumpió el tratamiento por mala tolerancia y 9 completaron el periodo neoadyuvante habiendo recibido una media de 4,4 ciclos (4-6 ciclos). De los pacientes que completaron tratamiento, uno estaba pendiente de cirugía a la finalización de este estudio; en 2 (22,2%) se realizó una laparoscopia exploratoria y resultaron ser irresecables; y 6 (66,7%), fueron finalmente intervenidos. El tipo de cirugía fue en todos los casos una gastrectomía (total o subtotal) con márgenes quirúrgicos libres. La respuesta al tratamiento neoadyuvante en los pacientes intervenidos fue en el 66,7% de los casos de grado 2 (respuesta parcial: persistencia del tumor, pero predominio de la fibrosis) y en el 33,3% de grado 3 (respuesta pobre o nula: predominio del tumor con o sin datos de regresión asociados).

Conclusiones

El uso del esquema FLOT se está convirtiendo en el estándar del tratamiento perioperatorio de pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado resecable. Los resultados muestran una buena tolerancia, solo un paciente interrumpió el tratamiento por toxicidad; y una tasa importante de éxito quirúrgico. Cabe destacar que solo se miden resultados en neoadyuvancia, por lo que convendría aumentar el tamaño muestral y realizar un seguimiento a largo plazo de estos pacientes para evaluar el impacto real del esquema en cuanto a éxito quirúrgico y supervivencia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1231. LOCALIZACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER COLORRECTAL METATÁSICO

AUTORES

HERRAIZ ROBLES P, ANGELES OYONARTE C, MARCOS RIBES B, CAMPILLO LÓPEZ J, HERNÁNDEZ GUÍO A, CAMACHO ROMERA MD, TALENS BOLÓS MA, GUILLÉN MARTÍNEZ O
HOSPITAL SAN JUAN DE ALICANTE. CTRA. ALICANTE - VALENCIA, S/N. ALICANTE

OBJETIVOS

En los últimos años se han publicado diversos estudios que evidencian mejor pronóstico en pacientes con cáncer de colon izquierdo (CCI) comparados con los de lado derecho (CCD). Además, los primeros parecen responder mejor a fármacos anti-EGFR (cetuximab y panitumumab), mientras que pacientes con CCD podrían ir mejor con bevacizumab. El objetivo del estudio es evaluar la respuesta en pacientes con CCI tratados con estos fármacos en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron los pacientes con cáncer colorrectal izquierdo metastásico que iniciaron tratamiento en primera línea con cetuximab, panitumumab o bevacizumab entre enero 2015 y diciembre 2017. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una base de datos con las siguientes variables: datos demográficos (edad, sexo, performance status-PS-), datos de enfermedad al inicio del tratamiento (TNM, localización tumoral y metastásica y estado mutacional RAS/BRAF) y datos del tratamiento (fecha de inicio, esquema terapéutico, fecha de recaída y de muerte).

La respuesta se evaluó mediante revisión radiológica basada en criterios RECIST, se calculó la mediana en meses de la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) hasta la fecha fin del estudio (marzo 2018). Se excluyeron los pacientes con CCI y CCD sincrónico, así como aquellos en que no se pudo medir respuesta por éxitus prematuro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 31 pacientes tratados con bevacizumab (68% hombres; edad media 74,5 años) y 11 pacientes tratados con anti-EGFR (73% hombres; edad media 63,6 años). En el grupo de bevacizumab el PS fue de 0 en el 36%(n=11), 1 en el 61%(n=19), y 2 en el 3%(n=1). El 77% de los pacientes(n=24) presentaba estadio IV. Localización tumoral: recto 45%(n=14), sigma 35%(n=11), unión recto-sigma 19%(n=6) y ángulo esplénico 3%(n=1); las metástasis más frecuentes fueron: hepática (71%, n=22), pulmonar (19%, n=6) y ganglionar (19%, n=6). RAS mutado en el 77%(n=24) y 100% BRAF nativo. El esquema terapéutico estaba basado en oxaliplatino en el 84%(n=26), irinotecán 13%(n=4) y 1 paciente llevó triplete con ambos.

En el grupo con anti-EGFR el 36%(n=4) llevó cetuximab y 64%(n=7) panitumumab. El PS fue de 0 en el 27%(n=3) y 1 en el 73%(n=8); estadio IV en el 91% de los pacientes(n=10). Localización tumoral: sigma 73%(n=8), recto 9%(n=1), unión recto-sigma 9%(n=1) y ángulo esplénico 9%(n=1); metástasis en hígado (91%, n=10), peritoneo (27%, n=3) y pulmón (18%, n=2). El 73%(n=8) llevó quimioterapia basada en oxaliplatino, y 27%(n=3) irinotecán.

Evaluación de respuesta: El 10% de pacientes con bevacizumab(n=3) presentó respuesta completa(RC), 61%(n=19) respuesta parcial(RP), 26%(n=8) estabilidad de la enfermedad(EE) y 3%(n=1) progresión. Entre los pacientes con cetuximab o panitumumab, se objetivó RC en el 18%(n=2), RP 55%(n=6) y EE 27%(n=3). 10 pacientes fallecieron en el grupo de bevacizumab (32%) y 2 pacientes con anti-EGFR (18%). La SLP con cetuximab/panitumumab fue de 12,5 y SG 20,0; con bevacizumab SLP=10,0 y SG=17,6.

En nuestro estudio, los pacientes con CCI tratados con anti-EGFR presentaron un porcentaje de respuesta, una SLP y SG ligeramente superiores a los tratados con bevacizumab, lo que se correspondería con lo descrito en la bibliografía. Sin embargo, el reducido tamaño muestral y el hecho de que haya pacientes que no hubieran progresado ni fallecido en la fecha fin del estudio, hacen necesario un mayor período de seguimiento para poder evaluar SLP y SG, y poder obtener resultados concluyentes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1233. INFLUENCIA DE LA EXPOSICIÓN PREVIA A ANTI-HER2 EN LA EFECTIVIDAD REAL DE PERTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER-2 POSITIVO

AUTORES

PUIVECINO MORENO C, ALCALA SOTO A, SIERRA SANCHEZ JF, MARTINEZ BAUTISTA MJ, GAVIRA MORENO R
HOSPITAL SAS JEREZ DE LA FRONTERA. RONDA DE LA CIRCUNVALACIÓN S/N. CÁDIZ

OBJETIVOS

Analizar la influencia de la exposición previa a fármacos bloqueadores del receptor HER2 sobre la efectividad de pertuzumab en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2-positivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico. Se seleccionaron todas las pacientes con cáncer de mama metastásico HER2-positivo que iniciaron tratamiento con pertuzumab, trastuzumab y docetaxel (PTD) desde Julio de 2014 hasta Enero de 2018 en un área de salud atendida por dos hospitales. La variable principal de resultado fue la media de supervivencia libre de progresión (SLP), definida como tiempo desde el inicio del tratamiento con PTD hasta la progresión o muerte. Las dos cohortes a comparar se diferenciaron por la exposición previa a fármacos bloqueadores del receptor HER2: trastuzumab, pertuzumab, lapatinib. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Diraya) y los datos sobre el tratamiento del programa Farmis-Oncofarm. La comparación en la variable principal entre ambas cohortes se realizó a través del log-rank test, obteniéndose las curvas de supervivencia mediante la metodología de Kaplan-Meier.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante un periodo de 3,5 años se han tratado con PTD 36 pacientes con cáncer de mama metastásico HER2+, dentro de un área de salud de 661.413 habitantes, lo que implica una tasa de tratamiento de 16 pacientes por cada 100.000 habitantes y año. La media de edad fue de 52,5 años (30-75). La cohorte A (con exposición previa a anti-HER2) estuvo constituida por 20 pacientes. La cohorte B (sin exposición previa a anti-HER2) estuvo constituida por 16 pacientes. Se incluyeron datos censurados de 6 pacientes de la cohorte A y 6 pacientes de la cohorte B, por permanecer sin progresión en el momento del análisis. La media de SLP en el global de los pacientes fue de 11,26 meses. En la cohorte A la media de SLP fue de 8,4 meses frente a 14,8 meses en la cohorte B, encontrándose una diferencia de 6,4 meses (log-rank test $z=2,44$; $p=0,0146$). La exposición previa a fármacos bloqueadores del receptor HER2 podría tener una influencia negativa en los resultados de efectividad del esquema PTD medido en términos de SLP. No se han estudiado en cambio la posible influencia de otros factores en este resultado.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1235. ESTUDIO UNICÉNTRICO, PROSPECTIVO DE SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA EN HOSPITAL DE DÍA DE BEVACIZUMAB EN TIEMPO REDUCIDO****AUTORES**

IBARROLA IZQUIERDO I, FERNANDEZ DIAZ E, LLONA ARMADA A, BLAZQUEZ URTIZBEREA U, MARTINEZ AGUIRRE I, LOIZAGA DIAZ I, PEREZ HOYOS MT, AGUIRREZABAL ARREDONDO A
HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. AVDA. DE MONTEVIDEO, 18. VIZCAYA

OBJETIVOS

Confirmar que la infusión intravenosa del bevacizumab a velocidad de 0.5 mg/kg/min (en 10 ó 15 minutos según dosis) es segura sin aumento de las reacciones infusionales.

Objetivo secundario: Valoración de la satisfacción de los pacientes tratados ante el descenso del tiempo de infusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en nuestro hospital entre enero 2017 y marzo 2018 en el que se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de adenocarcinoma colorrectal metastásico (CCRm), vistos en consulta de Oncología Médica que iniciaron tratamiento según práctica clínica habitual con alguno de los esquemas que incluyen bevacizumab (XELOX-bevacizumab, Bevacizumab trisemanal, Bevacizumab-capecitabina, FOLFIRI-Bevacizumab, FOLFOX-6mod-Bevacizumab) y firmaron el consentimiento informado.

En todos los esquemas el bevacizumab se administró a una velocidad de 0,5 mg/kg/min (15 minutos la dosis de 7,5 mg/kg y 10 minutos la dosis de 5 mg/kg).

Variables recogidas: edad, sexo, diagnóstico, esquema de tratamiento, dosis de bevacizumab, reacciones infusionales (sí/no). Si las hubiese, se recogerían como es práctica habitual por el personal de enfermería de Hospital de Día en Oncofarm®.

Para valorar la satisfacción de los pacientes incluidos se realizó una breve encuesta antes del inicio del tratamiento, que testaba la importancia que conceden los pacientes al tiempo de estancia en Hospital de día:

- A todos los pacientes: “¿Cuánto le afecta en su vida el tiempo dedicado a la administración de su tratamiento en Hospital de día? (R: 1. NS/NC/Indiferente; 2. Algo; 3. Bastante; 4. Mucho)”

- A los pacientes que ya habían recibido previamente bevacizumab a velocidad habitual: “¿Cómo valoraría usted que el tiempo de estancia en Hospital de día para la infusión de bevacizumab se redujera? (R: 1. NS/NC/Indiferente, 2. Algo, 3. Bastante, 4. Mucho)”.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

Se incluyeron 17 pacientes (70,6% hombres, 62,2 años) en tratamiento con los siguientes protocolos: FOLFOX-bevacizumab (10 pacientes), XELOX-bevacizumab (4) y FOLFIRI-bevacizumab (3). Únicamente 4 pacientes habían recibido dosis previas de bevacizumab. Ningún paciente presentó reacciones infusionales debidas a la administración de bevacizumab en tiempo reducido.

15 pacientes respondieron la encuesta previa al tratamiento. La mayoría (7), consideraron que el tiempo de administración del tratamiento les afecta bastante.

Los pacientes que habían recibido dosis previas de bevacizumab valorarían bastante (1pac)/mucho (2pac) que el tiempo de administración se redujera.

Conclusiones

La administración de bevacizumab en tiempo reducido no influye en la seguridad de su administración, pero sí en la percepción de los pacientes respecto a su tratamiento, mejorando su calidad de vida, objetivo fundamental en el contexto de paliación en el que es usado dicho fármaco.

La administración en tiempo reducido permitiría ahorrar costes en Hospital de día, pidiendo optimizar su ocupación al necesitar menor tiempo de tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1243. USO Y SEGURIDAD DEL ESQUEMA FOLFIRINOX EN CÁNCER DE PÁNCREAS****AUTORES**

NÚÑEZ RODRÍGUEZ J, GÓNZALEZ PÉREZ Y, ALFARO OLEA MA, ZAFRA MORALES R, CASO GONZÁLEZ A, NEBOT VILLACAMPA MJ, CALVO ARAGÜETE ME, CASAJÚS NAVASAL A
HOSPITAL DE SAN PEDRO. C/PIQUERAS 98. LA RIOJA

OBJETIVOS

- Analizar el perfil de utilización de FOLFIRINOX

- Valorar la incidencia y gravedad de reacciones adversas (RA) con el esquema FOLFIRINOX.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital general en el que se incluyeron todos los pacientes con adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado o metastásico que iniciaron tratamiento con el esquema FOLFIRINOX (oxaliplatino (85 mg/m²), folinato cálcico (400 mg/m²), irinotecan (180 mg/m²) y fluorouracilo (400 mg/m² bolus seguido de 2.400 mg/m² en perfusión de 48h) cada 14 días desde Diciembre de 2012 hasta Febrero de 2018. Fue requisito haber recibido más de dos ciclos. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, estadio de la enfermedad (resecable, irresecable o metastásico), estado funcional según escala ECOG, localización de las metástasis, líneas previas,



número de ciclos, reducción posológica, retrasos en el ciclo, causa de finalización, líneas posteriores, RA y gravedad de las mismas según los criterios NCI-CTCAE-v5.0. Los datos se obtuvieron a través del programa de dispensación de citostáticos, la historia clínica electrónica y la aplicación del laboratorio existente en el centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 29 pacientes (62,1% hombres) diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado (13,8% resecable y 34,5% irresecable) o metastásico (51,7%). La mediana de edad al inicio fue de 59,5 ± 8,8 años, el 72,4% de los pacientes presentaban ECOG 0 y el 27,6% ECOG 1. Las metástasis (15 pacientes) se localizaron en hígado (80%), peritoneo (46,7%) y pulmón (13,3%). El 96,6% de los pacientes recibieron FOLFIRINOX en primera línea y un paciente tras progresión con nab-paclitaxel-gemcitabina, además 6 pacientes habían recibido terapia adyuvante con gemcitabina en monoterapia (5) o combinada con otros agentes quimioterápicos (1). Diez pacientes (34,5%) comenzaron el esquema con alguna modificación posológica: 7 con una reducción al 80-90% en todo el esquema, 2 con irinotecan al 80% y 1 sin bolo de fluorouracilo. La media de ciclos recibidos fue de 6,9 ± 3,0 ciclos. A la finalización del estudio, 3 pacientes fueron derivados al servicio de cirugía para realizar una resección, 3 pacientes continuaban tratamiento y el resto había finalizado por diversas causas: 12 por progresión de la enfermedad, 6 por respuesta parcial, 4 por toxicidad y 1 por exitus. El esquema más prescrito tras progresión (12 pacientes) fue nab-paclitaxel-gemcitabina (83,3%) y tras toxicidad (4 pacientes) FOLFIRI (75,0%).

En todos los pacientes se observó algún tipo de RA, entre las que destacaron: anemia (89,7%), neutropenia (75,9%), neurotoxicidad (72,4%), hiperglucemia (65,5%), trombopenia (55,2%), elevación de las transaminasas (51,7%), náuseas/vómitos (41,4%), astenia (41,4%) y diarrea (31,0%). Además, 6 pacientes presentaron RA de grado 3 y 3 pacientes presentaron neutropenia grado 4. Debido a toxicidad un 31,0% (9) de los pacientes sufrió una reducción posológica posterior y un 55,2% (16) presentó algún retraso en la periodicidad de los ciclos.

Conclusiones

El uso del esquema FOLFIRINOX en cáncer de páncreas localmente avanzado y metastásico, muestra alta incidencia de toxicidad a nivel hematológico, neurológico y digestivo, pero mediante una adecuada selección de pacientes y un correcto ajuste posológico permite la resecabilidad o el tratamiento posterior con otras líneas menos agresivas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1249. CITOSTÁTICOS MÁS UTILIZADOS EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: COMPATIBILIDAD DE SU INFUSIÓN CONCOMITANTE CON OTROS MEDICAMENTOS HABITUALES.

AUTORES

AVILA CABRERA F, GONZALEZ VAQUERO D, JOFRÉ PERALTA A, URDA ROMACHO J, MARTO ROSA A, ACOSTA ROBLES P, MARTINEZ DE LA PLATA JE, CASTRO VIDA MA
HOSPITAL DE PONIENTE. CARRETERA DE ALMERIMAR S/N. ALMERÍA

OBJETIVOS

Estudio de compatibilidad de la administración en “Y” entre antineoplásicos utilizados en pediatría y otros fármacos administrados a la vez. Se pretende mejorar la dinámica de la administración de terapia oncológica en pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en el programa Oncofarm® de los fármacos más utilizados en la unidad de oncología pediátrica de un hospital de tercer nivel y se seleccionaron los fármacos quimioterápicos más frecuentes (dacarbacina, citarabina, ciclofosfamida, daunorubicina, idarubicina, cisplatino, doxorubicina, ifosfamida, vincristina sulfato, etopósido fosfato, rituximab, dacarbazina, carboplatino, metotrexato). Se revisaron y seleccionaron los fármacos más frecuentemente prescritos a través del programa Farmatools® (dexametasona, ketorolaco, mesna, pantoprazol, metamizol, paracetamol, ceftazidima, ondansetrón, vancomicina, morfina, tramadol, imipenem-cilastatina, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, cefotaxima, omeprazol, hidratación con bicarbonato sódico, hidratación con potasio, hidratación con magnesio). Para el estudio de compatibilidad en su administración en “Y” se consultaron la base de datos Micromedex®, libro SEFH de medicamentos citostáticos 4ª edición, Stabilis® y fichas técnicas de medicamentos. Se realizó una tabla para clasificar el grado de compatibilidad como “no probada”, “incompatible” y “compatible”

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Antibióticos revisados: ceftazidima es compatible en “Y” con citarabina, ciclofosfamida, cisplatino, metotrexato y antraciclinas; vancomicina, incompatible con rituximab y metotrexato; vancomicina y ceftazidima son compatibles con ciclofosfamida, cisplatino, citarabina, carboplatino; imipenem-cilastatina y cefotaxima son compatibles con citarabina, cisplatino, metotrexato, doxorubicina liposomal, potasio cloruro y magnesio sulfato; amoxicilina y amoxicilina-clavulánico no existen datos. Analgésicos: destaca la falta de estudios de compatibilidad con paracetamol, metamizol, morfina y tramadol. El ketorolaco es el más estudiado, presentando compatibilidad con todos los fármacos estudiados excepto con daunorubicina, idarubicina y dacarbacina. Antieméticos: ondansetrón compatible con todos los antineoplásicos estudiado y no compatible con suero de bicarbonato sódico. Corticoides: dexametasona compatible con ciclofosfamida, doxorubicina, suero con bicarbonato y suero con potasio e incompatible con idarubicina, metotrexato y sueros con magnesio. Antiácidos: pantoprazol es compatible con citarabina, ciclofosfamida, doxorubicina, sueros con potasio e incompatible con cisplatino, metotrexato, doxorubicina, sueros con bicarbonato y con sueros con magnesio.

Conclusiones

Se ha observado que existe un déficit de estudios de compatibilidad en “Y”, destacando la falta de datos de numerosos analgésicos. El antibiótico ceftazidima es compatible con todos los fármacos estudiados excepto las antraciclinas. El

antiemético más frecuente (ondansetrón) es compatible con todos los antineoplásicos. Este estudio es una herramienta para optimizar el trabajo de enfermería, evitando posibles demoras innecesarias o administraciones inadecuadas por desconocimiento en su compatibilidad y mejorar la seguridad del paciente durante su tratamiento de quimioterapia.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1259. OSIMERTINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO Y MUTACIÓN EFGR T790M

AUTORES

ULACIA EPELDE L, ALDAVE COBOS P, ILLODO BECERRA JA, PINILLA LEBRERO G, CALVO ARBELOA M, POLO GARCIA J, IRUIN SANZ A, LARREA GOÑI N

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. CALLE DE IRUNLARREA 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de osimertinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico, con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EFGR) T790M, en segunda línea o posterior, incluidos en nuestro Centro dentro del programa de “acceso precoz” durante el año 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron tres pacientes diagnosticados de CPNM con mutación EFGR T790M positivo en estadio IV en tratamiento con osimertinib 80 mg diario, en segunda línea o posterior. Se recogieron datos de la historia clínica informatizada y de los registros de dispensación del programa informático de farmacia. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, diagnóstico, localización de las metástasis, líneas de tratamiento, inicio y duración del tratamiento, dosis y efectos adversos (EA). La respuesta al tratamiento se evaluó según criterios RECIST a los 2 meses del inicio del tratamiento y posteriormente de forma periódica cada 4 meses. Los EA fueron clasificados según el CTCAE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Caso 1: mujer de 44 años, diagnosticada de CPNM estadio IV (lesiones óseas), tratada previamente con gefitinib en primera línea y en tratamiento actual con osimertinib iniciado en febrero de 2017. En las sucesivas evaluaciones de la respuesta por imagen, no se han objetivado variaciones a lo largo del tiempo, con enfermedad estable (EE) clínica y radiológica. Los EA presentados han sido astenia grado 2 y efectos gastrointestinales grado 1, que no han requerido reducciones de dosis.

Caso 2: mujer de 61 años, diagnosticada de CPNM estadio IV con metástasis óseas y hepáticas tratada previamente con carboplatino/pemetrexed y gefitinib. Recibe tratamiento con osimertinib desde febrero de 2017. Los estudios de control realizados por TAC no presentan cambios significativos desde el inicio del tratamiento (EE). Los EA presentados han sido reacciones gastrointestinales grado 1, trombopenia grado 1 y linfopenia grado 2, sin requerir de modificación en la dosis.

Caso 3: varón de 69 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica moderada, diagnosticado CPNM estadio IV con afectación hepática y suprarrenal y tratado previamente con erlotinib y gefitinib. Se encuentra en tratamiento desde septiembre de 2017, necesitando de la interrupción de dosis en 3 ocasiones, una por plaquetopenia grado 1 y en otras dos por deterioro de la función renal. Otros EA observados fueron alteraciones hepáticas, mucositis y rash cutáneo. De forma similar a los otros dos casos, el paciente se mantiene radiológicamente estable y con beneficio clínico.

Los pacientes continúan actualmente con el tratamiento aunque recientemente se ha cerrado el programa de acceso precoz tras la comercialización en España de Osimertinib.

Conclusiones

El uso de osimertinib puede ser una alternativa eficaz en pacientes con CPNM con mutación EFGR T790M positivo, aún incluso en líneas avanzadas de tratamiento. Sin embargo, se necesitan más estudios “real world” que confirmen la efectividad del medicamento.

En cuanto a la seguridad, los EA observados en estos pacientes son concordantes con los descritos en la ficha técnica del fármaco y en general bien tolerados. En ningún caso, se detectó un aumento del intervalo QT.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1277. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CARFILZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO A TRATAMIENTOS PREVIOS

AUTORES

PINILLA LEBRERO G, CALVO ARBELOA M, ULACIA EPELDE L, ILLODO BECERRA JA, MONTESERIN GARRASTATXU I, ALDAVE COBOS P, LARRAYOZ SOLA B, SAROBE CARRICAS M

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. C/ IRUNLARREA, 3. NAVARRA

OBJETIVOS

Carfilzomib es un fármaco de reciente comercialización que actúa inhibiendo el proteosoma de las células, dando lugar a una actividad antiproliferativa y proapoptótica de células tumorales. Este estudio se centra en el análisis de la eficacia y seguridad de carfilzomib en pacientes adultos con mieloma múltiple que hayan recibido como mínimo un tratamiento previo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron 12 pacientes a los que se les ha administrado carfilzomib desde febrero de 2015 hasta abril de 2018.

La búsqueda y recogida de datos se ha realizado a través del programa Historia Clínica Informatizada.

Las variables que se recogieron en este estudio fueron: sexo, edad, tipo de mieloma múltiple, tratamiento de carfilzomib como biterapia o triterapia, así como el número de ciclos, duración y línea de tratamiento en la que se ha administrado, tratamiento anterior recibido y reacciones adversas.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 12 pacientes (9 hombres), con una mediana de edad de 74 años (rango de 34-82 años) diagnosticados de mieloma múltiple. En cuanto al tipo de mieloma, el predominante fue el de tipo IgG lambda estadio III-A (33,33%).

Del total de pacientes analizados, 7 de ellos recibieron carfilzomib y dexametasona (58,33%), 3 carfilzomib, lenalidomida y dexametasona (25%) y 2 carfilzomib, ciclofosfamida y dexametasona (16,67%). El número de ciclos recibidos de carfilzomib fue de 3 (1-7) con una duración media de 2,83.

Los pacientes recibieron de 1 a 5 líneas de tratamiento previas (mediana de 4), que incluían bortezomib (100%), lenalidomida (83,33%) y talidomida (33,33%). El número de pacientes a los que se les realizó previamente un trasplante fue de 7 (58,33%).

La mediana de la supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 2 meses (rango 0,5-15).

De todos ellos, 6 fueron exitos (50% durante el tratamiento con carfilzomib y el otro 50% recibiendo otras líneas de tratamiento posteriores) y 3 se encuentran con otras líneas de tratamiento debido a la progresión de la patología.

Actualmente, 3 continúan con carfilzomib (2 de ellos recibiendo diálisis).

Con respecto a las reacciones adversas, las predominantes fueron reacciones hematológicas (trombocitopenia y anemia) y disnea. Un paciente, presentó insuficiencia cardíaca por lo que se ajustó el tratamiento pero aun así se decidió suspenderlo por empeoramiento de dicha reacción. El agravamiento de la insuficiencia renal fue patente en el 33,33% de los pacientes.

Conclusiones

Comparando la eficacia de nuestros pacientes con los datos obtenidos en los ensayos pivotaes (ASPIRE y ENDEAVOR), se refleja que es inferior a la de los ensayos. Los sujetos de los ensayos habían recibido de 1 a 3 líneas de tratamiento previas (mediana de 2) mientras que en nuestro estudio la mediana era de 4.

Los motivos de suspensión fueron la progresión de la enfermedad o reacción adversa.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1279. INMUNOONCOLOGÍA: EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD DE NIVOLUMAB Y PEMBROLIZUMAB

AUTORES

DOMÍNGUEZ BARAHONA A, RUBIO SALVADOR AR, QUIRÓS AMBEL H, GARCÍA SACRISTÁN A, GONZÁLEZ SUÁREZ S, MARTÍNEZ MORENO E, CHACÓN LÓPEZ-MUÑOZ JI, MOYA GÓMEZ P
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. AVENIDA BARBER 30. TOLEDO

OBJETIVOS

Evaluar la toxicidad registrada en los pacientes tratados con nivolumab (N) y pembrolizumab (P) en el Servicio de Oncología en un hospital general de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal de los pacientes tratados con N y P (enero 2017 - marzo 2018).

Se registraron datos demográficos (sexo, edad), tipo de tumor, signos de toxicidad (tipo de afectación, grado de toxicidad) y medidas aplicadas para su manejo.

Los datos se recogieron a través del módulo de prescripción electrónica para pacientes oncohematológicos y del sistema de historia clínica informatizada. Para categorizar el grado de toxicidad se utilizó la Grading Scale in Managing ImmuneMediated Adverse Events (CTCAE).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 127 pacientes, con edad media de 63 años (26-84), 100 hombres (78,75%), 27 mujeres (21,25%); 120 con N (94,5%): [90 (75%) carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM), 11 (9,2%) melanoma, 8 (6,67%) carcinoma de cabeza y cuello, 8 (6,67%) hipernefoma de riñón, 1 (0,83%) adenocarcinoma vía biliar, 1 (0,83%) hepatocarcinoma y 1 (0,83%) carcinoma de vejiga], y 7 con P (5,5%): [5 (71,4%) CPNM, 1 (14,3%) melanoma y 1 (14,3%) adenocarcinoma de útero].

Se registraron 141 reacciones adversas (RA), en 78 pacientes (61,4%); 133 (94,3%) por N, 8 (5,7 %) por P. 50 RA (35,5%) se registraron como grado 1; 72 (51,1%) grado 2; 15 (10,6%) grado 3 y 4 (2,8%) grado 4.

La distribución de RA registradas en función de la patología fue:

- CPNM: 118 RA (61 pacientes-48%): 20 (16,9%) pulmonares, 29 (24,6%) afecciones del estado general, 22 (18,6%) gastrointestinales, 9 (9,3%) infecciosas, 19 (16,1%) cutáneas, 7 (5,9%) musculoesqueléticas, 4 (3,4%) hepáticas, 2 (1,7%) hematológicas, 3(2,5%) inmunológicas, 1 (0,8%) cardíaca, 1 (0,8%) renal y 1 (0,8%) endocrina.

- Melanoma: 12 RA (6 pacientes-50%): 4 (33,4%) cutáneas, 3 (25%) gastrointestinales, 2 (16,7%) afecciones del estado general, 1 (8,3%) pulmonar, 1 (8,3%) renal y 1 (8,3%) infecciosa.

- Hipernefoma de riñón: 5 RA (5 pacientes-62,5%): 3 (60%) cutáneas, 1 (20%) hepática y 1 (20%) afección del estado general.

- Carcinoma de cabeza y cuello: 4 RA (4 pacientes-50%): 2 (50%) pulmonares, 2 (50%) cutáneas.

- Carcinoma de vejiga: 2 RA (1 paciente-100%): 1 (50%) afección del estado general y 1 (50%) cutánea.

- Adenocarcinoma de útero: 1 RA (1 paciente-100%): 1 afección del estado general.

- Hepatocarcinoma: 0 RA

- Adenocarcinoma biliar: 0 RA

Todas las RA fueron tratadas según el algoritmo general de tratamiento establecido en el hospital: estrecha vigilancia y tratamiento sintomático para grado 1; tratamiento corticoideo y vigilancia para grado 2; tratamiento corticoideo, vigilancia y suspensión temporal para grado 3 y hospitalización, tratamiento corticoideo y suspensión definitiva para grado 4.



Conclusiones

El 61,4% de nuestros pacientes ha presentado toxicidad durante su tratamiento con inmunoterapia, que en el 2,8% ha obligado a la interrupción definitiva. Aunque en la mayoría de ellos ha sido de carácter leve y manejable con medidas generales sin suponer interrupción de tratamiento, es necesario prestar especial atención a la aparición de cualquier signo de toxicidad y registrarla para intervenir de manera precoz

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1287. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO.

AUTORES

LÓPEZ MÉNDEZ P, HIJAZI VEGA M, REQUES SASTRE B, DIEZ FERNÁNDEZ R, MOLINA GARCIA T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. CARRETERA DE TOLEDO KM 12,5. MADRID

OBJETIVOS

Regorafenib es un antineoplásico oral que ha demostrado una modesta mejora de la supervivencia global en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm), con un elevado riesgo de efectos adversos y sin ninguna mejora en la calidad de vida. El objetivo de este estudio es evaluar en la práctica clínica habitual la efectividad y seguridad de regorafenib en pacientes diagnosticados de CCRm y comparar los resultados con los descritos en el ensayo clínico pivotal (EC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CCRm tratados con regorafenib desde enero 2014 hasta diciembre 2017. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, localización (colon/recto), estado de KRAS, número de líneas previas y reducciones de dosis. La efectividad se evaluó con la variable supervivencia libre de progresión (SLP) aplicando el estadístico Kaplan-Meier. Se realizó el análisis de los posibles factores influyentes (sexo, localización, estado de KRAS y número de líneas previas) mediante regresión de Cox con el programa SPSS®24.0. Se recogieron de la historia clínica las reacciones adversas registradas para la evaluación de la seguridad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 32 pacientes; un 68,8% de hombres con una media de edad de 68,3 ($\pm 8,4$) años. La localización del tumor primario fue el colon en un 53,1% de los pacientes. Un 59,4% presentaba el estado KRAS nativo. Un 59,4% habían recibido dos líneas previas y un 40,6% tres o más líneas. Se obtuvo una mediana de SLP estimada de 80,1 días IC95%(57,7-102,3) superior a los 57,8 días IC95%(57,8-63,9) obtenidos en el EC. En el análisis multivariante se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el estado de KRAS nativo con un HR: 6 (IC95% 1,5-24,3; $p < 0,013$). En cuanto a la seguridad, el 84,4% de los pacientes presentaron al menos un efecto adverso, resultado similar al EC (93%), con una media de 2 reacciones adversas por paciente. Un 53% de los pacientes requirieron una reducción de dosis por toxicidad, frente al 20% obtenido en los EC. La astenia/fatiga fue el efecto adverso más frecuente con un 53,1%, seguido de diarrea (25%), epigastralgia (18,8%), eritrodisestesia palmo-plantar (15,6%), hipertensión (15,6%), mucositis (15,6%), disfonía (15,6%), anorexia (12,5%), infección (6,3%), malestar general (6,3%), náuseas y vómitos (3,1) y enteritis (3,1%). A pesar de obtener una SLP superior a la descrita en el EC, sigue siendo una mejora marginal en la supervivencia de esta enfermedad con una elevada incidencia de efectos adversos. El único factor influyente significativo, reflejado también en el EC, fue la expresión de KRAS; en el que la ausencia de mutación se relaciona con una mayor SLP.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1288. NIVOLUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

AUTORES

FORTES GONZALEZ MS, VAZQUEZ BLANCO S, DE MIGUEL BOUZAS JC, CASTRO DOMINGUEZ JM, HERRERO POCH L, VILLAMAYOR BLANCO L
HOSPITAL POVISA. RUA DE SALAMANCA, 5. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de Nivolumab en Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM) en práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (2 años de duración) de pacientes adultos con CPNM tratados con Nivolumab. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas y del programa Farmis-Oncofarm®.

Se registraron: sexo, edad, ECOG, histología, estadio, líneas de quimioterapia previa, ciclos recibidos de Nivolumab y duración del tratamiento. Para evaluar la efectividad se utilizó la tasa de respuesta objetiva (TRO), supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). La seguridad fue evaluada mediante la aparición de efectos adversos (EA) de acuerdo a la Common Toxicity Criteria Adverse Events v4.3.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 18 pacientes (77,8% hombres), con una mediana de edad de 63 (38-77) años diagnosticados de CPNM (50% adenocarcinomas y 50% de tipo escamoso). El 66,7% de los pacientes se hallaban en estadio III, mientras que el resto estaban en estadio IV. Previo al inicio de tratamiento con Nivolumab, los pacientes habían recibido una media de 3 líneas de quimioterapia previa, incluyendo al menos un platino en el 100% de los casos. El 66,7% de los pacientes presentaba ECOG 1 y el resto ECOG 0.

La pauta empleada fue de 3 mg/kg cada 2 semanas, no precisando ningún paciente reducción de dosis. Con una mediana de duración del tratamiento de 3,7 (0,5-18,4) meses, recibieron una mediana de 7,5 (2-40) ciclos. A fecha de fin de estudio el 50% continúa en tratamiento, entre los que se encuentran 3 pacientes que llevan más de 1 año a tratamiento.

Las causas de suspensión del tratamiento fueron: progresión (89.9%) o toxicidad (11.1%).

La TRO fue del 21.4% (3 respuestas parciales, ninguna completa), mientras que el 71.4% mantuvo enfermedad estable. Finalmente progresaron 8 pacientes y hubo 8 exitus. La mediana de SLP y SG fue de: 6.5 (0.5-18.4) y 12.7 (0.5-21) meses respectivamente.

Los EA más frecuentes fueron: astenia (83.3%), anorexia (33.3%) y anemia (16.7%). La mayoría de los EA fueron G1-2. Solamente se suspendió el tratamiento a un paciente por toxicidad cutánea G3 acompañada de neumonitis. En un paciente se produjeron reacciones relacionadas con la perfusión, que se solventaron con el empleo de paracetamol y antihistamínicos como premedicación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos con Nivolumab en práctica clínica son similares a los obtenidos con los estudios pivotaes (CA209057 en CPNM no escamoso y CA209017 en CPNM escamoso) en cuanto a TRO en torno al 20% y SG de 1 año aproximadamente. También ha demostrado la existencia de largos respondedores al tratamiento. Se constata el aceptable perfil de toxicidad con Nivolumab, ya que los EA fueron la causa de la suspensión del tratamiento en solo 1 paciente.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1296. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS DE ALERGIAS A SALES DE PLATINO EN EL MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES

PEDRAZA NIETO L, FERNÁNDEZ CABALLERO R, CASTAÑO RODRÍGUEZ B, JIMÉNEZ CABRERA S, MORENO GÓMEZ AM, MORENO RODILLA E, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ CA, OTERO LÓPEZ MJ
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. PASEO DE SAN VICENTE Nº88-182. SALAMANCA

OBJETIVOS

Las sales de platino, ampliamente utilizadas como antineoplásicos en el tratamiento de diversos tumores, están asociadas en muchas ocasiones a reacciones de hipersensibilidad tipo I. Se ha demostrado gran valor predictivo negativo de las pruebas cutáneas en la hipersensibilidad a estos fármacos, por lo que dichas pruebas podrían contribuir a optimizar el tratamiento con platinos en pacientes oncológicos.

El objetivo de este estudio ha sido revisar la utilidad de las pruebas cutáneas a sales de platino en la práctica clínica en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión retrospectiva de los pacientes para los que se habían preparado en el Servicio de Farmacia soluciones de cisplatino, carboplatino y oxaliplatino para realizar las pruebas cutáneas de alergia (febrero 2016-abril 2018). Las pruebas cutáneas se realizaron en Alergología inicialmente mediante la técnica de prick-test o intraepidérmicas con lectura a los 15 minutos. Se consideró positiva la prueba que daba lugar a una pápula ≥ 3 mm. En caso de negatividad, se realizaron pruebas intradérmicas comenzando por las diluciones mayores, con lectura a los 20 minutos. La intradermorreacción se definió positiva si producía un aumento > 3 mm en el diámetro de la pápula inicial con eritema circundante.

Posteriormente, se revisaron las historias clínicas, las prescripciones médicas y los registros de preparación del Servicio de Farmacia para valorar las decisiones tomadas por el oncólogo.

La utilidad de las pruebas se evaluó mediante los siguientes indicadores: confirmación de la sospecha de alergia, valoración de una sal de platino alternativa y posibilidad de desensibilización al fármaco implicado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 19 pacientes (15 mujeres), con una mediana (rango) de edad de 57 (42-84) años, diagnosticados de: cáncer ginecológico (n= 11), cáncer colorrectal (n=4), cáncer de vejiga (n=3) y cáncer de cabeza y cuello (n=1). La mediana (rango) de ciclos con el fármaco hasta la aparición de la posible reacción de hipersensibilidad fue de 2 (0-58), aunque cabe destacar que el 57,9% de los pacientes ya había recibido líneas previas de tratamiento con algún platino sin desarrollar ninguna reacción de hipersensibilidad.

Un 57,9% de los pacientes presentaron resultado negativo. En estos pacientes la actitud farmacoterapéutica consistió en administrar premedicación con antihistamínico y corticoide y reducir la velocidad de administración del fármaco, consiguiéndose así buena tolerancia. El 42,1% restante presentaron un resultado positivo tras la lectura de la prueba [carboplatino (n=4), oxaliplatino (n=1), cisplatino (n=1) y todas las sales de platino (n=2)]. En los dos pacientes con alergia a todas las sales de platinos se llevó a cabo el protocolo de desensibilización del centro con éxito. En los pacientes restantes se cambió el tratamiento a la sal de platino que había demostrado resultado negativo en las pruebas de intradermorreacción y en el prick-test.

Las pruebas cutáneas de alergia a sales de platino han resultado de gran utilidad en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes oncológicos para evitar el cambio de línea prematuro. La colaboración entre los servicios de Alergología, Farmacia y Oncología permite obtener el máximo beneficio de dichas pruebas.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1312. PROFILAXIS DE LA MUCOSITIS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS

AUTORES

SOLER GINER E, CANDELA BOIX M, CASTRO GRANELL V, SANZ TAMARGO G, MENDOZA OTERO F, CÍA BARRIO MA, RAGA BESER A
HOSPITAL MARINA BAIXA. C/ALCALDE JAIME BOTELLA. ALICANTE



OBJETIVOS

En pacientes tratados con everolimus la mucositis es la reacción adversa más frecuente y aparece durante las primeras 8 semanas de tratamiento.

El objetivo de este estudio fue valorar los resultados de la implantación en nuestro centro de un protocolo de profilaxis de mucositis al inicio de tratamiento con everolimus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo que incluyó a los pacientes tratados con everolimus, desde julio de 2017 hasta abril de 2018.

El protocolo de profilaxis constaba de dos partes, por un lado educación en cuanto a medidas higiénico dietéticas que los pacientes debían seguir y por otro el uso de enjuagues bucales de dexametasona.

Las medidas higiénico dietéticas eran informadas en la primera consulta y eran reforzadas mediante entrega de trípticos informativos. Éstos explicaban que se debía realizar una limpieza oral correcta tras cada comida con un cepillo de cerdas suaves y utilizar a continuación la fórmula magistral entregada de enjuague bucal de dexametasona. También se recomendaba evitar alimentos ácidos, picantes o muy calientes.

Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de las aplicaciones de prescripción electrónica asistida e historia clínica electrónica, registrándose las siguientes variables: sexo, edad, tratamiento quimioterápico y evolución clínica.

Los resultados obtenidos se compararon con el estudio SWISH, en donde se evaluó el uso de enjuagues bucales de dexametasona durante 8 semanas para prevenir mucositis Grado ≥ 2 (G2) en pacientes con cáncer de mama Receptor Her2 negativo (Her2-) y Receptor Hormonal positivo (RH+) que eran tratadas con everolimus.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 6 pacientes, 5 de ellos mujeres, edad media de 66,5 años (59-85). Los diagnósticos de los pacientes eran, 4 Carcinoma de mama metastásico Her2- y Rh+ y 2 Carcinoma neuroendocrino de Páncreas metastásico. En el segundo ciclo el 70 % de nuestros pacientes usaban el enjuague y los consejos suministrados. El 83,8% (5) de los pacientes continuaron tratamiento más de 8 semanas, sin presentar mucositis G ≥ 2 .

En el estudio SWISH el número de pacientes que presentaron mucositis G ≥ 2 a las 8 semanas fue 2,4%. La incidencia de estomatitis de G 1 fue de 18,8% y no se notificó ningún caso de estomatitis de G 3 o 4.

En nuestra población tan solo un paciente presentó mucositis G ≥ 2 , que al final motivó su suspensión. Un 50% (3) de los pacientes que presentaron mucositis fue G1. Y dos (33,3%) no presentaron mucositis.

En el ensayo clínico que le valió la autorización al everolimus para el uso en el tratamiento del Cáncer de mama metastásico Her2- y RH+ (BOLERO-2) el grado de mucositis G ≥ 2 fue de un 33%.

La utilización de profilaxis con enjuagues de dexametasona al inicio de tratamiento con everolimus ha demostrado ser eficaz. Aunque el número de pacientes incluidos ha sido modesto, se ha podido comprobar que la implantación del protocolo de profilaxis ha evitado una toxicidad limitante, evitando la suspensión del fármaco por esta causa.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1314. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE DARATUMUMAB EN MIELOMA MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

PÉREZ ALPUENTE I, CLEMENTE ANDUJAR M, PLATA PANIAGUA S, GARCIA MARTINEZ EM, MARCO DEL RIO J, SANCHEZ 47093825Z F, DAMASCENO FERREIRA DE MOURA D, SANCHEZ RUIZ S
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. C/ HERMANOS FALCO 37. ALBACETE

OBJETIVOS

Analizar la utilización, la eficacia y la seguridad de daratumumab en pacientes con mieloma múltiple previamente tratados, en un hospital de tercer nivel. Calcular el coste por mes de supervivencia libre de progresión (SLP) en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes tratados con daratumumab cuya respuesta hubiera sido evaluada antes de la finalización de la recogida de los datos (1 de abril de 2018). Los datos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas en Mambrino XXI[®] y del módulo de pacientes ambulantes Farmatools[®]. Se recogieron características demográficas (sexo, edad) y clínicas (tratamientos previos y nº de infusiones de daratumumab administradas). La eficacia se evaluó en función de la mejor respuesta objetiva y la SLP.

La seguridad se evaluó según la escala National Cancer Institute Common Toxicity Criteria (CTC-NCI). El análisis estadístico fue efectuado utilizando el programa SPSS[®] versión 22. El coste por mes de SLP se calculó mediante el coste medio por paciente, dividido por la mediana de la SLP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 14 pacientes (9 hombres) con una mediana de edad al inicio de tratamiento de 74 años (43-83). La mediana de tratamientos previos fue de 3,5 (2-8), destacando que en el 64% de los pacientes daratumumab se utilizó en cuarta o quinta línea. La mediana de infusiones de daratumumab recibidas fue de 5 (2-14).

El porcentaje de mejor respuesta obtenida fue del 42,9% (Respuesta parcial (RP) 14,3% y enfermedad estable (EE) en 28,6%). En el 57,1% de los pacientes se produjo progresión de la enfermedad (PR) durante el tratamiento. La mediana de SLP fue de 1,57 meses (IC95% 0,41 a 2,75 meses), seis pacientes fallecieron a lo largo del estudio. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: fiebre 3 pacientes (3 G1), reacción transfusional: hipoxia e hipotensión (1 G1 y 1 G5), trombopenia 2 pacientes (1 G1 y 1 G2), anorexia 2 pacientes (G2), disnea 2 pacientes (G1), neumonitis 1 paciente (G3), estreñimiento 1 paciente (G1). En el paciente con neumonitis G3 se suspendió el tratamiento y supuso su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, y en el paciente con reacción transfusional G5 se produjo su exitus durante la



administración de daratumumab. El coste por mes de SLP fue de 19.050,38€.

La SLP obtenida fue inferior a la obtenida en los ensayos clínicos. Puede explicarse por la selección de pacientes con una edad y una progresión de la enfermedad elevada en comparación a los ensayos. Una mejor selección de pacientes, así como su utilización en líneas menos avanzadas podría llevar consigo una reducción en el coste por mes de SLP. Las reacciones adversas fueron similares a las descritas en la bibliografía.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1319. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PERTUZUMAB EN NEOADYUVANCIA DE CÁNCER DE MAMA

AUTORES

RASO RASO A, PEREZ PRIOR N, ALCALA SANZ A, GARCIA GARCIA R, GARCIA-MOLINA SAEZ C, ORVIZ SUAREZ MT, JOVER BOTELLA A, CABELLO MURIEL A
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPO. C./TONICO SANSANO MORA. ALICANTE

OBJETIVOS

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. Según las estimaciones más recientes cada año se diagnostican en España unos 25.200 casos, siendo la franja de 45 a 65 años la de mayor incidencia. La tasa relativa ajustada por 100.000 habitantes/año es de 84,9, similar a la de otros países occidentales.

En el tratamiento neoadyuvante (previo a la cirugía), la utilización de pertuzumab ha supuesto una mejora de la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y de la supervivencia global (SG), así como una mayor tasa de respuestas completas patológicas (pCR).

Múltiples ensayos clínicos y un meta-análisis han demostrado que el tratamiento neoadyuvante tiene una eficacia similar al tratamiento adyuvante en términos de SLE y SG. Sin embargo, la administración de quimioterapia y terapia anti-HER2 previa a la cirugía tendría una serie de ventajas: facilitar la resección quirúrgica, aumentar tasa de cirugías conservadoras de la mama, evaluar la quimiosensibilidad del tumor in vivo, identificar biomarcadores predictivos de respuesta, realizar un tratamiento precoz sobre micrometástasis, etc.

El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad y seguridad del pertuzumab como terapia neoadyuvante del cáncer de mama y compararlos con los resultados de los ensayos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes en tratamiento con pertuzumab diagnosticados de cáncer de mama, con receptor HER-2 positivo y que son candidatos a tratamiento neoadyuvante. El periodo del estudio abarca desde abril de 2017 hasta abril de 2018. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, de la aplicación informática empleada en la gestión de la quimioterapia antineoplásica (Florence®). Variables analizadas: Edad, sexo, estadio, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), esquema de quimioterapia elegido, positividad receptores hormonales, tipo de respuesta, variación de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), reacciones adversas a medicamentos (RAMs) descritas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 12 pacientes. La mediana de edad era de 55 años (37-71). El 58 % de los pacientes presentaban receptores hormonales positivos, el 92% de los pacientes tenían un estadio T2 y la mayoría de ellos presentaban un ECOG de 0 al inicio de tratamiento. Todos los pacientes del estudio recibieron previamente esquemas que contenían antraciclinas.

El 67 % de los pacientes presentaron una respuesta patológica completa (pCR) y 33 % de los pacientes obtuvieron respuesta parcial.

En lo que se refiere a seguridad, la mediana de descenso de la FEVI fue de 3%. El 58 % de los pacientes tuvieron diarrea grado I, el 50 % mucositis, 33 % de astenia, 25 % de neutropenia y un 17% de los pacientes presentaron síndrome mano-pie.

En nuestra población pertuzumab ha demostrado obtener pCR superiores a la del ensayo clínico pivotal (ECNeoSphere) y hemos observado un perfil de RAMs diferentes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1320. EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMON NO MICROCITICO METASTASICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES

PÉREZ ALPUENTE I, CLEMENTE ANDUJAR M, PLATA PANIAGUA S, MARCO DEL RIO J, SANCHEZ RUBIO F, DAMASCENO FERREIRA DE MOURA D, GARCIA MARTINEZ EM, RUIZ SANCHEZ S
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. C/ HERMANOS FALCO 37. ALBACETE

OBJETIVOS

Analizar la utilización, la eficacia y la seguridad de nivolumab en pacientes con cáncer de pulmón metastásico en un hospital de tercer nivel. Calcular el coste por mes de supervivencia libre de progresión (SLP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes tratados con nivolumab cuya respuesta hubiera sido evaluada antes de la finalización de la recogida de los datos (1 de mayo de 2018). Los datos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas en Mambrino XXI® y del módulo de pacientes ambulatorios Farmatools®. Se recogieron características demográficas (sexo, edad, y factores de riesgo) y clínicas (subtipo histológico, tratamientos previos, ECOG, nº y lugar de metástasis al inicio del tratamiento con Nivolumab y nº de ciclos

administrados). La eficacia se evaluó en función de la mejor respuesta objetiva (criterios RECIST) y la SLP. La seguridad se evaluó según la escala CTCAE v.4. El análisis estadístico fue efectuado utilizando el programa SPSS® versión 22. El coste por mes de SLP se calculó mediante el coste medio por paciente, dividido por la mediana de la SLP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 25 pacientes (21 hombres) con una mediana de edad al diagnóstico de 69 años (42-83). El subtipo histológico, fue 52,0% de adenocarcinoma y el 48% epidermoide. 23 pacientes eran fumadores al diagnóstico y dos de ellos presentaban factores de riesgo genético familiares de 1er grado. La mediana de edad al inicio del tratamiento con Nivolumab fue de 68,1 años (42.3-83,1). El ECOG fue de 1 (64,0%), 2 (24,0%), 3 (8,0%) y 4 (4,0%) y el número de metástasis de 1 (48,0%), 2 (28,0%), 3 (12,0%), 4 (8,0%) y 5 (4,0%). Nivolumab se utilizó en segunda línea en el 60,0% de los pacientes, en tercera en el 28,0%, dos en cuarta, y en quinta y octava en un paciente en cada caso. La mediana de ciclos administrados fue de 3 (1-31). El porcentaje de mejor respuesta obtenida fue del 37,5 % (Respuesta parcial (RP) 12,5%, enfermedad estable (EE) en 21,0% y en un caso se alcanzó la Respuesta completa (RC) que continúa sin progresión de la enfermedad. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 4,6 meses (IC95% 2,3-6,9), destacando el paciente con RC con 16,4 meses sin haber progresado. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: Fatiga 40,0% (5 G1 y 5 G2), anorexia 32,0% (5 G1 y 3 G2), disnea 28,0% (5 G1 y 2 G2) fiebre 20% (5 G1) y neumonitis 16,0% (2 G1 y 2 G3). En cuatro pacientes se interrumpió el tratamiento debido reacciones adversas. El coste por mes de SLP fue de 4334,3€.

La SLP obtenida fue inferior a la obtenida en los ensayos clínicos. Esto puede explicarse por una selección de pacientes con una edad y estado funcional superior al de los ensayos. Las reacciones adversas fueron similares a las descritas en la bibliografía.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1329. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NIVOLUMAB EN CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO TRAS PROGRESIÓN A PRIMERA LÍNEA

AUTORES

MONTEAGUDO SANTOLAYA E, PRIETO CASTELLÓ M, APARICIO RUBIO C, CORNEJO UIXEDA S, SÁNCHEZ ALCARAZ A, QUINTANA VERGARA B
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. CARRETERA DE CORBERA, KM 1. VALENCIA

OBJETIVOS

Evaluación de la eficacia y seguridad del uso de Nivolumab en pacientes con Carcinoma de Pulmón No Microcítico (CPNM), comparando resultados con los estudios publicados en la ficha técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que evaluó a los pacientes diagnosticados de CPNM (Epidermoide y Adenocarcinoma) en estadio III-IV, tratados con al menos 2 ciclos de Nivolumab (3mg/kg/14 días) entre agosto de 2016 y abril de 2018 en nuestro centro.

Las variables recogidas fueron: Edad, sexo, histología del tumor, hábito tabáquico y localización de las metástasis, situación clínica previa, función renal, tratamientos previos, Supervivencia Libre de Progresión (SLP) y Efectos Adversos (EA).

Estos datos se recogieron del programa informático de historias clínicas y del programa Farmis-Oncofarm®.

Los datos se compararon con los dos estudios que aparecen en la ficha técnica, que reflejan una mediana de SLP de 3,48 meses para el Carcinoma Epidermoide y de 2,33 meses para el Adenocarcinoma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se solicitó tratamiento para un total de 12 pacientes. La distribución fue: 9 hombres (75%) y 3 mujeres (25%). La media de edad fue de 60 años. Todos eran ex-fumadores.

8 pacientes (66,7%) fueron diagnosticados de Carcinoma Epidermoide y 4 (33,3%) de Adenocarcinoma. Todos los pacientes presentaban un índice ECOG 0-1 y tenían una función renal normal.

Todos habían sido tratados previamente con un esquema basado en platino (Carboplatino o Cisplatino) y Gemcitabina o Pemetrexed. Además, 11 pacientes recibieron también Radioterapia.

La distribución de los EA más frecuentes fue: Tos (5 pacientes), mareo (5 pacientes), disnea (4 pacientes), diarrea (4 pacientes) y dolor abdominal (2 pacientes). Además, un paciente presentó un cuadro de neumonitis que requirió ingreso hospitalario.

La distribución de las metástasis fue: Ósea (50% de los pacientes), renal (41,7%), pleural/mediastínica (25%) y hepática (8,3%).

En la fecha de realización del estudio, el tratamiento se había suspendido al 66,7% de los pacientes por exitus o progresión de la enfermedad, y el otro 33,3% continuaba. La mediana de SLP para los pacientes con Carcinoma Epidermoide fue de 2,9 meses, y para los pacientes con Adenocarcinoma fue de 1,9 meses.

Nuestros resultados muestran valores ligeramente inferiores en cuanto a SLP, no obstante debemos tener en cuenta la limitación del tamaño muestral. Respecto al perfil de seguridad, aparecieron EA descritos en ficha técnica como frecuentes o muy frecuentes.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1333. DOBLE BLOQUEO HER-2: RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ****AUTORES**

LÁZARO CEBAS J, GALLEGOS SANCHO I, COLOMA PERAL R, DE CÁCERES VELASCO C, VIDAL IGLESIAS M, ALONSO FITO L, HERNÁNDEZ LÓPEZ A, CRIADO ILLANA MT
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA. CALLE LUIS ERIK CLAVERIA NEURÓLOGO S/N. SEGOVIA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento neoadyuvante basado en la doble terapia dirigida de bloqueo del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano (HER-2) para el cáncer de mama precoz (CMp) HER-2 positivo en la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional que incluyó todas las pacientes con CMp que recibieron tratamiento con trastuzumab/pertuzumab más quimioterapia en régimen de neoadyuvancia hasta febrero de 2018.

Para la identificación y recogida de datos se emplearon el módulo de pacientes ambulatorios del programa de gestión de farmacia y los informes de oncología médica.

Se recogieron las siguientes variables: edad, índice de masa corporal (IMC), ECOG, tamaño y estadio del tumor, fenotipo, afectación ganglionar, esquema de tratamiento y tipo de cirugía.

Como variable para evaluar la efectividad se usó la tasa de respuesta patológica completa (pRC) según los criterios de Miller & Payne. Para evaluar la seguridad se tuvo en cuenta la suspensión del tratamiento debido a efectos adversos de grado 3-4.

El análisis estadístico se realizó empleando Stata® 14. En el análisis descriptivo se calculó la distribución de frecuencias, media y desviación estándar. Para la asociación entre variables se empleó el test de chi-cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 19 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante seguido de cirugía más trastuzumab adyuvante. La edad media al inicio del tratamiento fue de 54,4±11,7 años. El IMC fue de 26±5,1. Todas las pacientes tenían ECOG 0 excepto una que fue ECOG 1. El tamaño medio del tumor fue 4,0±2,1 cm. Según el estadio: 6 pacientes (31,5%) fueron estadio IIA, 8 (42,1%) IIB, 3 (15,8%) IIIA, 1 (5,3%) IIIB y 1 (5,3%) fue estadio IIIC. Del total, 7 (36,8%) presentaron perfil HER-2 puro y 12 (63,2%) fueron luminales B. El 68,4% de las pacientes (13) tenían afectación axilar. El esquema doxorubicina (dos casos liposomal)/ciclofosfamida (AC) seguido de docetaxel fue utilizado en 12 pacientes (57,9%), 5 (26,3%) fueron tratadas con AC seguido de paclitaxel y 3 (15,8%) con el esquema docetaxel/carboplatino (DC). A 11 pacientes (57,9%) se les realizó cirugía conservadora de la mama y a las 8 restantes (42,1%) una mastectomía completa.

Se obtuvieron un total 12 pRC (63,2%). Según el fenotipo, el 85,7% de las pacientes HER-2 puras y el 50,0% de las luminales B consiguieron pRC respectivamente. Una paciente luminal B (Estadio IIIC) recayó durante la adyuvancia. La respuesta al tratamiento no se vio influenciada por ninguna de las variables analizadas.

En cuanto a la seguridad, 3 pacientes (15,8%), dos en tratamiento con AC + taxano y uno con DC, tuvieron efectos adversos de grado 3-4 que obligaron a suspender el tratamiento antes de completar todos los ciclos. Dos pacientes (10,5%) cambiaron de docetaxel a paclitaxel por toxicidad.

En nuestro estudio las tasas de pRC en pacientes HER-2 puro y luminal B se corresponden con los datos publicados, si bien el porcentaje global de pRC es ligeramente superior a lo obtenido en otros estudios. El tratamiento fue seguro en pacientes con buen estado general. Sería necesaria una muestra mayor para determinar la influencia de las variables estudiadas sobre la pRC.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA**1342. INFLUENCIA DE LAS INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO EN EL PERFIL DE TOXICIDAD DE IMATINIB****AUTORES**

GARCÍA GIL S, NAZCO CASARIEGO GJ, GONZÁLEZ DE LA FUENTE GA, RAMOS RODRÍGUEZ J, DEL ROSARIO GARCIA B, GUTIÉRREZ NICOLÁS F, YURREBASO EGUILIOR N, GONZÁLEZ GARCÍA J
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS. CARRETERA DE OFRA, S/N. SANTA CRUZ DE TENERIFE

OBJETIVOS

El imatinib se ha convertido en un “standard of care” en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC). Sin embargo, a pesar de ser un fármaco efectivo y seguro, ha demostrado un amplio perfil de interacciones fármaco-fármaco. El objetivo del presente trabajo ha consistido en evaluar las interacciones fármaco-fármaco que incrementan las concentraciones plasmáticas imatinib y analizar su posible relación con la toxicidad relacionada con el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y unicéntrico, en el cual fueron incluidos aquellos pacientes diagnosticados de LMC que se encuentran en tratamiento con imatinib a fecha de abril de 2018.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, medicación concomitante, toxicidad asociada al tratamiento y reducción de dosis por toxicidad.

Los datos clínicos y demográficos de los pacientes fueron obtenidos a partir de la historia clínica mediante el aplicativo informático SAP®. La medicación concomitante se obtuvo mediante el sistema de receta electrónica del Servicio Canario de Salud.

Las interacciones fármaco-fármaco fueron evaluadas mediante el uso del aplicativo Multi-Drug Interaction Checker; Medscape® y fueron clasificadas como: menores, mayores y de contraindicación de uso concomitante según los criterios establecidos por dicha fuente bibliográfica.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un total de 18 pacientes fueron analizados; con una edad media de 66,7 años, un 61,1% de ellos hombres. En el 94,4% de los casos imatinib fue prescrito en primera línea de tratamiento.

6 de los pacientes (33,3%) incluidos presentaron interacción entre la medicación concomitante e imatinib, tratándose en 5 de ellas interacciones mayores que daban lugar al aumento de las concentraciones plasmáticas de imatinib, 2 de ellas por aumento en la toxicidad del fármaco concomitante (por inhibición de CYP3A4 por parte de imatinib) y una de las interacciones con criterios de contraindicación.

Finalmente, un 38,9% de los pacientes (n=7) presentó toxicidad, dando lugar a una reducción de dosis en el 57,1% de los casos. Un porcentaje significativamente mayor de pacientes que desarrollaron toxicidad presentaba interacciones con medicación que potencialmente daban lugar a variaciones en el perfil farmacocinético del fármaco (71,4% vs 28,6% respectivamente, $p < 0.05$). Del mismo modo, el porcentaje de pacientes en el que se tuvo que llevar a cabo una reducción de dosis de imatinib por toxicidad, fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que presentaban interacciones (75% vs 25% ($p < 0,05$)).

Así pues, nuestros resultados sugieren que la prescripción de medicación concomitante que de lugar a aumento en las concentraciones plasmáticas de imatinib por modificación en su farmacodinamia; da lugar a un aumento en la toxicidad e incluso a la necesidad de una reducción de dosis a causa de la misma. La revisión por tanto de la presencia de dichas interacciones desde las consultas de pacientes externos se posiciona como una herramienta útil para prever la aparición de toxicidad asociada a imatinib, un instrumento más para el manejo del paciente por parte de los servicios de farmacia y hematología.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1356. RESULTADOS EN SALUD DEL TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

AUTORES

GARCIA MAYO ME, VARELA SANJURJO V, FERNANDEZ RIBEIRO MF, OLIVERA FERNANDEZ R, GONZALEZ FREIRE L, GIMENEZ CANDELA RM, BOULLOSA LALE S, CRESPO DIZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. AREA SANITARIA PONTEVEDRA-SALNES. FUNDACION BIOMEDICA GALICIA SUR. MOURENTE. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de Nivolumab en Cáncer de Pulmón No Microcítico (CPNM) en nuestra área sanitaria y comparar los resultados con los Ensayos Clínicos Pivotaes (ECP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal de cohorte histórica de los pacientes que recibieron durante un periodo de 22 meses al menos una dosis de Nivolumab (junio 2016-marzo 2018).

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del soporte informático de dispensación de tratamientos quimioterápicos.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad al inicio de tratamiento, ECOG, subtipo de CPNM, líneas quimioterápicas previas, fecha inicio y fin de tratamiento, dosis, motivo de suspensión, fecha de éxitus y reacciones adversas (RA).

Para evaluar la efectividad se valoró el tipo de respuesta (progresión de la enfermedad (PE), respuesta parcial (RP) o enfermedad estable (EE)) según los resultados de imagen de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y/o el empeoramiento clínico del paciente.

La seguridad se valoró teniendo en cuenta RA detectadas, suspensiones de tratamiento y reducciones de dosis debidas a toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 28 pacientes (78,6 % hombres), con una mediana de edad de 60 años (46-80). ECOG-0 (7,1%) y ECOG-1 (92,9%). El 53,6% de los pacientes presentaron subtipo escamoso (CPNME) y 46,4% subtipo no escamoso (CPNMNE).

La mediana de líneas quimioterápicas previas fue de 1 (1-5). El 100 % recibió un esquema previo basado en platinos.

El 71,4% de los pacientes recibió Nivolumab como segunda línea de tratamiento, siendo la mediana de duración de tratamiento para CPNME 183 días (31-626) y para CPNMNE 56 días (14-569).

En los pacientes con CPNME: el 33,3 % presentaron PE, el 33,3% EE y el 13,3% RP. Los resultados del ECP fueron: 41% PE, 29% EE y 19% RP.

En el 20% la respuesta no fue valorable debido a éxitus (66,7%) o toxicidad (33,3%).

En los pacientes con CPNMNE: el 38,5 % presentaron PE, el 15,4% EE y el 7,7% RP. Los resultados del ECP fueron: 44% PE, 25% EE y 18% RP.

En el 38,5% la respuesta no fue valorable debido a éxitus (60%) o toxicidad (40%).

El 85,7% del global de pacientes presentaron RA de cualquier grado vs el 37% del ECP, siendo astenia (41,7%) y prurito (25%) las más frecuentes. El 7,1% de los pacientes requirieron reducción de dosis y el 14,3% retraso en la administración debido a toxicidad. La suspensión definitiva del tratamiento se produjo en 10,7% de los pacientes (33,3% por aplasia medular, 33,3% por hepatitis inmunorreactiva grado 4 y 33,3% por diarrea grado 2 secundaria a colitis inmunorrelacionada) vs 4% del ECP.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes tratados con Nivolumab en nuestra área sanitaria presentan características similares a los incluidos en los ECP.

Nivolumab parece presentar mejores resultados de efectividad en pacientes con CPNME, en los que se alcanzó menor porcentaje de RP pero mayor EE y menor PE que en los ECP.

En esta población a estudio, Nivolumab parece presentar menor seguridad, ya que las RA de cualquier grado y las que conllevaron la suspensión definitiva del tratamiento fueron más frecuentes que en los ECP.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1366. RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIFLURIDINA-TIPIRACILO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES

GARCIA MAYO ME, FERNANDEZ RIBEIRO MF, VARELA SANJURJO V, OLIVERA FERNANDEZ R, GONZALEZ FREIRE L, GIMENEZ CANDELA RM, BOULLOSA LALE S, CRESPO DIZ C
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. AREA SANITARIA PONTEVEDRA-SALNES. FUNDACION BIOMEDICA GALICIA SUR. MOURENTE. PONTEVEDRA

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la combinación Trifluridina-Tipiracilo (TAS-102) en la práctica clínica real de nuestro centro en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) refractario y comparar los resultados obtenidos con los del ensayo clínico pivotal (ECP).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal de cohorte histórica con pacientes que recibieron durante un periodo de 23 meses (abril-2016 a febrero-2018), al menos una dosis de TAS-102.

Como fuentes de datos se utilizaron los registros electrónicos de historia clínica y de dispensación a pacientes externos. Las variables recogidas fueron: sexo, edad al inicio de tratamiento, ECOG, líneas quimioterápicas previas, estado mutacional KRAS, dosis de TAS-102, fecha de inicio y fin de tratamiento, motivo de suspensión, reacciones adversas (RA) y fecha de éxitus.

La efectividad se evaluó calculando la supervivencia libre de progresión (SLP) como el tiempo en días hasta progresión confirmada por Tomografía Axial Computerizada (TAC) y/o empeoramiento clínico del paciente y la supervivencia global (SG), como el tiempo en días hasta exitus.

La seguridad se valoró teniendo en cuenta el número de RA detectadas, de suspensiones de tratamiento y de reducciones de dosis debidas a toxicidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 26 pacientes (73,1% hombres) con una mediana de edad de 64 años (41-77). ECOG=0: 7,7%; ECOG=1: 69,2% y ECOG=2: 23,1% (no incluidos en el ECP). 53,8% con KRAS mutado. Mediana líneas quimioterápicas previas: 4 (2-6).

La mediana de SLP fue de 73 días (7-178) vs 60 días en ECP (57-63), en pacientes con KRAS mutado 78 días (7-178) y con KRAS nativo 73 días (26-143).

La mediana de supervivencia global fue de 150 días (29-374) vs 213 días en ECP (195-234), en pacientes con KRAS mutado 150 días (46-352) y con KRAS nativo 154 días (29-374).

En los pacientes con ECOG=2, la SLP fue de 56 días (21-114) y la SG de 147 días (29-374).

En el 76,9% de los pacientes se suspendió el tratamiento por progresión de la enfermedad confirmada mediante TAC, en el 7,7% por empeoramiento clínico.

El 80,8 % de los pacientes presentaron RA: astenia (13), neutropenia (7), náuseas (6), elevación transaminasas (3), diarrea (3), trombopenia (2), empeoramiento visión (1), anemia (1), síndrome mano-pie (1), cefalea persistente (1) y mucositis (1).

El 61,9% de los pacientes con RA requirieron reducción, suspensión temporal o definitiva del tratamiento. 4 pacientes (15,4%) precisaron reducción de dosis por neutropenia (1 paciente (3,8%) por neutropenia grado 4), 8 pacientes (30,8%) suspensión temporal y 4 pacientes (15,4%) suspensión definitiva por toxicidad (1 paciente (3,8%) por trombopenia grado 3).

Conclusiones

En nuestro estudio la SG de los pacientes a tratamiento con TAS-102 fue menor que la comunicada en el ECP, no encontrando diferencias en función del estado mutacional de KRAS.

Un 23,1% de los pacientes presentaron un ECOG más desfavorable que en el ECP, donde los resultados de SG y SLP resultaron semejantes a los obtenidos con el global de pacientes estudiados.

La mayoría de los pacientes presentaron RA, que obligaron en más de la mitad a la reducción de dosis o a la suspensión temporal o definitiva del tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ONCOHEMATOLOGÍA

1416. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

AUTORES

ALARCÓN PAYER C, JIMÉNEZ MORALES A, HERNÁNDEZ MOHEDO F, SALAZAR BRAVO M, GARCÍA COLLADO C, JURADO CHACÓN M
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. AVENIDA DE LAS FUERZAS ARMADAS 2. GRANADA

OBJETIVOS

Evaluar el impacto clínico y económico que supone la incorporación de la técnica de Secuenciación Masiva (NGS) para realizar una terapia dirigida basada en la estratificación de riesgo en pacientes con Síndrome Mielodisplásico (SMD).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que se realiza durante un periodo de 2 años en un hospital de tercer nivel, en el que se han analizado los pacientes diagnosticados de SMD con del (5q). En los casos, considerados inicialmente candidatos



a recibir tratamiento con Lenalidomida, se realizó un análisis del perfil mutacional mediante la técnica NGS, previo a la toma de decisión del tratamiento con Lenalidomida, para determinar el perfil mutacional de riesgo, especificando la variante TP53 como perfil de alto riesgo, ya que en función de la presencia o ausencia de un perfil mutacional de alto riesgo, podemos predecir la respuesta al tratamiento con Lenalidomida, desaconsejando utilizar lenalidomida en pacientes con SMD con del(5q) y con presencia de mutación a nivel de TP53, debido a que se podría favorecer una progresión a Leucemia Mieloide Aguda (LMA).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 69 casos de SMD por NGS, de los que un 58% fueron hombres y un 42% mujeres. En un 8,6% de casos se detectó un perfil mutacional de alto riesgo, en un 30,4% de casos un perfil mutacional de bajo riesgo, en un 26% de casos un perfil mutacional de riesgo intermedio, en un 10,14% de los casos un perfil mutacional de alto riesgo por la presencia de clon tumoral con mutación a nivel TP53 y en un 24,6% de los casos un perfil mutacional de muy bajo riesgo. De todos los casos de SMD estudiados se detectaron 17 pacientes con SMD asociado a del(5q) según clasificación OMS-2016, de los que un 29,4% (5/17) de los pacientes con SMD del (5q) asociado a presencia de TP53 positiva, en lugar de tratar con Lenalidomida, se utilizó fármacos hipometilantes, como decitabina, ya que en SMD de alto riesgo son la estrategia terapéutica más adecuada. La detección de esta mutación en pacientes con edad inferior a 65 años, permitió indicar un trasplante de progenitores hematopoyético (TPH) alogénico, como estrategia terapéutica curativa. También se calculó el ahorro económico que supone el tratamiento con decitabina en lugar de lenalidomida en pacientes con SMD con del(5q) con presencia de la mutación TP53, que fue de 32.030 euros por paciente al año. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software estadístico SPSS versión 21 para Windows y el test de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos.

La incorporación de la tecnología NGS permite seleccionar el perfil mutacional de cada paciente, con la finalidad de mejorar la práctica clínica diaria, a través de una mejora en la definición del verdadero perfil de riesgo de pacientes con SMD, dando lugar a un cambio en la toma de decisiones terapéuticas en un elevado número de pacientes, a nivel de la utilización de los fármacos más coste-efectivos, lo que permite establecer un tratamiento dirigido y personalizado.



63

CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FARMACIA
HOSPITALARIA

PALMA 2018

